

do istotnych celów większości fizjoterapeutów, którzy pracują ze starszą osobą.

Niepełnosprawność i przywrócenie sprawności w zakresie funkcjonowania i zdrowia

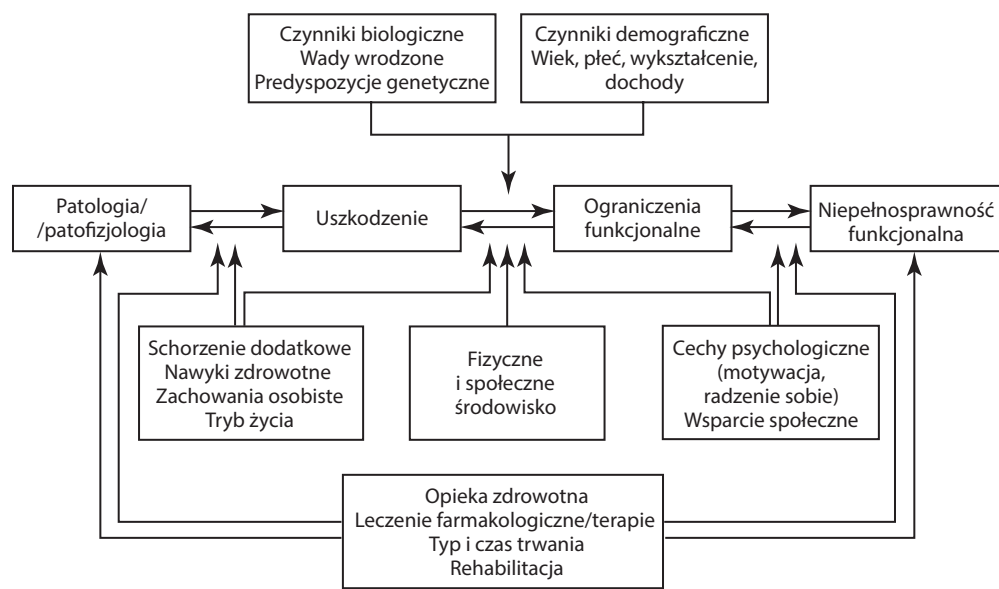
Podjęmowano wiele wysiłków, by zbudować model stanu zdrowia, który opisuje związek między zdrowiem i funkcjonowaniem, a dokładniej – opisuje proces, w jaki osoby tracą sprawność (są niepełnosprawne), oraz określa czynniki, w tym interwencje terapeutyczne, które mogą złagodzić tę niepełnosprawność (proces przywracania sprawności). Termin *niepełnosprawność* wg *Guide to Physical Therapist Practice (Przewodnik praktyki fizjoterapeutycznej)* odnosi się do „różnego rodzaju wpływu przewlekłych i ostrych chorób na funkcjonowanie konkretnego układu ciała, stan czynnościowy i funkcjonalny ludzi w koniecznych, zwykłych, oczekiwanych i osobiście pożądanym rolach w społeczeństwie” [3].

Tradycyjny medyczny model niepełnosprawności zakłada związek przyczynowo-skutkowy z chorobą i dolegliwością. W wąskiej perspektywie niepełnosprawność przede wszystkim zależy od cech charakterystycznych osoby (tzn. patologii) wymagającej interwencji, której może udzielić jedynie pracownik służby zdrowia, a która załagodzi ów stan. Wyłaniający się społeczny wzorzec niepełnosprawności istotnie poszerza punkt odniesienia, przesuując go od wyłącznej koncentracji na związanej z chorobą fizyczną niepełnosprawności danej osoby na obszary obejmujące jej psychiczne

i społeczne środowisko, które może narzucać zarówno powodujące niepełnosprawność ograniczenia, jak i umożliwiać ich złagodzenie [4].

Późniejsze modele bliźniaczych procesów niepełnosprawności i przywracania sprawności jeszcze bardziej kładły nacisk na związek środowiska z funkcjonalną niezależnością. W latach 60. XX w. socjolog Saad Nagi scharakteryzował ułomność jako stan mający cztery wyraźne komponenty, które rozwijają się kolejno, w miarę utraty przez daną osobę dobrego samopoczucia: choroba lub patologia, uszkodzenia, ograniczenia funkcjonalne i niepełnosprawność [5, 6]. Jego praca jest związana z biopsychologicznym wzorcem, który uznaje ważność psychologicznych i społecznych czynników w odczuwaniu choroby przez pacjenta. Pod koniec lat 80. XX w. i z początkiem lat 90. Jette, Verbrugge i Guccione zaczęli badać proces niepełnosprawności jako model, który może pomóc fizjoterapeutom w wyborze obszarów praktycznego działania [7–11].

Zaproponowali oni wieloczynnikowy model niepełnosprawności obejmujący wpływ wymogów środowiska oraz indywidualnych możliwości na niepełnosprawność (ryc. 4-1). Zidentyfikowali również mające naukowe podstawy czynniki związane z rozwojem niepełnosprawności, dzieląc je na kategorie, które fizjoterapeuci powinni rozważyć podczas badania. Model ten obejmuje następujące kategorie: czynniki biologiczne (np. predyspozycję genetyczną), demograficzne (np. wiek, wykształcenie, dochody), medyczne i behawioralne (np. opieka medyczna, współwystępowanie chorób, nawyki zdrowotne), czynniki psychologiczne (np. motywację, radzenie sobie) i fizyczne oraz środowisko społeczne.



Profilaktyka i promocja zdrowia, dobrostanu i sprawności

RYCINA 4-1 Rozszerzony model niesprawności. (Zaadaptowany za zezwoleniem z: A.A. Guccione, *American physical therapy: Arthritis and the process of disablement. Phys Ther 1994, 74:410.*)