



RYCINA 4-2 Interakcja osoba–środowisko. (Za: E.N. Brandt, A.M. Pope, *Enabling America: Assessing the role of rehabilitation science and engineering*. Washington, DC, National Academies Press, 1997, s. 69.)

Dalsze opracowanie modelu Nagiego przedstawili w 1997 r. Brandt i Pope w raporcie Instytutu Medycyny (ang. Institute of Medicine – IOM) [12]. Wprowadzono w nim pojęcie przywrócenia sprawności, które wyjaśniało równowagę pomiędzy nieodwracalną a odwracalną niepełnosprawnością, w zależności od zbieżności czynników zarówno powodujących, jak i przywracających sprawność na płaszczyźnie łączącej daną osobę ze środowiskiem. Na przykład stwarzając podjazdy umożliwiające dostęp do domu lub stosując ćwiczenia zwiększające sprawność funkcjonalną, osoba z chorobą nerwowo-mięśniową uniemożliwiająca samodzielne wchodzenie po schodach doświadczyłaby procesu „przywrócenie sprawności w niepełnosprawności”. Model IOM ma trzy wymiary: osoba, środowisko oraz interakcja pomiędzy osobą a środowiskiem. Wymiar „osoba” ukazuje dwukierunkowy związek pomiędzy stanem bez żadnej niepełnosprawności, patologią, upośledzeniem i ograniczeniem funkcjonalnym. Fizyczne, społeczne i psychologiczne składniki środowiska przedstawiono na ryc. 4-2 jako trójwymiarową podstawę wskazującą wielkość wsparcia, jakiej dostarczają te systemy, oraz znaczenie interakcji osoba–środowisko. Ta konceptualizacja pozwala zrozumieć, co leży u podłoża faktu, że w obliczu podobnych uszkodzeń związanych z udarem mózgu dwie osoby starsze mają różny poziom niesprawności zgodnie z indywidualnością każdej osoby oraz środowiskiem, w jakim żyją. Fizjoterapeuci mogą wykorzystywać te informacje w celu promowania pomyślnego starzenia się osób starszych.

Międzynarodowa klasyfikacja funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia

Również WHO niezależnie przystąpiła do opracowania konceptualnego modelu opisanego i sklasyfikowania konsekwencji chorób, przedstawiając w 1980 r. *Międzynarodową Klasyfikację Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń* (ang. *The International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps – ICDH*) [13].

W reakcji na problemy związane z ICDH w 2001 r. WHO opracowała w istotny sposób poprawioną *Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia* (ang. *International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF*), której celem jest „zapropozowanie ujednoliconego i standardowego słownictwa i reguł opisywania stanu zdrowia i stanów pokrewnych” [14]. W 2007 r. Instytut Medycyny poparł przyjęcie struktury jako „sposobu promowania jasnej komunikacji i budowania spójnej bazy krajowych i międzynarodowych wyników badań w celu wymiany informacji między publicznymi i prywatnymi świadczeniodawcami” [15]. Następnie w 2008 r. Izba Delegatów Amerykańskiego Związku Fizjoterapii przyjęła terminologię ICF i rozpoczęła proces wprowadzania języka ICF do wszystkich istotnych publikacji, dokumentów i komunikatów Związku [HOD P06-08-11-04].

Wzorzec ICF, przedstawiony na ryc. 4-3, stosuje podejście bio-psycho-społeczne, które jest kompatybilne z pojęciami Nagiego i pracami Instytutu Medycyny na temat przywracania sprawności i niepełnosprawno-