



## Medycyna – rehabilitacja XXI wieku

---

Ireneusz M. Kowalski <sup>1</sup>

W dobie szybkiego rozwoju cywilizacji, nauki i wiedzy medycznej jesteśmy świadkami ogromnych przemian w zakresie metod i postępowania leczniczego. Doskonalone są techniki wysokospecjalistyczne, aparaty fizykoterapeutyczne i urządzenia komputerowe w fizjoterapii. Na rynku pojawiają się liczne nowe środki farmakologiczne i opatrunkowe.

Czy tylko rozwój przedmiotowy wystarcza pacjentowi? Czy zaspakaja jego potrzeby i oczekiwania, czy wreszcie jest w stanie usunąć w pełni niesprawność, inwalidztwo, samotność?

### Ośrodki i sprzęt rehabilitacyjny

W XXI wieku nowoczesna rehabilitacja oparta musi być przede wszystkim na wysoko specjalistycznych ośrodkach przystosowanych pod każdym względem dla ludzi niepełnosprawnych. Liczy się w tym względzie także ich lokalizacja. Przede wszystkim z dala od gwaru i zanieczyszczenia powietrza. Najlepiej w miejscach o sprzyjających warunkach klimatycznych. W województwie Warmińsko-Mazurskim ośrodki takie zlokalizowano w Ameryce koło Olsztyna, Gołdapi, Górowie Iławeckim i Ełku. W Polsce centralnej w Konstancinie koło Warszawy, na Śląsku w Reptach Śląskich, na Wybrzeżu w Sopocie, w Wielkopolsce w Świebodzinie, a w Małopolsce w Zakopanem [6].

Koniecznym warunkiem jaki muszą spełniać jest istnienie specjalistycznej architektury umożliwiającej przemieszczanie się pacjentów bez barier. Szerokie amortyzowane windy, podjazdy, uchwyty, odbojniki, sanitariaty z najazdami do wózków ortopedycznych. Bezkolizyjne trakty przemieszczania się pacjentów, szerokie korytarze, otwory drzwiowe, przestronne sale chorych oraz pełne ich wyposażenie z łózkami mającymi możliwość zmiany poziomów i ustawienia, z szafkami przystosowanymi i regulowanymi płaszczyznami do obsługi leżących.

W tym kierunku wytwarzane są także urządzenia pomocne do transportu niepełnosprawnych w postaci specjalnych podnośników, wózków rehabilitacyjnych, pneumatycznych wsięgników [4,6].

Duży postęp w ostatnich latach odnotowano zwłaszcza w wyposażeniu działów hydroterapii. Pojedyncze wanny do zabiegów wodnych są już przeszłością. Aktualnie montuje się wielofunkcyjne tanki Hubbarda, komputerowe systemy różnorodnych masażu powietrzno-wodnych, tory wodne, baseny stałe a także specjalistyczne baseny z przeszkloną ścianą umożliwiającą monitorowanie i dokumentację ruchów pacjenta pod wodą. Jednoczesne istnienie i montaż pneumatycznych podnośników i

---

<sup>1</sup> Dr n.med., Instytut Nauk o Wychowaniu. Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie.

wysięgników umożliwia przemieszczanie niechodzącego pacjenta i umieszczanie go stopniowo w wodzie [4].

Postęp w rozwoju nauk ścisłych zaowocował rewolucyjnymi zmianami w fizyoterapii. Nikogo dzisiaj nie dziwi już zastosowanie lasera, pól elektromagnetycznych, światła spolaryzowanego czy aparatów i komór do krioterapii [9].

Unowocześnieniu uległa także kinezyterapia wykorzystująca nowoczesny sprzęt do pomiaru tętna i ciśnienia w ergoterapii, pomiarów zakresów ruchu w stawach w artromotach, pomiarów wektorów momentów siły w komputerowej diagnostyce kinematycznej [4].

Wszystko to służy do szczegółowych obliczeń, wyznaczania wzorów, wykresów i obliczania dawek nowoczesnej terapii korzystającej z najnowszych zdobyczy wiedzy.

Czy jednak pacjent będzie usatysfakcjonowany, gdy to wszystko pozna, gdy będzie korzystał z poszczególnych stanowisk i osobiście doświadczał zdobyczy techniki XXI wieku? Czy niepotrzebna jest już osoba lekarza i terapeuty nie tylko w znaczeniu specjalisty nadzorującego i ordynującego parametry zabiegów? Czy pacjent pozbawiony opieki medycznej w wymiarze ludzkim może liczyć na pełny powrót do zdrowia w otoczeniu tylko maszyn, urządzeń i komputerów?

### **Niepełnosprawność pacjenta**

Duża grupa pacjentów po urazie centralnego układu nerwowego, rdzenia kręgowego i mózgu, po upadkach z wysokości, wypadkach komunikacyjnych, skokach do płytkiej wody w pierwszym okresie zdana jest tylko na fachowość personelu medycznego w postaci zastosowania pilnego transportu, pozycji ułożeniowych i zabiegów operacyjnych. Najistotniejsza jest także stała pielęgnacja zapobiegająca pojawieniu się odleżyn oraz czuwająca nad szeroko pojętą fizjologią człowieka. Bez całkowitej akceptacji chorego, bez pełnego poświęcenia się jemu całego personelu medycznego, zwłaszcza pielęgniarskiego, nie jest możliwy sukces końcowy. Wiedza teoretyczna na temat plastyczności mózgu zobligowuje personel medyczny do indywidualnego a zarazem aktywnego działania w stosunku do pacjenta nieprzytomnego czy też bez kontaktu z otoczeniem. Dzisiaj wiemy, iż stałe aktywowanie zmysłów słuchu, wzroku, dotyku i smaku pobudza do działania ośrodkowy układ nerwowy. W wyniku kumulowania się tych bodźców w mózgu, wytwarzają się możliwości powstawania dróg pobocznych przepływu informacji. W konsekwencji możemy liczyć, iż po żmudnych systematycznych działaniach takich jak stały i ciągły monolog do pacjenta, czytanie, opowiadanie, pokazywanie obrazów, kontakt z radiem i telewizją, dotyk, masaż, czułość, przytulenie, wzruszenie..., mózg chorego stopniowo będzie budził się do życia, a zwłaszcza mózg w wieku rozwojowym [7,8].

Dlatego tak cenny jest wymiar humanitarny całego zespołu rehabilitacyjnego, lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, pedagoga specjalnego, logopedy, pracownika socjalnego, technika ortopedycznego, także salowej. Wszyscy oni muszą odznaczać się pozytywnymi cechami osobistymi w służbie osób niepełnosprawnych. Suma pozytywów w wymiarze humanitarnym jest podstawą do późniejszych sukcesów ruchowych. Sfera mentalna w opiece nad ciężko uszkodzonym pacjentem

jest podstawowa. Jest bazą, na której można zbudować czynności motoryczne i postęp w całościowym leczeniu pacjenta [3].

Pacjent sparaliżowany, niechodzący, ćwiczący obręcz barkową musi mieć także motywację do dalszego życia, choć tylko już na wózku rehabilitacyjnym. Kto zbuduje tę pozytywną motywację w takiej wyjątkowej sytuacji człowieka? Bez świadomego swej roli i posłannictwa całego zespołu rehabilitacyjnego byłoby to niemożliwe. Bez współdziałania rodziny i osób bliskich proces akceptacji kalectwa byłby nieosiągalny. Spoiwem tych pozytywnych działań powinien być lekarz humanista [7].

Pacjent po amputacjach kończyn, po oskalpowaniu kończyn w wyniku wypadków komunikacyjnych, wraca stopniowo do aktywności życiowej, zaopatrzony w protezy, ortezy, obuwie ortopedyczne. Taki powrót w tej specyficznej sytuacji jest niezwykle trudny, zwłaszcza, jeśli mentalnie pacjent nie zaakceptuje swojej wartości jako człowieka w wymiarze ogólnym. Rola współczującego i zarazem kreatywnego lekarza nadzorującego całościowy proces rehabilitacji w tych przypadkach jest nie do przecenienia [2,9].

Pacjent po operacjach w przebiegu leczenia krańcowych deformacji tułowia w wyniku których wcześniej występowała niewydolność oddechowa i krążeniowa, po skomplikowanych zabiegach ortopedycznych stopniowo powraca do zdrowia. Stopniowo i stale, ale przecież nigdy do sprawności w pełni zdrowego człowieka. Jeżeli ten pacjent w swojej niesprawności znalazł miejsce i ukojenie w poezji, to znaczy, że znalazł sens swojego życia. A to jest końcowy sukces całościowej humanistycznej rehabilitacji XXI wieku [3,5].

### **Edukacja i terapia zajęciowa**

Istotna i współdecydująca o postępie leczenia dzieci młodzieży jest terapia zajęciowa i edukacja przyszpitalna, które stanowią integralną część procesu rehabilitacji psychofizycznej, emocjonalnej i poznawczej, zwłaszcza pacjentów z ograniczeniami ruchowymi. Zespół rehabilitacyjny z kadrą medyczną i fizjoterapeutyczną, uzupełniony pedagogami specjalnymi i terapeutami zajęciowymi tworzy podstawy do zapewnienia osobom niepełnosprawnym pełnego powrotu do życia w społeczeństwie. Proces ten dokonuje się poprzez równoległe usprawnianie narządu ruchu i podnoszenia wydolności organizmu, ale także poprzez wytwarzanie i utrwalanie cech psychoruchowych umożliwiających szybki powrót do zdrowia i pełnej adaptacji do środowiska [1,2,3,5].

W nowoczesnych ośrodkach rehabilitacyjnych powyższe działania powinny być standardem. Pedagodzy specjaliści winni być zatrudnieni w przyszpitalnych Zespołach Szkół Podstawowo-Gimnazjalnych i Licealnych, a terapeuci zajęciowi w poszczególnych oddziałach na stanowiskach asystentów. Wzajemnie uzupełniające się ich działania mają wypełniać czas wolny pomiędzy zabiegami i terapią. Aktywne uczestnictwo w obchodach lekarskich pedagogów i terapeutów daje szansę zapoznawania się z problemami zdrowotnymi pacjentów. Lepsze poznanie potrzeb i możliwości chorych pozwala zaś na wdrażanie odpowiednich technik integracyjnych, oddziaływań poznawczo-czynnościowych oraz poszerzania zakresu oddziaływań dydaktyczno-wychowawczych, uwzględniając indywidualne potrzeby pacjentów [1,5].

Wzajemne współistnienie uzupełniającego się procesu rehabilitacji medycznej, edukacji i terapii zajęciowej polega na nauczaniu indywidualnym realizowanym w oddziale rehabilitacyjnym w formie nauczania przyłóżkowego, jak również z zespołem w salach terapeutycznych. Tradycyjne metody i formy pracy w procesie nauczania muszą być wzbogacane o aktywizujące techniki, które odwołują się do emocji, wyobraźni i intelektu pacjenta w wieku rozwojowym [1].

Pedagog i terapeuta zajęciowy podnosi poziom i skuteczność pracy całego zespołu rehabilitacyjnego. Różnorodność form i treści w pracy edukacyjnej i terapeutycznej przyspiesza proces usprawniania.

### **Wnioski**

1. Podstawą rozwoju nowoczesnej terapii w rehabilitacji jest stały postęp nauki.
2. Bazę rehabilitacji stanowią wysokospecjalistyczne ośrodki wyposażone w nowoczesny sprzęt fizjoterapeutyczny.
3. Podstawą nowoczesnej medycyny jest jej oparcie na stale niezmienną potrzebie podmiotowego traktowania pacjenta.
4. Osobiste zaangażowanie personelu medycznego nacechowane głębokim humanizmem do pacjenta jest nieodzownym warunkiem rehabilitacji XXI wieku.
5. Holistyczne i humanistyczne ujęcie problemu niepełnosprawności dzieci i młodzieży powinno obejmować również edukację i terapię zajęciową.

### **Piśmiennictwo**

1. Kida-Purpurowicz G., Kowalski I.M., Zaborowska K., Dembińska A., Siwik P.: *Terapia zajęciowa i edukacja w rehabilitacji szpitalnej*. Post. Rehab., 2004; 18 (2): 91-92.
2. Kowalski I.M.: *Czy chcemy się uczyć?* Biul. Lek., 2000; 11 ( 60 ): 12-13.
3. Kowalski I.M.: *Polska szkoła rehabilitacji?* W: Nasze forum. Gaz. Olszt., 2000; 125 (14236 ): 14.
4. Kowalski I.M.: *Polski model rehabilitacji*. W: Kwolek A., Kowalski I.M. (red.) *Sport w rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Materiały Konferencji Naukowej .Olsztyńskie Dni Niepełnosprawnych*. UWM Olsztyn. 2000: 5-6
5. Kowalski I.M.: *Zmierzch polskiej szkoły rehabilitacji?* Biul. Lek., 2000; 11 (58-59):22.
6. Reszka E., Kowalski I.M.: *Symposium na 50-lecie szpitala*. ALBO., 1999; 7 (74): 10.
7. Tołoczko A., Kowalski I.M.: *Mózg to ma apetyt*. W.: Nasze Zdrowie. Gaz. Olszt., 2003; 46 (110): 1.
8. Tołoczko A., Kowalski I.M.: *Rower lepszy od wózka*. W.: Nasze Zdrowie. Gaz. Olszt., 2003; 48 (112): 1.
9. Zaborowska K., Kowalski I.M., Kida-Purpurowicz G.: *Zachowawcze leczenie odleżyn*. Post. Rehab., 2004; 18 (2): 140.