

Jolanta Malec

Wpływ rehabilitacji na poprawę wydolności fizycznej osób niepełnosprawnych ruchowo

Acta Scientifica Academiae Ostroviensis nr 28, 161-165

2007

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Jolanta Malec

UMCS w Lublinie

WPLYW REHABILITACJI NA POPRAWĘ WYDOLNOŚCI FIZYCZNEJ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO

Dysfunkcje narządu ruchu są obok schorzeń układu krążenia najczęstszą przyczyną niepełnosprawności w Polsce. Ocenia się, że osoby niepełnosprawne ruchowo stanowią ponad 50% populacji osób niepełnosprawnych. Według danych z badań prowadzonych przez A. Ostrowską i in. stanowiły one 53,0% badanej populacji. Uszkodzenie narządu ruchu, jako skutek uszkodzeń ortopedycznych, schorzeń reumatoidalnych, stanowiły 42,9% wszystkich pierwszych orzeczeń KIZ i są obok schorzeń układu krążenia- 44,5% głównymi przyczynami powstawania niepełnosprawności. Dysfunkcje narządu ruchu są najczęściej spowodowane chorobami(45,7%) i urazami(45,1%), a tylko 6,4 % przypadków wynika z wad wrodzonych i u 2,8 % z innych przyczyn.¹¹

Pojęciem osób niepełnosprawnych na skutek dysfunkcji narządu ruchu określamy osoby o ograniczonej sprawności kończyn górnych, dolnych lub kręgosłupa wskutek zmian chorobowych lub urazowych centralnego układu: kostnego, mięśniowego lub nerwowego.

Niezależnie od przyczyn, które spowodowały dysfunkcję, ze względu na podobieństwo skutków, uszkodzenia narządu ruchu można podzielić na dwie podstawowe grupy:

¹¹ Ostrowska A., Szczepanowska B., *Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych - stan i potrzeby* [w:] *Problem niepełnosprawności w poradnictwie zawodowym*, Warszawa 1998.

- 1) uszkodzenie anatomiczne, np. deformacje narządu ruchu,
- 2) zaburzenia funkcjonalne, zaburzenia czynności motorycznej narządu ruchu przy prawidłowo zachowanej jego strukturze:
 - porażenia- całkowity brak ruchów czynnych,
 - niedowłady – częściowe upośledzenie siły mięśniowej.

Ze względów praktycznych wyodrębniamy następujące grupy osób:

- z dysfunkcją kończyn górnych,
- z dysfunkcją kończyn dolnych:
 - poruszających się na wózku inwalidzkim,
 - nie używające wózka inwalidzkiego, ale posługujące się stale lub okresowo sprzętem ortopedycznym (kule, laski, stabilizatory, protezy),
 - z dysfunkcją w obrębie kręgosłupa i pasa biodrowego.

Istnieje ścisła współzależność między rodzajem niepełnosprawności i wynikającymi z niej ograniczeniami fizycznymi, a możliwością wykonywania określonych czynności. Człowiek za pomocą narządu ruchu wykonuje w zasadzie dwa rodzaje ruchów:

- ruchy manipulacyjne – za pomocą kończyn górnych,
- ruchy lokomocyjne - za pomocą kończyn dolnych.

Ruchy manipulacyjne mogą być wykonywane za pomocą tylko palców, palców i ręki, przedramienia, ramienia, całej kończyny górnej ramienia wspomaganego ruchem tułowia. Tak więc ograniczenia zawodowe osób niepełnosprawnych z dysfunkcją kończyn górnych zależą przede wszystkim od zakresu i stopnia ich uszkodzenia. W najtrudniejszej sytuacji są osoby z uszkodzeniami obu kończyn, gdy czynności manualne są całkowicie zniesione.

Ruchy lokomocyjne, wykonywane przede wszystkim przez kończyny dolne, stanowią bardzo złożone zespoły ruchów mających na celu przemieszczenie całego organizmu w przestrzeni, to znaczy: chodzenie, bieganie, siadanie, wstawanie, stanie itp. Możliwość poruszania się w przestrzeni jest potrzebna człowiekowi praktycznie stale, z wyjątkiem chwil biernego wypoczynku. Większość osób z dysfunkcją kończyn dolnych posługuje się takimi przedmiotami zaopatrzenia ortopedycznego, jak: laski, kule, aparaty stabilizujące, protezy, balkoniki do chodzenia czy wózki inwalidzkie.

Osoby z trudnościami lokomocyjnymi, przy poruszaniu się wydają więcej energii niż osoby sprawne, co powoduje

u nich stany nadmiernego przeciążenia i częstego przemęczenia. Stopień tolerancji na wysiłek fizyczny jest też u tych osób z reguły bardzo niski. Niepełnosprawność ruchowa prowadzi do ograniczeń w pełnieniu określonych ról społecznych, co obejmuje również sferę zawodową, która łączy się nierozdzielnie z innymi sferami życia, do których należy niezależność ekonomiczna i integracja społeczna. Międzynarodowa Organizacja Pracy w 1983 r. zaproponowała następującą definicję: „osoba niepełnosprawna oznacza jednostkę, której szanse uzyskania, utrzymania i awansu we właściwym zatrudnieniu są poważnie ograniczone na skutek fizycznej lub psychicznej niepełnosprawności oficjalnie orzeczonej”.

Rehabilitacja zawodowa wg Międzynarodowej Organizacji Pracy jest częścią ogólnego procesu rehabilitacji i polega na udzielaniu osobie niepełnosprawnej takich usług, jak: poradnictwo zawodowe, szkolenie zawodowe i zatrudnienie, w celu umożliwienia jej uzyskania, utrzymania i awansu w odpowiedniej pracy, a przez to integracji lub reintegracji w życie społeczne.²

Osoby niepełnosprawne, które ze względu na naruszenie sprawności organizmu nie mogą podjąć zatrudnienia na otwartym rynku pracy, mogą być kierowane zakładów pracy chronionej oraz zakładów aktywności zawodowej.

Praca wywiera wpływ na całe życie, a jej rola uzależniona jest od wielu cech charakteryzujących danego człowieka i kontekstu społecznego. Stopień w jakim uszkodzenie, czy dysfunkcja jakiegoś układu zaczyna ograniczać czynności zawodowe zależy częściowo od przyczyny i rodzaju samego uszkodzenia, częściowo od charakteru pracy, a niekiedy znacznym stopniu od wagi, jaką dany człowiek przypisuje pracy zawodowej w swoim życiu.³

Osoby niepełnosprawne na skutek uszkodzenia organizmu nie tracą wszystkich możliwości, ale zachowują umiejętność wykonywania wielu czynności. W wyniku odpowiednich działań rehabilitacyjnych usprawniających osoby te mogą uruchomić pewne mechanizmy kompensujące, polegające na zastąpieniu uszkodzonych

² Majewski T., *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*, CB-RRON, Warszawa 1995.

³ Kurkus - Rozowska B., *Potrzeba oceny możliwości psychofizycznych osób niepełnosprawnych w celu ich optymalnego zatrudnienia*.

lub zaburzonych funkcji organizmu innymi. U podstaw kompensacji leży fakt, że organizm ludzki charakteryzuje się pewną dynamiką i zdolnościami przystosowawczymi do zaistniałych zmian. System wczesniej rehabilitacji medycznej i psychicznej wiąże się w bezpośredni sposób z przywracaniem zdolności do pracy, a więc jest także zasadniczym elementem składowym rehabilitacji zawodowej. Rehabilitacja zawodowa poprzedza rehabilitację medyczną. Od jej wyników w znacznej mierze zależy uzyskanie pracy i jej utrzymanie. Im szybciej jest podjęta tym szybszy następuje powrót do życia zawodowego i społecznego. Według wyników pilotażu A. Kurzynowskiego wskaźnik powrotów do pracy osób ze schorzeniami narządu ruchu wynosi 53,7%.⁴

W celu oceny możliwości psychofizycznej osób niepełnosprawnych ruchowo, w toku ich rehabilitacji zawodowej, w centralnym Instytucie Ochrony Pracy zostały opracowane metody diagnostyczne z zakresu fizjologii, biomechaniki i psychologii.

Wydolność fizyczna uzależniona jest od wielu czynników: wieku, płci, typu i stopnia niepełnosprawności, czasu unieruchomienia oraz aktywności zawodowej i pozazawodowej.

Wydolność ogólna może decydować o szansie podjęcia pracy i odwrotnie, czynności zawodowe, spełniające wymagania ergonomiczne i uaktywniające duże grupy mięśniowe, łącznie z układem krążenia i oddechowym, mogą się przyczynić do poprawy wydolności fizycznej.

Badania przeprowadzone przez dr A. Ostrowską dotyczyły 30-osobowej grupy osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu. Miały one na celu ogólną ocenę wydolności fizycznej. Wyniki badań wydolnościowych wykazują, iż istnieją dość duże różnice pomiędzy wartościami maksymalnego poboru tlenu u poszczególnych badanych osób, co jest związane z przyczyną niepełnosprawności, rodzajem i stopniem dysfunkcji oraz aktywnością ruchową: zawodową i pozazawodową. Ogólna wydolność badanych osób niepełnosprawnych była niska. Zaobserwowano jednak tendencje do uzyskiwania większej poprawy wydolności ogólnej po rocznej obserwacji grupy osób podejmujących pracę, pracujących i jednocześnie uczestniczących w rehabilitacji medycznej oraz prowadzących aktywny tryb życia.

⁴ Kurzynowski A., *Rehabilitacja i zatrudnienie osób niepełnosprawnych na wolnym rynku pracy*, Warszawa 1997.

Badane osoby niepełnosprawne w większości przypadków charakteryzuje niska wydolność fizyczna. Owa wydolność fizyczna będąca miarą możliwości psychofizycznej tolerancji wysiłku fizycznego ulega poprawie u osób niepełnosprawnych kontynuujących rehabilitację medyczną oraz prowadzących aktywny tryb życia.

Wyniki badań sygnalizują, że siedząca praca, mało aktywne życie może być przyczyną niskiej wydolności fizycznej. Bardzo ważną kwestią, zwłaszcza dla osób niepełnosprawnych, jest kontrola warunków pracy i stanowiska pracy oraz jej organizacji. Istotny jest bardzo aktywny udział w ćwiczeniach usprawniających – rehabilitacyjnych oraz uczestnictwo w turnusach rehabilitacyjnych.

Literatura:

1. Majewski T., *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*, Warszawa 1995.
2. Kurkus-Rozowska B., *Potrzeba oceny możliwości psychofizycznych osób niepełnosprawnych w celu ich optymalnego zatrudnienia*, Warszawa 2002.
3. Kurkus-Rozowska B., *Problemy niepełnosprawności w poradnictwie zawodowym*, KUP, Warszawa 1998.
4. Kurzynowski A., *Rehabilitacja i zatrudnienie osób na wolnym rynku pracy*, Warszawa 1997.
5. Ostrowska A., Szczepanowska B., *Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych- stan i potrzeby* [w:] *Problem niepełnosprawności w poradnictwie zawodowym*, Warszawa 1998.