

## NEGALIA IR POŽIŪRIS Į JĄ ŠIUOLAIKINĖJE VISUOMENĖJE

Aleksandras Kriščiūnas

*Lietuvos Respublikos reabilitologų asociacijos valdybos pirmininkas*

**Raktažodžiai:** negalia, negalumas, abilitacija, reabilitacija.

Visais laikais diskutuojama dėl sveikatos ir negalios apibrėžimų. Sakoma, kad diagnostika padarė tokią pažangą, jog pasaulyje nebeliko nė vieno sveiko žmogaus. Ir tikrai gana sunku apibrėžti „sveiko žmogaus“ sąvoką. Dažniausiai naudojame PSO ekspertų pasiūlytą apibrėžimą: „Sveikata – tai fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligos ar negalios nebuvimas“. Sveikatą didžia dalimi lemia žmogų supanti aplinka: tiek fizinė (geografinė), tiek socialinė (šeima, visuomenė). Aplinkos veiksniai žmogaus sveikatą veikia tiek teigiamai, tiek neigiamai. Prie teigiamų aplinkos veiksnių priskiriama: įprasta fizinė – geografinė aplinka, subalansuota mityba, adekvatus fizinis aktyvumas, palankus psichologinis klimatas, darbo ir poilsio režimo laikymasis, tinkamas miego režimas. Neigiami aplinkos veiksniai tai: biologiniai (virusai, mikrobai, parazitai ir kt.) ir fiziniai (cheminės medžiagos, triukšmas, vibracija, elektromagnetiniai laukai ir kt.) veiksniai, nepalankus psichologinis klimatas, hipokinezė, neįprasta fizinė ir geografinė aplinka, neadekvati mityba, bioritmų ir režimų nesilaikymas. Aplinkos veiksniai veikdami mūsų jutimus - regą, klausą, uoslę, skonį, lietimą ir per juos organizmo reguliacijos sistemas (centrinę nervų, autonominę vegetacinę, imuninę, hormoninę ir kt.) - sukelia fiziologines (skausmą, temperatūrą, padažnęjusių širdies plakimą ir kvėpavimą, prakaitavimą, pykinimą, vėmimą, viduriavimą, kosėjimą ir kt.) bei psichologines (nerimą, baimę, pyktį, verkumą ir kt.) atsakomąsias reakcijas. Tai iki tam tikro laiko normalios sveiko žmogaus reakcijos. Svarbu, kad jos nesitęstų ilgą laiką, todėl būtina laiku pašalinti jų priežastį. Visa tai įvertinus, neretai sveikata apibūdinama kaip harmonija tarp žmogaus ir jį supančios aplinkos, kuri užtikrina visapusišką žmogaus funkcionavimą. Ir čia kaip niekada svarbūs Žako Yvo Kusto žodžiai: „Anksčiau gamta baugino žmogų, o dabar žmogus baugina gamtą“.

Visais laikais kelia diskusijas ir negalios apibrėžimas, požiūris į ją. Ilgą laiką buvo vartojami terminai invalidas ir invalidumas. Terminas invalidas (lot. *in-* ne, *valid-* tin-

kamas) nurodo, kad žmogus visai arba iš dalies netekęs darbingumo dėl sužeidimo, suluošinimo, ligos ar senatvės. Šis terminas kritikuojamas, nes jis pabrėžia asmens netinkamumą, bejėgiškumą, ligotumą. Vienas iš humanizmo principų – akcentuoti ne tai, ko žmogus negali, bet ką jis gali atlikti. Todėl buvo pasiūlyta invalidumo terminą keisti „negalės“, „negalumo“ terminais. Vikipedijoje nurodoma: „Negalia – gebos, susijusios su asmens ar grupės standartu, sutrikimas“. Lietuvos Respublikos neįgalųjų socialinės integracijos įstatyme nurodoma, kad „Negalumas tai tokia kompetentingų įstaigų nustatyta asmens būklė, kai jis dėl įgimtų ar įgytų fizinių ar psichinių trūkumų visiškai arba iš dalies negali pats pasirūpinti asmeniniu ir socialiniu gyvenimu, įgyvendinti savo teisių ir vykdyti pareigų“. Toks asmuo vadinamas neįgalium.

Istorijos eigoje požiūris į neįgaluosius keitėsi. Viduramžiais neįgalūs asmenys buvo ignoruojami, jie buvo priversti maskuoti savo defektus, slėptis nuo aplinkinių. Iš psichinių ligonių buvo tyčiojama, juos rišdavo prie grandinės, marindavo badu, rodydavo turguose. Atgimimo epochos humanizmo idėjos keitė požiūrį ir į labiausiai likimo nuskriaustus žmones, pradėta steigti globos įstaigos, kuriose neįgalieji buvo prižiūrimi, gydomi, įdarbinami. Nauja era neįgalųjų priežiūros reabilitacijos srityje prasidėjo nuo Jungtinių Tautų Organizacijos (JTO), įsikūrusios 1945 metais, veiklos, kuri paskelbė daug deklaracijų, ginančių neįgalųjų teises. Lietuvoje 1991 m. priimtas Lietuvos Respublikos invalidų socialinės integracijos įstatymas, įpareigojantis vyriausybę rengti ir vykdyti valstybinę, o vietos savivaldybes – teritorines medicinos, profesines ir socialines invalidų reabilitacijos programas. 2004 metais priimta nauja šio įstatymo redakcija, pakeistas pavadinimas į „Lietuvos respublikos neįgalųjų socialinės integracijos įstatymas“. Tačiau neįgalųjų stigmatizavimas (neigiamų savybių priskyrimas), diskriminavimas dar neretas reiškinyms mūsų visuomenėje.

Pripažįstama, kad žmogus yra biopsichosocialinė būtybė ir pagrindinės jo biopsichosocialinės funkcijos yra: orientuotis aplinkoje, laike, savyje, priimti – perduoti informaciją, nepriklausomai egzistuoti ir tenkinti fiziologinius

(ir seksualinius) poreikius (valgyti, apsistarnauti, rūpintis asmenine higiena), judėti aplinkoje, matyti, girdėti, dirbti, būti ekonomiškai nepriklausomam, būti socialiai aktyviam, užsiimti prasminga (kūrybine) veikla, būti dvasingam. Dėl ligos, traumos ar apsigimimo ženkliai ir ilgam laikui sutrikus biopsichosocialinėms funkcijoms žmogus tampa neįgalus. Žmogaus biopsichosocialinių funkcijų realizavimas priklauso nuo daugybės veiksnių. Visų pirma nuo aplinkos veiksnių bei jo asmenybės veiksnių. Aplinkos veiksniams priskiriami fizinė, socialinė ir nuostatų aplinkos, kuriuose žmogus gyvena ir leidžia laiką. Asmens veiksniams priskiriami: lytis, rasė, amžius, gyvenimo būdas, įpročiai, streso ir sunkumų įveikos stilius, išsimokslinimas, profesija, elgesio ir charakterio tipas, polinkiai ir kt. Didelę įtaką biopsichosocialių funkcijų realizavimui taip pat turi šalies socialinis, politinis, ekonominis išsivystymas. Todėl negalumo priežastys, jo vertinimas skirtingose šalyse nevienodas. JTO ekspertai nurodo, kad negalumo išsivystymui įtakos turi:

- karai ir jų pasekmės, badas, epidemijos, gyventojų migracija;
- šeimų skurdas, antisanitarinės buities sąlygos;
- žmonių neraštingumas, elementaraus medicininio išsilavinimo stoka, medicinos pagalbos stygius;
- žinių apie negalumo problemas trūkumas, klaidingas negalumo supratimas, neįgaliųjų diskriminacija;
- neišvystyta socialinės pagalbos infrastruktūra;
- stresai ir kitos psichosocialinės problemos;
- nepagrįstas vaistų vartojimas, piktnaudžiavimas narkotikais, stimulatoriais,
- urbanizacija ir jos pasekmės;
- fiziniai ir socialiniai barjerai, neleidžiantys daugeliui neįgaliųjų naudotis esamomis galimybėmis;
- nepakankama mityba;
- infekcinės ir lėtinės neinfekcinės ligos.

Paanalizavus Lietuvos situaciją, drąsiai galima teigti, kad nemaža dalis šių negalumo priežasčių yra ir mūsų šalyje.

Daugiausia klausimų kyla, koks asmens gebėjimų sutrikimų laipsnis turi būti vertinamas kaip negalia ir kaip tai reiktų įvertinti. Negalumo, išlikusio darbingumo ekspertizė visuomet kelia daug diskusijų, nes ji lemia asmens ne tik socialinę padėtį, jam būtinas pagalbos apimtį, bet ir jo gyvenimo ekonominį pagrindą, santykį su visuomene. Negalumo ekspertizė glaudžiai siejasi su laikino nedarbingumo nustatymu. Ilginant laikino nedarbingumo trukmę, galima ženkliai sumažinti pastovaus nedarbingumo, t.y. negalumo rodiklius, o griežtinant laikino nedarbingumo nustatymo reikalavimus auga negalumo rodikliai, nes ligoniai anksčiau nukreipiami į „Neįgalumo ir darbingumo nustatymo

tarnybą“, neretai nepanaudojus visų reabilitacijos galimybių. Nemažai kyla konfliktų tarp gydytojų, siunčiančių ligonius negalumo ir darbingumo nustatymui (Sveikatos apsaugos ministerija) ir negalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos gydytojų (Socialinės apsaugos ir darbo ministerija). To priežastis: gydantys gydytojai daugiau vertina ligonio medicininę būklę, mažiau kreipia dėmesį į profesinius, socialinius veiksnius, kuriuos įvertina ekspertai. Ne paslaptis ir tai, kad gydantys gydytojai jaučia didelį spaudimą iš pacientų pusės, kurie esant sunkioms ekonominėms sąlygoms netekto darbingumo pensiją ar pašalpą mato kaip vienintelį pragyvenimo šaltinį ir dėl to agravuoja ar simuliuoja ligos simptomus. Biopsichosocialinės funkcijos sutrikimų sunkumui nustatyti yra taikoma daug objektyvių skalių ir testų, priklausomai nuo ligos ar traumos pobūdžio, ligonio amžiaus. Dažniausiai tam naudojami Barthel indeksas, funkcinis nepriklausomumo testas, trumpas protinės būklės tyrimo testas, kasdienės veiklos klausimynas ir kt. Šie testai padeda atrinkti pagal jų funkcinės būklės sunkumą ligonius, kuriems reikia reabilitacijos, negalumo ir darbingumo vertinimo. Biopsichosocialinės funkcijos sutrikimui užsitęsęs daugiau dviejų-keturių mėnesių, dažniausiai sprendžiamas negalumo ir išlikusio darbingumo nustatymo klausimas. Kaip minėjome, negalumo ir išlikusio darbingumo lygį lemia ne tik ligonio būklė, bet ir amžius, profesiniai, socialiniai veiksniai. Negalia tai nėra nekintanti būklė - ji priklauso nuo ligos, traumos, apsigimimo sunkumo, eigos, taikomo gydymo, reabilitacijos efektyvumo. Todėl labai svarbu, kad neįgaliems asmenims būtų sudaromos reabilitacijos programos, o ne sakoma „grupę gavai, ko dar nori“. Neįgalieji nėra homogeniška žmonių grupė, tai aklieji, kurtieji, judėjimo, psichikos negalia turintys asmenys, kurių negalia yra vizualiai matoma, bet tai ir lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergantieji, kurių negalia vizualiai dažnai nepastebima. Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenimis, 2011 m. Lietuvoje gyveno 264632 asmenys, gaunantys netekto darbingumo pensijas ar išmokas. Dažniausiai negalumas nustatomas dėl lėtinių neinfekcinių ligų (kraujotakos sistemos, navikų, jungiamojo audinio bei skeleto, cukrinio diabeto, nervų sistemos, psichikos bei elgesio sutrikimų). Pažymėtina, kad lėtinės neinfekcinės ligos sudaro apie 85 proc. visų negalumo priežasčių. Traumos, nelaimingi atsitikimai - apie 10-12 proc.

Gerai žinoma, kad lėtinių neinfekcinių ligų atsiradimą lemia paveldėjimas, gyvensena, fizinė ir socialinė aplinka, sveikatos priežiūros kokybė. Daugelyje šalių, taip pat ir Lietuvoje, pagrįstai daug dėmesio skiriama asmens sveikatos ugdymui, lėtinių neinfekcinių ligų pirminei bei antrinei profilaktikai, ankstyvai jų diagnostikai ir gydymui. Visa tai duoda neblogų rezultatų: lėtinių neinfekcinių ligų pa-

sekmių pasireiškimas atitolinamas, ilgėja vidutinė gyvenimo trukmė (šiuo metu kai kuriose šalyse ji jau siekia 84-85 metus, Lietuvoje – 70 metų). Tačiau sergančiųjų lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis reabilitacijos klausimai apleisti, nepakankamai jiems dėmesio skiria ir medikai, ir sveikatos politikos organizatoriai. Apgaulinga tai, kad ilgą laiką lėtinės neinfekcinės ligos kliniškai nepasireiškia ir nemažina žmogaus gyvenimo visavertiškumo, ypač kai nėra fizinės, psichinės įtampos. Tai mažina žmogaus budrumą sveikatos požiūriu, kelia iliuzijas, kad jis sveikas ir jo sveikatai pavojus negresia. Tačiau šios ligos lėtai progresuodamos ilgainiui sutrikdo asmens biopsichosocialines funkcijas. Neretai sveikatos katastrofa ištinca staiga: insultas, infarktas „trenkia lyg perkūnas iš giedro dangaus“, nors į tai eina ma dešimtmečiais. Žmogus netikėtai jam tampa neįgaliu, ir labai sunkiai adaptuojasi tiek fiziškai, tiek psichologiškai.

Tenka pripažinti, kad sergančiųjų lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis vėlyvose ligos stadijose gydymo vaistais, chirurginio gydymo efektyvumas yra daug mažesnis negu sergančiųjų ūminėmis ligomis. Taikant ir šiuolaikines modernias gydymo priemones sutrikdytas žmogaus biopsichosocialines funkcijas atkurti dažniausiai nepavyksta. Gydant dažniausiai siekiama šalinti ligos simptomus (širdies nepakankamumą, silpnumą, ritmo sutrikimą ir kt.), norminti tam tikrus fiziologinius rodiklius (arterinį kraujo spaudimą, pulso dažnį, cukraus, cholesterolio kiekį kraujyje ir kt.), chirurgine intervencija atkurti kraujotaką, pašalinti auglį, neretai pamirštant, kad turi būti gydomas ne tik organas ar jų sistema ir netgi ne liga, bet individas. Sergančiųjų lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis gyvenimo pilnatvę ženkliai mažina ne tik ligos simptomai, bet ir gausybės vaistų vartojimas, pripratimas prie jų, nepageidaujami vaistų poveikiai (alerginės reakcijos, virškinimo sutrikimai ir kt.), neretai ir nežinia dėl ateities perspektyvų. Tokiems asmenims dėl ligos sąlygoto mažesnio fizinio aktyvumo didesnis pavojus yra kvėpavimo, šlapinimosi ir kitų sistemų infekcijos, pragulų, greičiau progresuoja kitos lėtinės ligos (osteoporozė, osteochondrozė), keičiasi jų psichika, dažnai sutrinka savivertė, jie izoliuojasi, atsiranda gėdos ir kaltės jausmas dėl veiklos galimybių sumažėjimo, vystosi depresija. Nustatyta, kad asmenys, kuriems sutrikusios biopsichosocialinės funkcijos, du tris kartus dažniau vartoja alkoholį, narkotines medžiagas, dažniau linkę į savižudybę.

Lėtinių neinfekcinių ligų problema darosi vis aktualesnė, nes ilgėjant gyventojų amžiui jomis sergančių žmonių daugėja, o tai, kad jos išryškėja vyresniame amžiuje, ji įgauna ne tik medicininį, socialinį, ekonominį pobūdį, bet ir moralinį. Esant jaunimo emigracijai nėra kam rūpintis vyresnio amžiaus ligoniais, jiems neužtikrinama būtina medicininė, socialinė, ekonominė pagalba.

Pripažįstama, kad sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis dėl sutrikdytų biopsichosocialinių funkcijų tradicinis sveikatos priežiūros modelis yra aiškiai nepakankamas, nes jis neapėpia visų būtinos pagalbos tokiems ligoniams sričių. Dažnai sergantys lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis kreipiasi į alternatyvią mediciną, ieško parapsichologų, ekstrasensų ar net šarlatanų pagalbos, nes tradicinė medicina nepateisina jų lūkesčių.

Pasaulio sveikatos organizacijos ir Pasaulio banko 2011 m. pranešime „Apie negalumą“ nurodoma, kad pasaulyje 1 milijardas neįgalių žmonių, iš jų 200 milijonų reikalinga pastovi priežiūra. Pažymėtina, kad neįgaliųjų skaičius didėja ir dėl medicinos pažangos, kurios dėka vis daugiau žmonių išlieka gyvi po sunkių traumų, ligų, apsigimimų, tačiau su žymiai pažeistomis biopsichosocialinėmis funkcijomis. Šių ligonių reabilitacija turi būti pradama kiek galima anksčiau, kai tik stabilizuojama jų klinikinė būklė ir turi būti tęsiama iki bus pasiektas maksimalus funkcinis aktyvumas.

Nurodoma, kad neįgalieji dažniausiai susiduria su šiomis kliūtimis: sveikatos priežiūros prieinamumo, švietimo, įdarbinimo, transporto, informacijos ir kt. Neįgaliesiems yra didesnė rizika negu sveikiems asmenims dėl:

1. Infekcijos, depresijos, kontraktūrų, pragulų ir komplikacijų.
2. Padidejusios hipokinezijos IŠL, hipertoninės, cukrinio diabeto, Alzheimerio ir kt. ligų.
3. Traumų (akliems, kurtiems, esant pusiausvyros ir koordinacijos sutrikimams).
4. Elgsenos sutrikimų (alkoholizmo, rūkymo, narkomanijos, agresyvumo).
5. Smurto (seksualinio išnaudojimo, prievartos).
6. Savižudybių.

Spręsti negalumo problemą vien tik medikų pastangomis beviltiška, nors medicina apibūdinama “ kaip mokslinių žinių ir praktinių priemonių, skirtų žmogaus sveikatai ir darbingumui saugoti bei stiprinti, gyvenimui ilginti, ligoms pažinti ir gydyti sistema“. Tačiau šių priemonių įgyvendinimas priklauso ne tik nuo medikų, bet ir politikų bei visos visuomenės nuostatų.

Kalbant apie sveikatos problemas, tradiciškai akcentuojamos trys sveikatos priežiūros sritys: **profilaktika, ligų diagnostika ir gydymas, reabilitacija** (1 pav.).

Šios dalys tarpusavyje yra susijusios, tačiau jų reikšmė atskirų ligų atvejais ir skirtingo amžiaus asmenims yra nevienoda. Naujagimiams, kūdikiams, vaikams, jauno amžiaus asmenims, be abejo, pabrėžiama ligų profilaktikos, brandos amžiuje – ankstyvos ligų diagnostikos ir gydymo, vyresniems ir pagyvenusio amžiaus asmenims – reabilitacijos reikšmė. Sprendžiant negalumo problemą

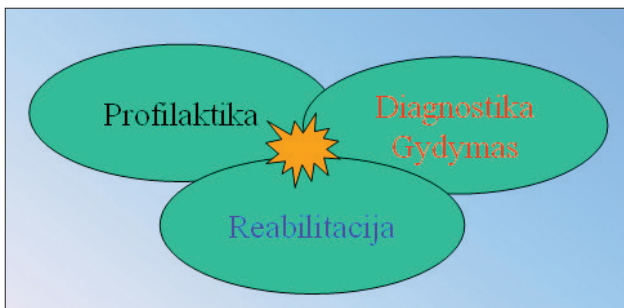
būtina pažymėti, kad visos šios sveikatos priežiūros dalys vienodai svarbios, nes dažnai pradedama sirgti vaikystėje, ligos dažniausiai diagnozuojamos brandos amžiuje, o jų pasekmės išryškėja vyresniame amžiuje. Visgi teikiant pagalbą sunkiems ligoniams ir neįgaliesiems vien tik medicinos priemonių (profilaktikos, diagnostikos, aktyvaus medikamentinio ir chirurginio gydymo) aiškiai nepakanka, nes ligonių priežiūra taikant šį modelį yra laikina, dažnai fragmentinė, ligonis yra labiau pasyvus, o gydymo tikslas tik gerinti ligonio sveikatos būklę.

PSO, jungianti 193 šalis, pasiūlė įdiegti biopsichosocialinį sveikatos priežiūros modelį, pagal kurį, teikiant pagalbą neįgaliesiems, įvertinamos ne tik sveikatos sutrikimų priežastys, bet ir ligų, traumų, apsigimimų pasekmės, kurias galima sumažinti pritaikant ligoniui aplinką, taikant technines rehabilitacijos priemones, darant įtaką sergančiojo elgsenai. Šiuo tikslu PSO 2001 m. išleista „Tarptautinė funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikacija“.

Šios klasifikacijos tikslai yra:

- moksliskai pagrįsti sveikatos sutrikimo padarinių supratimą ir tyrimus;
- padėti surasti bendrą kalbą įvairių sričių specialistams, sveikatos priežiūros darbuotojams ir neįgaliesiems aprašant sveikatos būklės sutrikimus;
- padėti suprasti negalumo reiškinių įtaką asmenų gyvenimui ir dalyvumui visuomenėje;
- kaupti duomenis apie egzistuojančius ir neįgalųjų dalyvumą skatinančius arba slopinančius veiksnius.

Ši klasifikacija papildo per šimto metų egzistuojančią „Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos klasifikaciją“ (dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija), kurioje įvardijamos ligos priežastys, tačiau nekalbama apie jų pasekmes konkrečiam asmeniui. Tarptautinė funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikacija formuoja naują požiūrį į ligų, traumų, apsigimimų pasekmes, kurios vertinamos trimis aspektais, atsižvelgiant į aplinkos ir asmenybės veiksnius (2 pav.).



1 pav. Pagrindinės sveikatos priežiūros sritys

Klasifikacijoje vertinama:

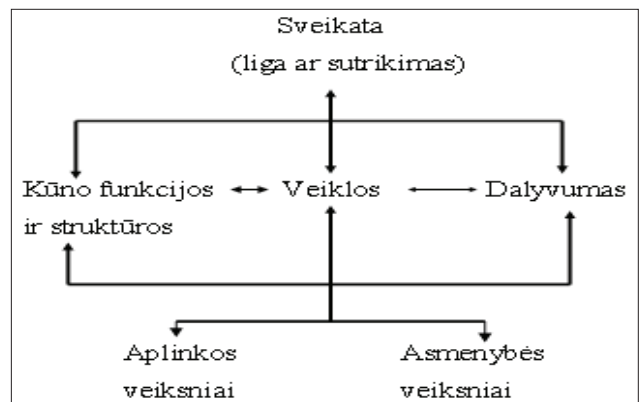
- kūno funkcijos ir struktūros sutrikimai (pvz.: vystosi širdies raumens nekrozė, kuri sutrikdo širdies veiklą);
- individo veiklos sutrikimai (negali eiti, nešti, kelti, apsitarnauti ir t.t.);
- individo dalyvumo sutrikimai (negali dirbti, dalyvauti visuomenės gyvenime ir t.t.).

Ši klasifikacija pabrėžia sergančiojo ir jo aplinkos individualumą, išryškina ne tik ligos simptomus, bet ir sutrikdytas žmogaus veiklas, socialinius gebėjimus.

Nepaprastai svarbu, kad šioje klasifikacijoje išskiriamos penkios grupės aplinkos veiksnių, kurie gali sunkinti ar lengvinti ligos pasekmes. Tai yra:

1. Gaminiai ir technika (tai yra bet kurio gaminio, įrankio, įrangos ar technikos pritaikymas ar specialus sukūrimas sergančio asmens funkcionavimui pagerinti).
2. Gamtinė ir žmogaus sukurta aplinka (žemės paviršiaus ypatumai, pvz.: klimatas, kalnai, kalvos, užtvankos, socialinė infrastruktūra, laiptai).
3. Pagalba ir tarpasmeniniai ryšiai (šeima, draugai, pašaliečiai, sveikatos priežiūros specialistai).
4. Nuostatos (susiformavę papročiai, vertybės, normos, požiūris į neįgalųjį).
5. Paslaugos, sistemos ir politika (teikiamos bendruomenės, regiono, šalies, vyriausybinių ir nevyriausybinių organizacijų).

Pagal šią klasifikaciją taip pat rekomenduojama atsižvelgti į asmenybės veiksnius, tokius kaip: amžius, lytis, išsilavinimas, gyvenimo stilius ir t.t. Šioje klasifikacijoje akcentuojamas **biopsichosocialinis požiūris** teikiant pagalbą sunkiems ligoniams ir neįgaliesiems. Taikant šį sveikatos priežiūros modelį, įvertinami ligonio ar neįgaliojo funkcijos sutrikimai, kurie jam kelia tam tikrų problemų: judėjimo, savarankiškumo, veiklos kasdieniame gyvenime



2 pav. Sveikatos komponentų tarpusavio sąveika pagal „Tarptautinę funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikaciją“



me, santykio su šeima, draugais, visuomene, profesinės problemos, perspektyvos tolimesniame gyvenime. Jei mediciniame sveikatos modelyje liginis daugiau pasyvus, tai šiame modelyje liginis turi būti aktyvus, informuojamas apie taikomas priemones, mokomas keisti elgesį, jam pagalba teikiama specialistų komandos principu, sveikatos priežiūra ilgalaikė. Tikslas-gerinti liginio funkcinę būklę, adaptaciją. Šio požiūrio įgyvendinimas yra esminis dalykas kuriant sunkių liginų ir neįgaliųjų reabilitacijos sistemą. Lotyniškai „rehabilitatio“ (*re* – grąžinti, *habilitatio* – įgūdžiai) reiškia įgūdžių atgavimą.

Nemažai yra „reabilitacijos“ sąvokos aiškinimų, vienaip ar kitaip atspindinčių reabilitacijos tikslus ir turinį. PSO ekspertai 1969 m. priėmė tokį reabilitacijos sąvokos apibrėžimą: **reabilitacija** – tai koordinuotas kompleksinis medicininių, socialinių, pedagoginių, profesinių priemonių naudojimas siekiant maksimalaus reabilituojamojo asmens funkcinio aktyvumo. Šiuo apibrėžimu akcentuojama, kad:

1. Reabilituojamas ne organas, ne organų sistema, bet individas. Negali būti inkstų, širdies reabilitacijos, bet yra sergančiojo širdies ar inkstų liga reabilitacija.

2. Reabilitacijos tikslas nėra tik paciento sugrąžinimas į darbinę veiklą, bet siekimas maksimalaus asmens funkcinio aktyvumo. Jeigu iki reabilitacijos asmuo pats negalėjo pavalgyti, apsistarnauti, o po reabilitacijos tą sugebės padaryti – tai ir bus reabilitacijos tikslas ir jį pasiekę mes vertinsime, kad reabilitacija buvo efektyvi.

3. Reabilitacija apima ne tik medicines, bet ir socialines, pedagogines ir kitas priemones.

4. Reabilitacija yra baigtinis procesas, ji negali tęstis visą gyvenimą. Pasiekus asmens maksimalų funkcinį aktyvumą, ji baigiama. Toliau pacientui reikalinga sveikatos priežiūra.

5. Sunkūs liginiai, kurių funkcinis aktyvumas, taikant

reabilitacijos priemonės, nedidėja, priskiriami liginams, kuriems reikalinga intensyvioji slauga, paliatyvioji pagalba, o ne reabilitacija.

Terminas „reabilitacija“ dažnai sutapatinamas su terminu „fizinė medicina“ ir jie vartojami kaip sinonimai. Šie terminai turi daug bendra, tačiau nėra identiški. Fizinė medicina tradiciškai siejama su ligų gydymu naudojant specialią techniką ir fizines priemones, pvz., šilumą, šaltį, vandenį, elektrą, magnetines, kvantines bangas ir kt. „Reabilitacija“ yra platesnė sąvoka, labiau nusakanti liginio funkcinės būklės atkūrimą. Reabilituojant asmenį, yra trys pažeistos funkcijos atkūrimo galimybės:

1. Pažeista funkcija visiškai ar beveik visiškai atkuriamą.

2. Pažeista funkcija kompensuojama (dažniausiai techninėmis reabilitacijos priemonėmis).

3. Funkcijos pažeidimas išlieka, pasiekama readaptacija (*pritaikant aplinką*).

Norint maksimaliai atkurti asmens funkcinę būklę svarbu sukurti reabilitacijos sistemą, kurios svarbiausios dalys nurodytos 3 pav.

Visos šios sistemos dalys yra svarbios:

**I. Teisinė dalis** (juridiniai aktai, reglamentuojantys šios sistemos veikimą). Lietuvoje yra svarbiausi trys teisiniai aktai:

1. „Lietuvos Respublikos neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas“, kuris reguliuoja negalumo nustatymą, neįgaliųjų medicininę, profesinę, socialinę ekspertizę, aplinkos pritaikymą neįgaliesiems, neįgaliųjų ugdymą bei mokymą, nustato neįgaliųjų integracijos į darbą, visuomeninį gyvenimą, teises, ekonomines ir organizacines garantijas.

2. Lietuvos Respublikos Vyriausybės priimta „Nacionalinės neįgaliųjų socialinės integracijos 2013-2019 metų programa“. Jos tikslas - sukurti palankią aplinką ir sąlygas oriam ir visaverčiam neįgaliųjų gyvenimui Lietuvoje, užtikrinti lygias galimybes ir neįgaliųjų gyvenimo pilnatvę. Įgyvendinant programą keliami keturi uždaviniai:

1) užtikrinti skirtingas negalias turinčių neįgaliųjų specialiuosius poreikius;

2) užtikrinti neįgaliesiems galimybę laisvai judėti fiziniėje aplinkoje ir naudotis visiems prieinama informacija;

3) siekti didesnio neįgaliųjų užimtumo darbo rinkoje, kultūros, sporto, laisvalaikio veikloje;

4) užtikrinti neįgaliųjų teises į pagrindinį laisvą gyvenimą be diskriminacijos dėl negalumo ir sudaryti sąlygas tobulinti neįgaliųjų socialinės integracijos proceso valdymą.

3. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (an-



3 pav. Reabilitacijos sistemos sudėtinės dalys

tirecidivinio) gydymo organizavimo“ (2008 m. sausio 17 d. Nr. V - 50), kuris reguliuoja ligonių ir neįgaliųjų reabilitacijos tvarką.

**II. Medicininė reabilitacija.** Vystant medicininę reabilitaciją šalyje turi būti siekiama sukurti efektyvią ligonių ir neįgaliųjų medicininės reabilitacijos sistemą, atitinkančią tarptautinius standartus, įgalinančią reabilitaciją pradėti jau pirmomis sunkios ligos ar traumos dienomis ir tęsti iki asmens maksimalaus funkcinio aktyvumo pasiekimo.

Medicininę reabilitaciją turi gauti visi asmenys, kuriems jos reikia. Ypač svarbu, kad ji būtų vykdoma asmenims prieš nustatant sutrikusį darbingumą. Ligonų ir neįgaliųjų medicininė reabilitacija turi būti vykdoma:

1. Daugiaprofiliniuose stacionaruose (pirmasis etapas), ankstyvos reabilitacijos skyriuose (antras etapas).
2. Ambulatorinė reabilitacija poliklinikose (antras etapas).
3. Sanatorijų reabilitacijos skyriuose (antras etapas).
4. Paciento namuose.

### 1. Reabilitacija daugiaprofiliniame stacionare

Atskiri medicininės reabilitacijos metodai ir priemonės (kineziterapija, ergoterapija, fizikiniai veiksniai, logoterapija, psichoterapija ir kt.) būtini daugumai ligonių, gydomų daugiaprofiliniuose stacionaruose.

Kompleksinė medicininė reabilitacija (pirmas reabilitacijos etapas) turi būti vykdoma iki 20 proc. stacionariųjų ligonių, kurie vėliau nukreipiami į antrą reabilitacijos etapą. Daugiaprofiliniame stacionare į lovdienio kainą atskira eilute būtina išskirti pirmo etapo reabilitacijos paslaugų kainą. Ji turėtų sudaryti 3-4 proc. lovdienio kainos lėšų. Tai užtikrintų pirmojo reabilitacijos etapo vykdymą, nes šis etapas iki šiol nėra ekonomiškai reglamentuotas.

Vystant reabilitaciją daugiaprofilinio stacionaro anksčiau reabilitacijos skyriuose būtina:

1. Reabilitaciją vykdyti specialistų komandos principu, užtikrinant reikiamas specialistų konsultacijas.
2. Siekti, kad visi ligoniai, kuriems reikalinga reabilitacija, ją gautų nuo pirmų sunkios ligos ar traumos dienų.
3. Siekti, kad visi ligoniai, kuriems reikalinga reabilitacija ir sveikatą grąžinamasis gydymas (vaikams), po pirmojo etapo būtų nukreipiami į ligoninių ar sanatorijų reabilitacijos skyrius ar ambulatorinei reabilitacijai (antras reabilitacijos etapas). Šiuo metu į antrą etapą nukreipiamas tik kas antras trečias ligonis, kuris jos reikalingas.

### 2. Ambulatorinė reabilitacija

Ambulatorinės reabilitacijos privalumai: ji žymiai pigesnė negu stacionare, ligonis neizoliuojamas nuo šeimos, jos trukmė gali būti ilgesnė (procedūros gali būti teikiamos kas antrą dieną). Vystant ambulatorinę reabilitaciją svarbu:

1. Ambulatorinės reabilitacijos skyrius būtina steigti:

- prie miestų ir apskričių ligoninių, kuriuose yra stacionarinės reabilitacijos skyriai ir yra galimybė teikti kvalifikuotą pagalbą reabilitacijos specialistų komandos principu;

- prie sanatorijų reabilitacijos skyrių.

2. Ambulatorinei reabilitacijai reikia nukreipti ligonius (reabilitacijai ir sveikatą grąžinamajam gydymui), kurių mobilumas nėra ribotas, jiems nereikalingos dažnos reabilitacijos procedūros, dietinis maitinimas.

Ambulatorine reabilitacija sudėtingiau pasinaudoti kaimų, rajonų gyventojams, kuriems yra dideli atstumai iki jos.

### 3. Reabilitacija sanatorijų reabilitacijos skyriuose

Sanatorijų reabilitacijos skyrių privalumas: juose yra panaudojami gamtiniai, klimatiniai veiksniai, yra užtikrinamas dietinis maitinimas. Vystant reabilitaciją sanatorijų reabilitacijos skyriuose svarbu:

1. Nukreipti ligonius (reabilitacijai ir sveikatą grąžinamajam gydymui), kurių mobilumas yra ribotas, reikalingos dažnos reabilitacijos procedūros, dietinis maitinimas, reikalingi specialūs reabilitacijos įrenginiai, būtina nuolatinė ligonio būklės kontrolė.

2. Vykdyti socialinės (profesinės) reabilitacijos programą sprendžiant jos finansavimo klausimus.

3. Ligoniams, kuriems sanatorijos reabilitacijos skyriuje teikiamos ambulatorinės reabilitacijos paslaugos, numatyti apmokėjimą už viešbučio paslaugas (už nakvyne) ir maitinimą (jei ligoniui neindikuotinas dietinis maitinimas).

### 4. Reabilitacija paciento namuose

Reabilitacijos namuose pagrindiniai uždaviniai: išmokyti ligonį savitarnos, gydomosios mankštos pratimų, apmokyti šeimos narius. Vystant reabilitaciją namuose svarbu:

1. Užtikrinti sunkiems ligoniams ir neįgaliesiems reabilitacijos tęstinumą namuose.

2. Spręsti fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo, kineziterapeuto, ergoterapeuto, logoterapeuto ir kitų specialistų apmokėjimo namuose tvarką.

3. Organizuoti bendruomenės narių mokymą, kaip teikti reabilitacijos pagalbą namuose.

4. Siekti glaudesnio sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimo ryšio.

Per nepriklausomybės laikotarpį medicininės reabilitacijos srityje nemažai yra padaryta, tačiau kol kas, deja, medicinine reabilitacija gali pasinaudoti tik dalis ligonių, kuriems ji reikalinga. Reabilitacijos bazėms trūksta šiuolaikinės reabilitacijos įrangos, šios medicinos srities specialistų. Lietuvoje sunkių ligonių ir neįgaliųjų reabilitacijos sistemos namuose neturime. Svarbu parengti ligonių ir neįgaliųjų reabilitacijos algoritmus ir standartus pagal ligų profilius.

**III. Profesinė rehabilitacija.** Ji Lietuvoje žengia pirmuosius žingsnius. Esami profesinės rehabilitacijos centrai pajėgūs suteikti profesinės rehabilitacijos paslaugas, kurios užtikrintų prarastų darbinių įgūdžių atgavimą, lavinimą ar mokymą tik nedaugeliui neįgaliųjų. Neįgaliųjų užimtumas Lietuvoje du tris kartus mažesnis palyginus su Europos Sąjungos valstybių vidurkiu. Yra parengti profesinės rehabilitacijos teikimo neįgaliesiems standartai, programos, kurios apima: asmens profesinių gebėjimų įvertinimą, profesinį orientavimą ir konsultavimą, asmens profesinių gebėjimų atkūrimą arba naujų išugdymą bei pagalbą įsidarbinant. Tačiau jų įgyvendinimas stringa dėl nepakankamo finansavimo.

**IV. Mokymas ir ugdymas.** Neįgaliųjų mokymas, įtraukimas į prasmingą veiklą, adekvačią jų būklei, teigiamai veikia jų sveikatą, jie tobulėja, integruojasi visuomenėje. Jų specifiniai poreikiai sąlygojami ne tik negalumo pobūdžio, bet ir jų socialinės grupės, t.y. vaikai, vyresnio amžiaus asmenys, moterys, socialiai remtini asmenys ir kt.

Kalbant apie vaikus dažniausiai vartojamas abilitacijos, o ne rehabilitacijos terminas.

Abilitacija – priemonių kompleksas, kuris padeda išmokyti, išsaugoti bei patobulinti įgūdžius tiems, kurių raida sutrikusi. Neretai abilitacija įvardinama kaip vaikų raidos sutrikimų ankstyvoji rehabilitacija arba ankstyvoji intervencija. Jos tikslas paremti neįgalų vaiką ir skatinti jo raidą bei pagerinti vaiko ir jo šeimos gyvenimo pilnatvę. Teikiant šias paslaugas, svarbu akcentuoti, jog vaiko raida yra nenutrūkstamas, aplinkos sąlygojamas procesas, todėl ir rezultatai yra susiję su vaiko ir aplinkos sąveika. Esminis abilitacijos elementas yra tėvų mokymas apie ligą, jos pasekmes, susijusias būkles, vaiko raidos savitumus, galimus terapijos metodus, jų efektyvumą, socialinę pagalbą. 2006 m. PSO patvirtino „Tarptautinę funkcionavimo, negalios ir sveikatos klasifikaciją vaikams ir jaunimui.“ Ši klasifikacija sudaro galimybę įvertinti: kaip funkcionuoja vaiko kūnas ir kaip jis geba prisiimti atsakomybę įvairiose situacijose, kokia yra vaiko supanti aplinka. Taip pat ši klasifikacija sudaro galimybę dokumentuoti vaiko sveikatos, funkcionavimo, raidos būklę, jos dinamiką, sudaryti individualų vaiko gydymo ir stebėsenos planą bei vertinti jo efektyvumą.

**V. Techninės rehabilitacijos priemonės.** Civilizuotose šalyse apie 40 proc. gyventojų naudoja technines rehabilitacijos priemones (neįskaitant akinių, kuriuos praktiškai naudoja 100 proc. vyresnio amžiaus žmonių). Lietuvoje technines rehabilitacijos priemones naudoja 17 proc. žmonių. Būtina plėsti tiek individualių techninių rehabilitacijos priemonių (savitarnai, judėjimui ir kt.), tiek visuomeninių techninių rehabilitacijos priemonių (specialus transportas, specialios kėdės, atramos, turėklai ir kiti įrenginiai sun-

kia judantiems, specialūs telefonai, garsinės, šviesinės signalizacijos) naudojimą. Techninių rehabilitacijos priemonių naudojimą pas mus riboja jų trūkumas (ypač aukštos technologijos), netinkama jų estetika, dydis, svoris, motyvacijos stoka, jos greitai genda, lūžta, sugedus nėra joms serviso.

**VI. Aplinkos pritaikymas.** Tai ypač aktualu akliems, kurtiesiems, judėjimo negalią turintiems bei vyresnio amžiaus asmenims, kuriems yra kritimų, griuvimų tikimybė dėl sutrikusios galvos smegenų kraujotakos ar kitų priežasčių. Tai apima tinkamą gatvių, patalpų apšvietimą, pastatų pritaikymą, grindų dangą, laiptų eliminavimą, pritaikytą sanitarinių mazgų įrengimą ir t.t. Tenka pastebėti, kad šios problemos Lietuvoje dar yra gana dažnos. Šiuo metu plačiai diskutuojama apie universalų dizainą. Tai yra gaminių ir aplinkos planavimo bei kūrimo strategija, kuria siekiama, kad visuomenėje būtų užtikrintos visiškai lygios galimybės ir dalyvumas visiems jos nariams. Diegiant universalų dizainą būtina laikytis jo pagrindinių principų:

1. Nešališkumo/lygiateisiškumo. Strategija neturi išskirti ir stigmatizuoti nei vienos vartotojų grupės.
2. Lankstumo. Įgyvendinant strategiją turi būti atsižvelgiama į paciento asmeninius poreikius ir sugebėjimus.
3. Paprastumo. Universaliai suprojektuota aplinka turi būti tinkama visiems, nepriklausomai nuo žmonių patirties, išsilavinimo, kalbos įgūdžių ar dėmesingumo lygio.
4. Informacijos suvokiamumo. Informacija vartotojui turi būti perduodama suprantamai, nepaisant jo ribotų jautimumo galimybių ar esamų aplinkos sąlygų.
5. Klaidų toleravimo. Strategija mažina nelaimingų atsitikimų riziką, taip pat sumažina veikslių ar judesių neįnumatytas pasekmes.

6. Mažo fizinio krūvio. Universaliai suprojektuota aplinka naudojama efektyviai, patogiai, ji neturi sukelti nepageidaujamo fizinio nuovargio.

7. Tinkamo dydžio aplinkos erdvės. Jomis turi būti patogiai naudojama, nepriklausomai nuo vartotojo kūno sudėties, laikysenos ar mobilumo.

**VII. Rekreacija.** Neįgaliųjų rekreacija, t.y. jėgų, sveikatos, gyvenimo džiaugsmo, prasmės atgavimas ir malonumo gyventi suvokimas yra svarbi rehabilitacijos sistemos dalis. Tai veikla, „išvaduojanti“ žmogų nuo stigmatizacijos ir skatinanti jo asmens kūrybiškumą. Žmogus turi būti įtraukiamas į aktyvią veiklą, jam turi būti sukuriama aplinka, kurioje jis galėtų pailsėti, atsipalaiduoti, o kartais pabūti ir vienas. Tai galima vykdyti per kultūrą, sportą, religiją. Čia ypač svarbi vyriausybinių ir nevyriausybinių organizacijų veikla. Galioja neįgaliųjų kredo: „Nieko be manęs“. Nesugebėjimas racionaliai praleisti laisvalaikį, neįsivertis gyvenimas – daugelio socialinių problemų (al-

koholizmo, narkomanijos, savižudybių, nusikaltimų) priežastis. Tokiems ligoniams netinkamos laisvalaikio formos: televizijos žiūrėjimas, kompiuteriniai žaidimai ir pan. Jos susijusios su psichine įtampa, hipokineze (sumažėjusiu judrumu), hipodinamija (sumažėjusia jėga), o tai dažniausiai neįgaliesiems siūloma.

**VIII. Informacijos teikimas.** Nemažai daliai neįgaliųjų, kaip minėjome, sutrinka regėjimas, klausa, dėmesys, suvokimas. Todėl, teikiant jiems bet kokią informaciją, būtina į tai atsižvelgti. Jei tai rašytinė, turi būti pakankamas apšvietimas, ir raidžių dydis. Jei žodinė – pašalinti pašalinius trikdžius (pritildyti radiją, televiziją, vengti tuo pačiu metu pokalbių su kitais asmenimis ir t.t.). Vyresnio amžiaus asmenys dažnai nesuvokia jiems teikiamos informacijos, bet stengiasi to neparodyti. Todėl apie 50 proc. vyresnio amžiaus asmenų vaistus vartoja ne taip kaip reikia. Lietuvoje atliktas pacientų sveikatos raštingumo tyrimas parodė, kad didelė dalis gyventojų nežino pagrindinių lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių. Didelis dėmesys turi būti skiriamas informacinių, komunikacinių technologijų diegimui.

**IX. Transporto sistemos paslaugos.** Labai svarbu, kad būtų pritaikytas transportas asmenims, kuriems sutrikęs judėjimas, koordinacija, ypač visuomeninis (žemas įlipimas, porankiai ir pan.). Būtina suprasti, kad žmogus, esantis ratukuose, negali pakliūti į autobusą ne dėl to, kad jis ratukuose, o dėl to, kad autobusas nepritaikytas. Aklasis negali išlipti reikiamoje stotelėje ne dėl to, kad jis aklas, o dėl to, kad nepranešama apie stoteles.

**X. Socialinė globa ir socialinės paslaugos.** Žmogaus egzistencija yra socialinis procesas. Jis suprantamas kaip nuolatinė sąveika su kitais individualais. Sergant keičiasi asmens socialinis vaidmuo, socialiniai ryšiai. Neretai sergantiems sunku išreikšti savo pageidavimus, nes dėl fizinių ir intelektualinių problemų neįsivaizduoja ar nežino savo galimybių. Neretai ligonis susitaiko su išlaikytinio vaidmeniu. Svarbu nustatyti sergančiojo asmens specialiuosius poreikius buityje, asmeniniame gyvenime, ugdymesi, darbinėje veikloje, visuomeniniame gyvenime ir juos užtikrinti. Būtina įtraukti neįgaliuosius į nevyriausybinę organizacijų veiklą.

**XI. Prarastų pajamų kompensavimas.** Turi būti skiriama finansinė parama, kuri užtikrintų asmens materialinės padėties garantijas (socialinė pašalpa, būsto, šildymo, karšto ir šalto vandens išlaidų kompensacijos ir pan.), išlaidas slaugai, priežiūrai ir pagalbai, transportui ir pan. Tai labai svarbi rehabilitacijos sistemos dalis, nes padeda asmeniui sukurti stabilų savivertę. Parama turi būti teikiama ne tik finansinė, bet ir užtikrinanti tam tikras paslaugas (vykimą pas gydytojus, į parduotuvę, maisto gaminimą ir pan.). Lietuvoje labai silpni ryšiai tarp medicininių ir socialinių

paslaugų teikėjų. Turėdamas finansinį pagrindą asmuo tampa „pats savo laivo kapitonas“.

**XII. Specialistų rengimas.** Tinkamas įvairiapusių reabilitacijos metodų ir priemonių parinkimas reikalauja iš šioje srityje dirbančių specialistų išsamių ne tik biomedicinos mokslo žinių, bet ir pedagogikos, andragogikos, psichologijos, sociologijos dalykinių žinių ir darbo su neįgaliaisiais praktinių įgūdžių. Lietuvoje darbui su neįgaliaisiais rengiami fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojai, slaugytojai (bakalaurai, magistrai), socialiniai darbuotojai (bakalaurai, magistrai), kineziterapeutai (bakalaurai, magistrai), logoterapeutai, taikomiosios fizinės veiklos specialistai (bakalaurai, magistrai), ortozijų specialistai, visuomenės sveikatos (bakalaurai, magistrai). Tačiau tenka apgailestauti, kad šių specialistų skaičius Lietuvoje kelis kartus mažesnis negu senosiose Europos šalyse. Jų mokymo trukmė nepakankama. Nepakankamas kitų specialybių gydytojų mokymas reabilitacijos srityje.

Neretai reabilitacijos specialistų komandai vadovauja siaurų specialybių gydytojai, neturintys tinkamo pasirengimo šioje srityje. Ir todėl dažnai reabilitacijos bazėje užsimama ligų diagnozavimu, neturint tam reikiamų sąlygų. Pagrindinis reabilitacijoje dirbančių specialistų uždavinys – įvertinti ligonių funkcinę būklę ir sudaryti kompleksines reabilitacijos metodų ir priemonių taikymo programas, vertinti jų poveikį.

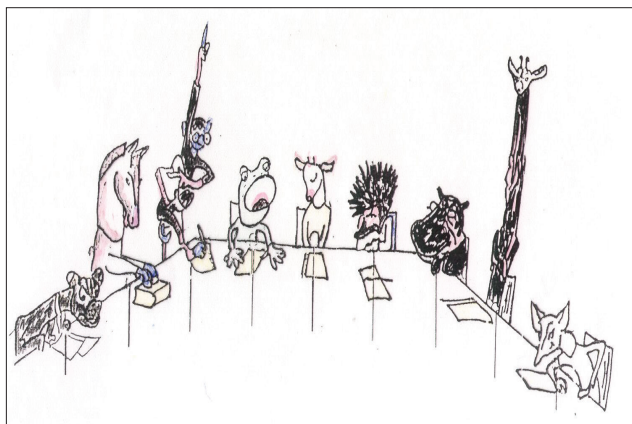
Lietuvoje nuo 1995 metų rezidentūroje rengiami fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojai, kurie mokomi, kaip įvertinti ligonio funkcinę būklę ir kaip ją gerinti reabilitacijos metodais bei priemonėmis (kineziterapijos, ergoterapijos, logoterapijos, fizikiniais veiksniais, techninėmis reabilitacijos priemonėmis ir t.t.). Europos medicinos specialistų sąjunga rekomenduoja penkerių metų šių specialistų rengimo trukmę rezidentūroje, Lietuvoje jos trukmė trys metai.

**XIII. Negalumo ir darbingumo įvertinimas.** Labai svarbu, kad vertinant sunkių ligonių negalumą būtų pabrėžiama ne tai, ko jis negali, bet tai, ką jis gali atlikti, vengiant stigmatizacijos, didinant asmens savivertę. Negalumo ir išlikusio darbingumo ekspertizę Lietuvoje atlieka Negalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba. Tačiau neretai asmenų negalumas nustatomas neišnaudojus visų sunkių ligonių reabilitacijos galimybių, neišvengiama subjektyvumo, esant neaiškumams nėra galimybių atlikti pagilintą ligonio ištyrimą tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Svarbu, kad tais atvejais, kai nustatomas negalumas, būtų sudaroma individuali asmens reabilitacijos programa, kurios tikslas – maksimaliai padidinti jo funkcinį aktyvumą. Už tokios programos įgyvendinimą turėtų būti atsakingas šeimos gydytojas, o kontroliuoti tai turėtų „Ne-



įgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba“ pakartotinės ekspertizės metu. Negalumas, kaip akcentuota, nėra nekintanti būklė, ir jį nustačius, funkcinio aktyvumo didinimui, būtina toliau taikyti reabilitacijos priemones. Neįgaliųjų reabilitacija bus efektyvi, jei ji bus kompleksinė. Visos reabilitacijos sistemos dalys turėtų būti tolygiai vystomos, reabilitacijos pagalba būtų teikiama specialistų komandos principu, kurią neretai sudaro dešimt ir daugiau specialistų (fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas, slaugytojas, kineziterapeutas, ergoterapeutas, psichologas, logoterapeutas, techninių reabilitacijos priemonių taikymo specialistas, socialinis darbuotojas ir kt.) (4 pav.).

Sunkiųjų ligonių ir neįgaliųjų reabilitacija yra gana brangi, tačiau jos ekonominė nauda neabejotina:



4 pav. Reabilitacijos specialistų komanda

- sutrumpėja sunkiųjų ligonių gulėjimo laikas stacionare;
- išvengiama sunkiųjų ligos komplikacijų (pragulų, kontraktūrų, tromboembolijų ir kt.), dažnai sąlygojančių antrinį negalumą;
  - mažėja vartojamų vaistų kiekis;
  - pagerėja psichologinis klimatas šeimoje;
  - mažėja ligonių būtinos slaugos apimtis;
  - padidėja ligonio savarankiškumas ir jo gyvenimo visavertiškumas;
    - daugiau neįgaliųjų grįžta į darbinę veiklą;
    - ilgėja gyvenimo trukmė;
    - ligos paūmėjimų ir pakartotinės hospitalizacijos dažnis mažėja.

Yra paskaičiuota, kad vienas piniginis vienetas, skirtas reabilitacijos sistemai, atsiperka devynis kartus. Todėl civilizuotų šalių draudiminės kompanijos remia tokios sistemos kūrimą.

Gerai žinoma, kad sveikatos sistemos finansavimas susiduria su etikos problemomis, nes išteklių trūkumas

verčia nustatyti prioritetus. Resursų stoka ir konkurencija dėl jų sukelia konfliktus. Neįgalieji šioje konkurencijoje dažniausiai pralaimi, nes tai daugumoje vyresnio amžiaus asmenys, jų funkcijų pakitimai sunkūs, dažnai yra negrįžtami ir išlieka visą gyvenimą, jų korekcijai būtinas ilgas laikas. Neretai reabilituojant ligonius susiduriama su „eidžizmu“, t.y. klaidinga nuostata, kad vyresnio amžiaus asmenų gydymas yra brangus, neatsiperka, nepatrauklus ir t.t.

Lietuvoje reabilitacijai skiriama tik apie 3,6 proc. lėšų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo (fondo lėšos 2014 metams – 4,71 milijardo litų, reabilitacijai – 134,8 milijonai). Reabilitacijos paslaugos suteikiamos apie 90 tūkstančių ligonių, o poreikis yra du tris kartus didesnis. Reabilitacijos paslaugų įkainiai yra nepagrįstai maži, todėl neišvengiama antrinio negalumo, kai sunkūs ligoniai tampa neįgaliais ne dėl ligos ar traumos, bet dėl to, kad jam nebuvo laiku suteikta tinkama reabilitacijos pagalba, dėl to ligoniui išsivysto komplikacijos, kurių galima išvengti taikant reabilitacijos savalaikes ir kokybiškas priemones. Mūsų paskaičiavimais antrinis negalumas sudaro iki 50 proc. visų negalumo atvejų.

Sunkiųjų ligonių, neįgaliųjų kompleksinės reabilitacijos sistemos sukūrimas yra iššūkis kiekvienai šaliai. Turi būti suvokiama, kad tai yra sudėtinga ir įvairiapusė teisiųjų, medicininių, socialinių, ekonominių, organizacinių ir kt. priemonių sistema, padedanti žmonėms atgauti sutrikusias biopsichosocialines funkcijas, kompensuoti jas ar adaptuoti visuomenėje. Reikia pripažinti, kad Lietuvoje per nepriklausomybės laikotarpį yra nemažai padaryta sprendžiant negalumo keliamas problemas, keičiant visuomenės, politikų, medikų požiūrį į neįgaliuosius ir pačių neįgaliųjų į save. Vis dėlto dar dažnai susiduriame su tam tikromis deklaracijomis, o ne praktinių neįgaliųjų lygių teisių ir galimybių įgyvendinimu.

Taigi, šiuolaikinis požiūris į negalią ir neįgaliuosius yra suvokimas, kad:

1. Žmogaus egzistencija neišvengiamai susijusi tiek su neigiamais, tiek su teigiamais aplinkos veiksniais, turinčiais įtakos jo sveikatai. Žmogus pasirinkdamas tinkamą gyvenimo būdą gali ženkliai veikti savo sveikatą, pailginti sveiko gyvenimo trukmę, tačiau, deja, ateina laikas, kai jo biopsichosocialinės funkcijos pažeidžiamos, jam būtina aplinkinių ir visuomenės pagalba.

2. Esant dėl ligos, traumos ar apsigimimo sutrikusioms biopsichosocialinėms funkcijoms žmogaus maksimalų funkcinį aktyvumą ir gyvenimo visavertiškumą galima užtikrinti tik sukūriant efektyvią sergančiųjų reabilitacijos ir socialinės integracijos sistemą. Investicijos į tokią sistemą – tai investicijos į neišvengiamą kiekvieno mūsų ateitį, jos visada atsiperka.

3. Neįgalieji - mūsų visuomenės dalis, atsakomybę dėl jų problemų sprendimo turi prisiimti visi visuomenės nariai, kurie yra šiuo metu „laikinai sveiki“, ir, žinoma, patys neįgalieji.

#### Literatūra

1. LR Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas, 2004 m.
2. LR Vyriausybės nutarimas dėl „Nacionalinės neįgaliųjų socialinės integracijos programos 2013- 2019 m. m. patvirtinimo“, 2012.11.21.
3. SAM įsakymas „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio ) gydymo organizavimo“. 2008 sausio 17 d. Nr. V-50.
4. Daiva Zagurskienė. Pacientų sveikatos raštingumo vertinimas. Daktaro disertacija. Kaunas, 2009.
5. International Classification of Functioning, Disability and Health. WHO, Geneva, 2001.
6. International Classification of Functioning, Disability and Health (Children and Youth version) WHO, Geneva, 2007.
7. World report on Disability. WHO, 2011.

#### UNDERSTANDING DISABILITY IN MODERN SOCIETY

A. Kriščiūnas

Key words: disability, rehabilitation, biopsychosocial functions.  
Summary

Disability is part of human condition. The number of people with disabilities is growing. Every epoch has faced the moral and

political issue of how best to include and support people with disabilities. This issue will become more acute as the demographics of societies change and more people live to an old age. There is a global increase in chronic health conditions such as diabetes, cardiovascular diseases and mental disorders, which will influence the nature and prevalence of disability. Establishment of a complex rehabilitation system of disabled people is great challenge. It is to be understood as a versatile system of legal, medical, economical, organizational, etc., means, which helps people to regain their disturbed biopsychosocial functions, compensate them and adapt them to society. The article further calls to organise, strengthen, and extend comprehensive rehabilitation services and programmes for disabled people, which should begin as early as possible, based on multidisciplinary assessment of individual needs and strengths, and including the provision of assistive devices and technologies.

Correspondence to: aleksandras.krisciunas@kaunoklinikos.lt

Gauta 2014-11-04

Profesorius, habilituotas mokslų daktaras **Aleksandras Kriščiūnas**, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Reabilitacijos klinikos vadovas, Latvijos Stradinis universiteto garbės daktaras, Kazachstano Respublikinio vaikų reabilitacijos centro garbės profesorius, Pasaulio reabilitologų asociacijos narys, Respublikos reabilitologų asociacijos valdybos pirmininkas, Lietuvos nusipelnęs gydytojas. Ligonių ir neįgaliųjų funkcinės būklės įvertinimo, reabilitacijos klausimais paskelbė per 600 straipsnių užsienio ir vietos spaudoje, yra 20 vadovėlių ir mokomųjų knygų autorius ir bendraautoris, 19 disertantų mokslinis darbo vadovas.