

Rehabilitacja a jakość życia osób w podeszłym wieku w świetle badań w Ośrodku święta Elżbieta w Rudzie Śląskiej

Rehabilitation and quality of life of the elderly in studies at the Centre of St. Elizabeth in Ruda Śląska

Streszczenie:

Starzenie się jest procesem fizjologicznym, który możemy opóźnić przez eliminowanie przyspieszających je czynników. Dzisiaj w obliczu problemu starzejącego się społeczeństwa zmianie zaczęło ulegać pojęcie starości. Za dolną granicę starości uznano wiek 65 lat. Osoby w wieku 65-75 lat zalicza się do starszego wieku, w przedziale 76-85 do wieku podeszłego, ludzi powyżej 85. roku życia uznaje się za sędziwych lub długowiecznych.

Rehabilitacja, której głównym celem jest utrzymanie lub przywrócenie zdolności do samodzielnego funkcjonowania, zwłaszcza w zakresie podstawowych czynności życia codziennego, ma duże znaczenie dla poprawy jakości życia osób w starszym wieku.

Abstract:

Aging is a physiological process that can delay them by eliminating the acceleration factors. Today, faced with the problem of an aging society began to undergo change in the concept of old age. For the lower limit of age was 65 years old. People aged 65 -75 years among the older age groups, ranging from 1976 to 1985 to old age, people above 85 years of age shall be considered as venerable and long-lived.

Rehabilitation, whose main purpose is to maintain or restore the ability to function independently, especially in basic activities of daily living, is of great importance for improving the quality of life for elderly people.

Słowa kluczowe: jakość życia, rehabilitacja, rehabilitacja seniorów, jakość życia w wieku podeszłym, gerontologia

Key words: quality of life, rehabilitation, rehabilitation of seniors, quality of life in old age, gerontology

Demografia starości

Według Holzera potencjałem życiowym jednej osoby w określonym wieku nazywamy liczbę lat, jaką średnio jeszcze przeżyje ta osoba w przyszłości, zgodnie z poziomem umieralności istniejącym w danym okresie i w danej grupie ludności [1].

W Polsce, podobnie jak w innych krajach europejskich w XIX i XX wieku życie ludzkie uległo stopniowemu wydłużeniu, co wynikało z poprawy ogólnych warunków życia i wzrostu higieny społecznej.

Od 1992 roku do chwili obecnej obserwuje się wzrost długości trwania życia zarówno dla płci męskiej jak i żeńskiej. W Polsce przewidywane dalsze trwanie życia dla osób obecnie urodzonych wynosi dla mężczyzn 68,5 lat, a dla kobiet 77,6 lat.

Wskaźniki dalszego trwania życia w wieku 60 lat są zdecydowanie korzystniejsze. Porównując analogiczne okresy początek lat pięćdziesiątych i czas obecny przewidywane dalsze trwanie życia sześćdziesięciolatek wzrosło z 14,7 do 16,1 lat dla mężczyzn i z 17,3 do 20,8 lat dla kobiet [1-5].

Starzenie się społeczeństwa, którego miarą jest odsetek osób w wieku powyżej 65 lat jest następstwem nie tylko wydłużania czasu życia, ale także spadku liczby urodzin. Likwidacja chorób zakaźnych, zmniejszenie wypadkowości, ograniczenie strefy ubóstwa, opieka medyczna i niski wskaźnik urodzeń jest typowy dla krajów wysoko rozwiniętych.

Według wskaźnika osób po 65 r. ż. najmłodszymi są społeczności: Indii (4,2%), Meksyku (4,3%), Turcji (4,7%), a najstarszymi społecznościami: Szwecji (17,4%), Włoch (17,1%), Norwegii (15,8%) [1].

✉ Dr n. chem. Violetta Kozik, Katedra Fizjoterapii, Wyższa Szkoła Ekonomii i Administracji w Bytomiu, 41-907 Bytom, ul. A.Frycza-Modrzewskiego 12.

Wpływ procesu starzenia na organizm

Starzenie się powoduje wiele zmian w strukturze i czynności ustroju. Pojawiają się typowe zmiany postawy ciała, poruszania się, widoczny jest zanik mięśni powodujący obniżenie się ich siły. Powoli maleje sprawność mechanizmów regulujących i adaptacyjnych do zmiennych warunków środowiska [5].

Przejawy starzenia biologicznego najłatwiej obserwować na przykładzie sposobu poruszania się. Jest on następstwem zmian starczych w układzie mięśniowym, kości i układzie nerwowym. Mięśnie szkieletowe stopniowo zanikają, zmniejsza się masa mięśniowa, ich napięcie i siła. Po wysiłku występuje dłuższy okres niedoboru tlenu i glukozy w mięśniach, zmniejszają się zasoby wysoko energetycznych związków fosforowych i wydłuża się okres ich wytwarzania. Jednocześnie wskutek starzenia się ośrodkowego układu nerwowego maleje szybkość ruchów i zmniejsza się zdolność do wykonywania ruchów precyzyjnych, wymagających udziału wielu mięśni. Kości stają się łamliwe, zmniejsza się ilość substancji organicznych jak i soli wapnia. Procesy starzenia toczą się w całym ustroju i dotyczą wszystkich narządów i układów [8,9].

Światowa Organizacja Zdrowia określa rehabilitację jako kompleksowe i skoordynowane stosowanie środków medycznych, socjalnych, pedagogicznych i zawodowych w celu usprawniania osób z naruszoną sprawnością organizmu do możliwie najwyższego poziomu [10].

Celem rehabilitacji geriatrycznej jest zwykle przywrócenie zdolności do samodzielnej egzystencji utraconej wskutek choroby, wypadku bądź zabiegu chirurgicznego. O ile u ludzi młodych dąży się do pełnego odtworzenia utraconych funkcji, o tyle rehabilitacja osób starszych ma na celu opanowanie w jak najszerszym zakresie podstawowych czynności życia codziennego (ADL – Activities Of Daily Living).

Osoby w podeszłym wieku z reguły uczą się powoli; odtworzenie poprzedniego poziomu sprawności może trwać kilka miesięcy. Wiele czynników utrudnia odzyskanie funkcji oraz decyduje o złym rokowaniu.

Przy usprawnianiu osób starszych powinno się zwrócić uwagę na aktualny stan sprawności ruchowej i wydolności ogólnej. Pacjentów w podeszłym wieku dzielimy na trzy grupy sprawnościowe:

1. Chorzy samodzielni ruchowo zdolni do znacznych wysiłków podczas ćwiczeń.
2. Chorzy z ograniczeniami sprawności lokomocyjno-ruchowej i wykonania wysiłków fizycznych.
3. Chorzy niesamodzielni, wymagający pełnej opieki pielęgnacyjnej.

Usprawnianie ruchowe w formie ćwiczeń u osób starszych powinno być dobierane indywidualnie. Biorąc pod uwagę

powrót funkcji życiowych można wyszczególnić następujące okresy usprawniania:

- okres usprawnienia i regeneracji uszkodzonych tkanek, powrót funkcji ruchowych,
- reedukacja lokomocji,
- uniezależnienie od otoczenia,
- podtrzymywanie uzyskanej sprawności [11,12].

W początkowym etapie usprawniania, najistotniejsza jest właściwa pielęgnacja, dbałość o prawidłową pozycję i ułożenie chorego, niedopuszczenie do powstania miejscowych obrzęków, przykurczy stawów, zaników mięśni, a przede wszystkim zapewnienie prawidłowej wentylacji płuc i zapobieganie powstawaniu odleżyn. W momencie powrotu funkcji życiowych należy dążyć do zwiększenia zakresu ruchu w stawach i siły mięśni poprzez stosowanie ćwiczeń czynno-biernych, masażu, stopniową pionizację uwzględniającą powrót sprawności kończyn dolnych, mobilizowanie pacjenta do wykonywania samodzielnie prostych czynności życia codziennego (mycie, ubieranie się, jedzenie). Po długim okresie czasu przebywania pacjenta w łóżku przygotowuje się chorego do rozpoczęcia samodzielnego chodzenia, nie dopuszcza się do powstawania przykurczów w stawach, zwiększa się siłę mięśniową. Zabiegi te prowadzą do usprawnienia pacjenta i uniezależnienia go w jak największym stopniu od otoczenia i pomocy innych. W końcowym etapie usprawniania należy utrzymać uzyskaną przez pacjenta sprawność ruchową poprzez prowadzenie czynnego życia, kontynuując proste ćwiczenia ruchowe.

Przy wykonywaniu ćwiczeń u osób starszych należy zwrócić uwagę na:

- ćwiczenia oddechowe, głównie skupiamy się na fazie wydechowej: głębokie wdechy z kilkukrotnym wydechem,
- ćwiczenia przeciwzkrzepowe, czyli krążenia w małych dystalnych stawach – głównie nadgarstek i stawy skokowe,
- unikanie ćwiczeń tylko w pozycji stojącej,
- unikanie ćwiczeń, w których wykonuje się skręty tułowia,
- u chorych leżących z chorobami krążenia – głowa na poduszce ułożona powyżej linii serca,
- ćwiczenia manualne – zwłaszcza dystalnych części ciała, nie należy trzymać kończyn górnych zbyt długo w górze [12-14].

Rehabilitacja, której głównym celem jest utrzymanie lub przywrócenie zdolności do samodzielnego funkcjonowania, zwłaszcza w zakresie podstawowych czynności życia codziennego oraz usprawniania poszczególnych narządów i układów, w których występuje dysfunkcja, ma duże znaczenie dla poprawy jakości życia osób w starszym wieku. Jakość życia jest wartością niezwykle subiektywną, uwarunkowaną nie tylko zmiennymi demograficznymi, ale również preferowanym systemem wartości, cechami

osobowości, pochodzeniem społecznym a także poziomem i jakością aktywności życiowej. „U osób starszych po urazach, chorobach, przed rehabilitacją, nastrój jest obniżony, a poziom lęku wysoki. Pacjenci w podeszłym wieku charakteryzują się wysokim poziomem napięcia psychicznego, niskim mniemaniem o własnej osobie oraz negatywną postawą wobec terapii, wobec siebie i swoich celów życiowych” [12].

Zabiegi rehabilitacyjne mogą zmienić ten niekorzystny stan psychologiczny, po rehabilitacji wzrasta poziom poczucia jakości życia.

Badania własne

Celem niniejszych badań jest ocena wpływu rehabilitacji na jakość życia osób w podeszłym wieku na przykładzie pensjonariuszy Ośrodka Święta Elżbieta oraz określenie jakie formy rehabilitacji stosuje się w Ośrodku Święta Elżbieta i które z nich są preferowane przez pensjonariuszy.

Grupa badawcza

Badania przeprowadzono w Ośrodku święta Elżbieta w Rudzie Śląskiej (fot. 1). Ośrodek przeznaczony jest dla 85 mieszkańców, osób starszych, kobiet i mężczyzn, które ze względu na wiek i stan zdrowia nie mogą samodzielnie funkcjonować w miejscu zamieszkania oraz wymagają świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Mieszkańcy mają możliwość korzystania z kinezyterapii, fizykoterapii, z terapii zajęciowej, oraz wszelkich innych form aktywności dostosowanych do wieku oraz niepełnosprawności mieszkańców.

W Ośrodku tworzona jest społeczność, która aktywnie uczestniczy we wszelkich uroczystościach, organizowanych na terenie placówki, wycieczkach oraz spotkaniach z mieszkańcami innych Domów Pomocy Społecznej.



Fot. 1. Ośrodek święta Elżbieta w Rudzie Śląskiej

Badaniem objęto 41 pensjonariuszy Ośrodka Święta Elżbieta w Rudzie Śląskiej, w tym 31 kobiet i 10 mężczyzn,

w wieku 65-75 lat. Średnia wieku badanych – 70 lat, średni czas pobytu w Ośrodku – 4,6 lat, wskaźnik BMI średnio dla kobiet – 28, dla mężczyzn – 30 (tab. 1).

Tab. 1. Charakterystyka badanych ze względu na płeć

Płeć	Średnia wieku badanych	Średni czas pobytu w Ośrodku	Średnia wartość wskaźnika BMI
kobiety	72 lata	5,19 lat	28,2
mężczyźni	68 lat	4 lata	30,1

Na podstawie czynnego udziału w rehabilitacji, badanych podzielono na dwie grupy:

- do **grupy 1** zakwalifikowano badanych, którzy korzystają z rehabilitacji. Grupa ta liczy 22 osoby, w tym 16 kobiet i 6 mężczyzn,
- do **grupy 2** zakwalifikowano badanych, którzy nie korzystają z rehabilitacji. Grupa ta składa się z 19 osób, w tym 15 kobiet i 4 mężczyzn.

Metodyka badań

W badaniu posłużono się ankietą oceniającą jakość życia osób w podeszłym wieku. Metoda ankietowa jest badaniem opinii dotyczących określonego problemu lub zjawiska według ustalonego zestawu pytań. Stosując tą metodę, nie prowadzi się bezpośrednio obserwacji, ale zawierający pytania kwestionariusz jest kierowany do wybranej grupy osób (ankietowanych respondentów). Istotnym czynnikiem wpływającym na wyniki badań jest właściwe opracowanie kwestionariusza zawierającego pytania [15-17].

Ankieta składała się z 18 pytań dotyczących jakości życia osób w podeszłym wieku. Oceniana jest percepcja bólu, codzienne zajęcia, możliwość poruszania się, czas wolny, postrzeganie ogólnego stanu zdrowia. W ankiecie można było uzyskać maksymalnie 36 punktów. Za odpowiedź a – 2 pkt, za odpowiedź b – 1 pkt, za odpowiedź c – 0 pkt. Im większa liczba punktów, tym wyższa ocena składowych jakości życia.

Analiza wyników badań

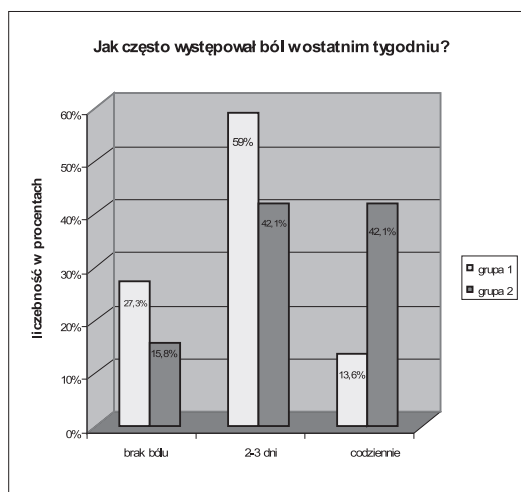
W ankiecie oceniającej jakość życia, w której maksymalnie można było otrzymać 36 pkt., osoby, które regularnie korzystają z rehabilitacji (grupa 1) uzyskały średnio 19,1 pkt, natomiast osoby niekorzystające z rehabilitacji (grupa 2) uzyskały średnio 14,3 pkt. Za odpowiedź a przyznawano 2 pkt, za odpowiedź b – 1 pkt, za odpowiedź c – 0 pkt. Im większa liczba punktów, tym lepsza jakość życia.

Ocena odczuwania bólu

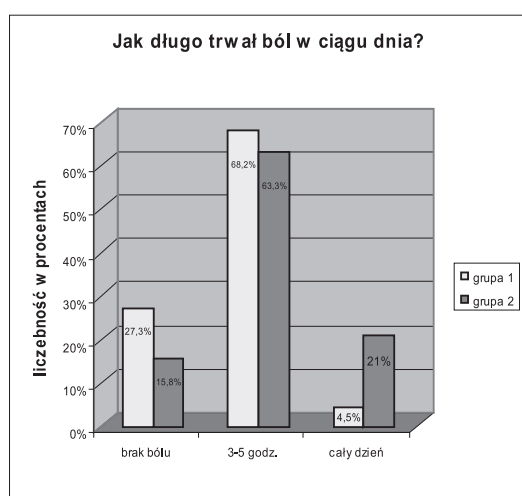
Przewlekły ból, towarzyszący osobom w podeszłym wieku to nie tylko fizyczne dolegliwości, ale również psychiczny dyskomfort, który znacznie obniża jakość życia. W ocenie

skali bólu stwierdzono, że ból towarzyszy osobom zarówno korzystającym jak i niekorzystającym z rehabilitacji. Na ból nie skarży się 27,3% badanych, którzy mają zajęcia z rehabilitacji (grupa 1), i 15,8% badanych, którzy z rehabilitacji nie korzystają (grupa 2). Zaobserwowano inny charakter bólu w grupie 1 i w grupie 2. Aż 42,1% badanych, którzy nie korzystają z rehabilitacji odczuwało ból codziennie, natomiast u badanych, którzy korzystają z rehabilitacji ból występował rzadziej (2-3 dni w tygodniu) u 59% badanych (ryc. 1).

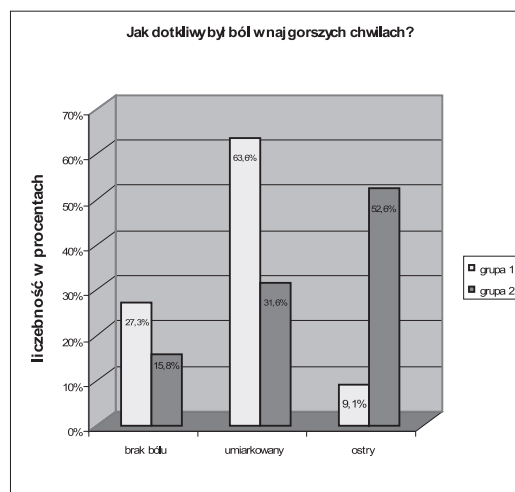
U 68,2% badanych z grupy 1 i 63,3% badanych z grupy 2 ból w ciągu dnia trwał 3-5 godzin (ryc. 2). W najgorszych chwilach ból w grupie, która korzysta z rehabilitacji był umiarkowany (63,6% badanych), natomiast w grupie, która z rehabilitacji nie korzysta był ostry (52,6% badanych) (ryc. 3). Na pytanie czy ból przeszkadzał Pani/Panu we śnie 65,2% badanych z grupy 1 i 40,8% badanych z grupy 2 odpowiedziało, że sporadycznie, natomiast u 31,3% badanych z grupy 2 i tylko 4,5% respondentów z grupy 1 ból przeszkadzał co noc (ryc. 4).



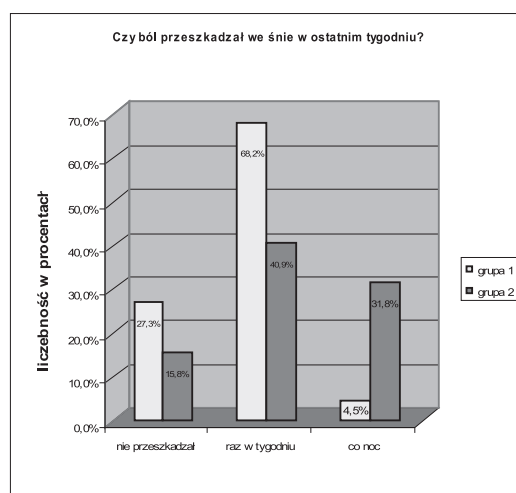
Ryc. 1. Częstość występowania bólu w ciągu tygodnia w grupie 1 i w grupie 2



Ryc. 2. Czas trwania bólu w grupie 1 i w grupie 2



Ryc. 3. Ocena intensywności bólu w najgorszych chwilach w grupie 1 i 2



Ryc. 4. Wpływ bólu na sen w grupie 1 i w grupie 2

W pytaniach ankietowych dotyczących bólu, maksymalnie można było uzyskać 8 pkt. Grupa 1, która korzystała z rehabilitacji, średnio o 1,7 uzyskała więcej punktów od grupy 2, która nie brała udziału w rehabilitacji (tab. 2).

Tab. 2. Punktowa ocena bólu w grupie 1 i w grupie 2

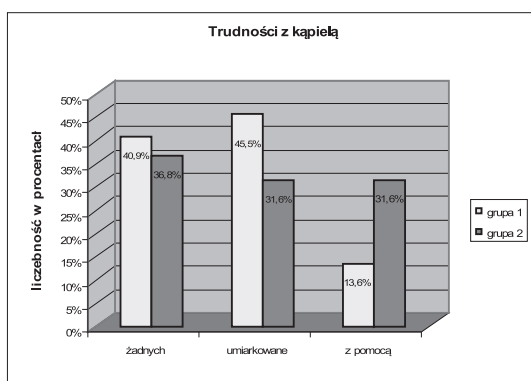
Maksymalna ilość punktów	8 pkt
Grupa 1	4,8 pkt
Grupa 2	3,1 pkt
Różnica	1,7 pkt

Czynności życia codziennego

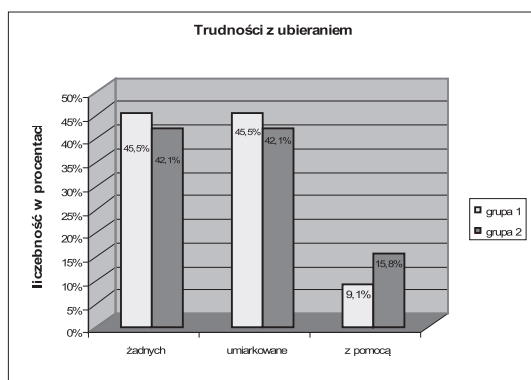
Znaczącym problemem w okresie starości są zaburzenia przy wykonywaniu czynności życia codziennego (ubieranie się, kąpiel, załatwianie potrzeb fizjologicznych) spotykane u coraz większej liczby osób [18].

Na podstawie wyników badań stwierdzono, że 31,6% badanych z grupy, która nie korzysta z rehabilitacji

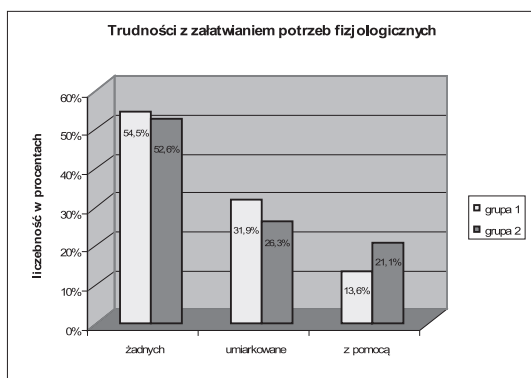
potrzebuje całkowitej pomocy przy kąpielii, natomiast z grupy, która korzysta z rehabilitacji potrzebuje pomocy tylko w niewielkim stopniu (45,5% badanych) (ryc. 5). Samodzielne ubieranie się sprawia badanym zarówno w grupie 1 (45,5% badanych) jak i 2 (42,1% badanych) umiarkowane trudności (ryc. 6). Z załatwianiem potrzeb fizjologicznych 54,5% badanych z grupy 1 i 52,6% badanych z grupy 2 nie ma żadnych trudności (ryc. 7). Na pytanie jak dobrze Pan/Pani sypia połowa badanych z grupy 1 i 47,4% badanych z grupy 2 deklaroowało, że sypia bez zakłóceń. Zaobserwowano, że 26,3% badanych, którzy nie korzystają z zabiegów rehabilitacyjnych w czasie snu często się budzi (ryc. 8).



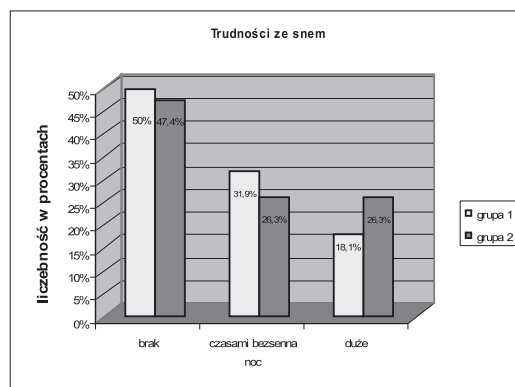
Ryc. 5. Trudności z kąpielą



Ryc. 6. Trudności z ubieraniem się



Ryc. 7. Trudności z załatwianiem potrzeb fizjologicznych



Ryc. 8. Trudności ze snem

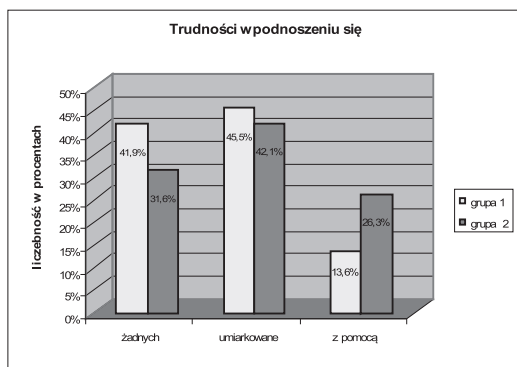
W pytaniach ankietowych dotyczących czynności życia codziennego maksymalnie można było uzyskać 8 pkt. Grupa 1, która korzystała z rehabilitacji średnio o 0,6 uzyskała więcej punktów od grupy 2, która nie brała udziału w rehabilitacji (tab. 3).

Tab. 3. Punktowa ocena czynności życia codziennego w grupie 1 i w grupie 2

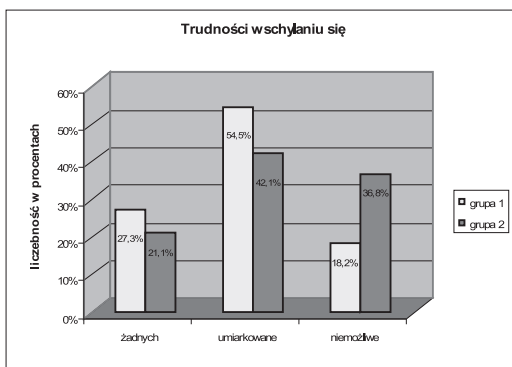
Maksymalna ilość punktów	8 pkt
Grupa 1	5,4 pkt
Grupa 2	4,8 pkt
Różnica	0,6 pkt

Możliwość poruszania się

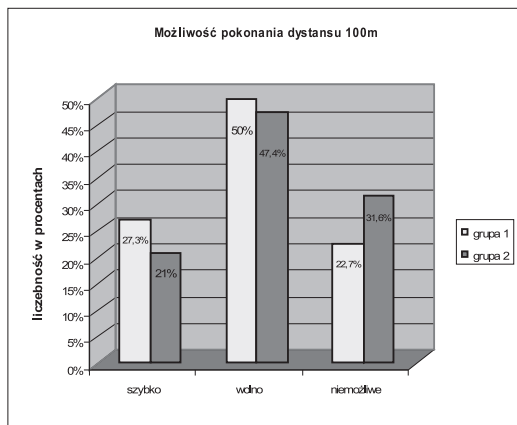
Ograniczenia osób starszych dotyczą podstawowych czynności życia codziennego. Często wstanie z krzesła nie jest takie proste, a wejście po schodach budzi lęk przed upadkiem. 45,5% badanych z grupy 1 i 42,1% z grupy 2 ma umiarkowane trudności ze wstaniem z krzesła. Aż 41,9% badanych, którzy korzystają z rehabilitacji wykonuje tę czynność samodzielnie, natomiast pomocy we wstaniu z krzesła wymaga 26,3% respondentów, którzy nie mają zajęć z rehabilitacji (ryc. 9). Zaobserwowano u większości badanych umiarkowane trudności w schylaniu się, u 54,5% badanych w grupie 1 i 42,1% badanych w grupie 2. 36,8% badanych, którzy nie korzystają z rehabilitacji nie może się schylić, natomiast 27,3 badanych, którzy korzystają z zabiegów rehabilitacyjnych zadeklaroowało, że nie ma z tym trudności (ryc. 10). 31,6% respondentów z grupy 2 nie może pokonać dystansu 100 m, 47,4% badanych z grupy 2 i 50% badanych z grupy 1 podczas tego dystansu musi odpocząć, a 27,3% badanych którzy korzystają z rehabilitacji dystans ten pokonuje szybko, bez zatrzymywania się (ryc. 11). Aż 42,1% badanych z grupy 2 nie może wejść po schodach, natomiast 36,4% badanych z grupy 1 nie sprawia to żadnych trudności. 45,5% badanych z grupy 1 i 36,8% badanych z grupy 2 wymaga przy chodzeniu po schodach pomocy (ryc. 12).



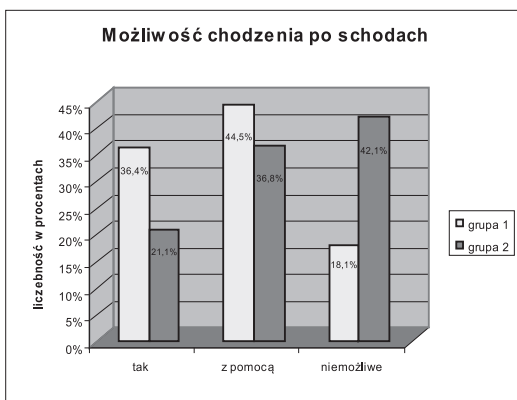
Ryc. 9. Trudności w podnoszeniu się



Ryc. 10. Trudności w schylaniu się



Ryc. 11. Pokonywanie dystansu 100 m



Ryc. 12. Chodzenie po schodach

W pytaniach ankietowych dotyczących możliwości poruszania się, maksymalnie można było uzyskać 8 pkt. Grupa 1, która korzystała z rehabilitacji średnio o 0,6 uzyskała więcej punktów od grupy 2, która nie brała udziału w rehabilitacji (tab. 4).

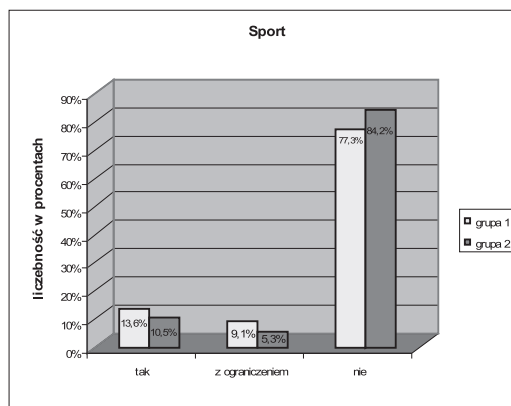
Tab. 4. Punktowa ocena możliwości poruszania się w grupie 1 i w grupie 2

Maksymalna ilość punktów	8 pkt
Grupa 1	4,2 pkt
Grupa 2	3,6 pkt
Różnica	0,6 pkt

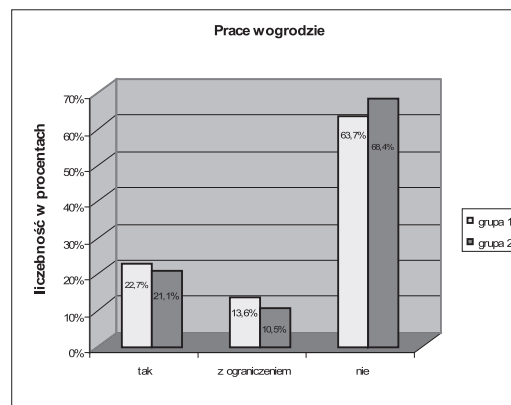
Czas wolny

U ludzi starszych choroby, urazy, kalectwo mają niekorzystny wpływ na komfort i jakość życia, co wiąże się z brakiem możliwości wykonywania ulubionych zajęć.

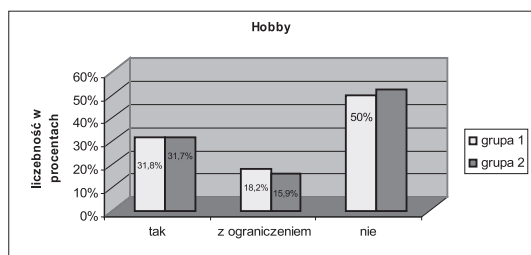
Wyniki badań wykazały, że aż 77,3% badanych z grupy 1 i 84,2% badanych z grupy 2 nie uprawia żadnego sportu ani nie wykonuje żadnych prac w ogrodzie – 63,7% badanych z grupy 1 i 68,4% badanych respondentów grupy 2. (ryc. 13, 14). 31,8% respondentów z grupy 1 i 31,7% badanych z grupy 2 zadeklarowało, że lubi czytać książki, muzykę, rozwiązywać krzyżówki. Około połowa badanych z grupy 1 i 2 stwierdziło, że nie ma żadnego hobby (ryc. 15).



Ryc.13. Sport



Ryc.14. Prace w ogrodzie



Ryc. 15. Hobby

W pytaniach ankietowych dotyczących czasu wolnego maksymalnie można było uzyskać 6 pkt. Grupa 1, która korzystała z rehabilitacji średnio o 0,2 uzyskała więcej punktów od grupy 2, która nie brała udziału w rehabilitacji (tab. 5).

Tab. 5. Punktowa ocena czasu wolnego w grupie 1 i w grupie 2

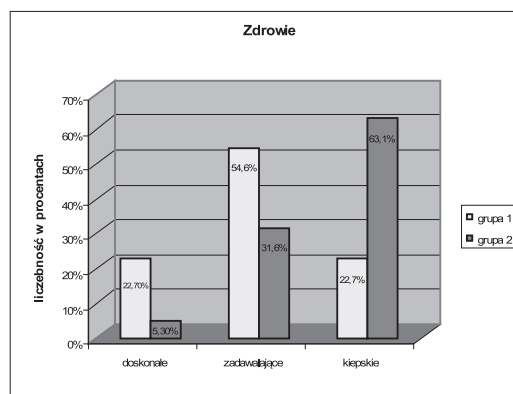
Maksymalna ilość punktów	6 pkt
Grupa 1	1,8 pkt
Grupa 2	1,6 pkt
Różnica	0,2 pkt

Postrzeżenie ogólnego stanu zdrowia

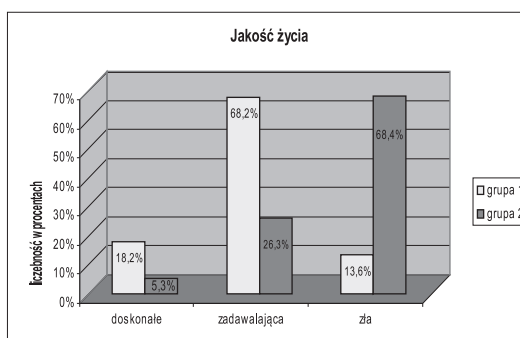
U osób starszych spostrzega się zjawisko wielochorobowości, a także nietypowy przebieg choroby, przedłużenie okresu rekonwalescencji, a w konsekwencji powstanie niepełnosprawności. Czynniki te mają wpływ na samoocenę zdrowia oraz ocenę jakości życia.

Większość badanych w grupie 1 i 2 ocenia swoje zdrowie jako zadawalające. Podobne wyniki uzyskali Muszalik Marta i współautorzy, którzy przeprowadzili badania w Domu Pomocy Społecznej w Pile. W odpowiedzi na pytanie o samoocenę stanu zdrowia większość podopiecznych tamtejszego ośrodka stwierdziła, że ich stan zdrowia jest średni lub zły. W badaniach przeprowadzonych w latach 1999-2001 aż 52% osób oceniło stan swojego zdrowia jako negatywny, a tylko 17% pozytywnie [16].

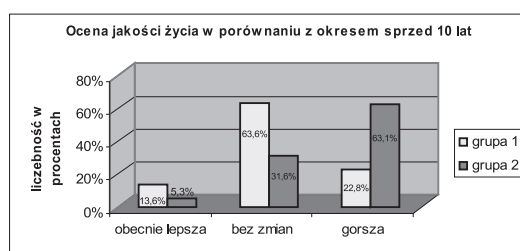
W badaniach własnych zaobserwowano znaczne różnice w ocenie zdrowia pomiędzy osobami, którzy korzystają (grupa 1) i nie korzystają z rehabilitacji (grupa 2). 63,1% badanych z grupy 2 ocenia swoje zdrowie za kiepskie, a tylko 5,3% badanych tej grupy za doskonałe, natomiast 54,6% badanych z grupy 1 uważa swoje zdrowie za zadawalające (ryc. 16). 68,4% badanych z grupy 2 ocenia swoją jakość życia bardzo nisko, natomiast 68,9% respondentów z grupy 1 uważa, że jakość życia jest zadawalająca (ryc. 17). 63,1% badanych, którzy nie korzystają z rehabilitacji uważa, że jakość życia jest obecnie dużo gorsza niż 10 lat temu, a 63,6% badanych, którzy z rehabilitacji korzysta uważa, że jakość ich życia nie uległa zmianie (ryc. 18) w okresie ostatnich 10 lat.



Ryc. 16. Zdrowie



Ryc. 17. Jakość życia



Ryc. 18. Ocena jakości życia w porównaniu z okresem sprzed 10 lat

W pytaniach ankietowych dotyczących postrzeżenia ogólnego stanu zdrowia maksymalnie można było uzyskać 6 pkt. Grupa 1, która korzystała z rehabilitacji średnio o 1,7 uzyskała więcej punktów od grupy 2, która nie brała udziału w rehabilitacji (tab. 6).

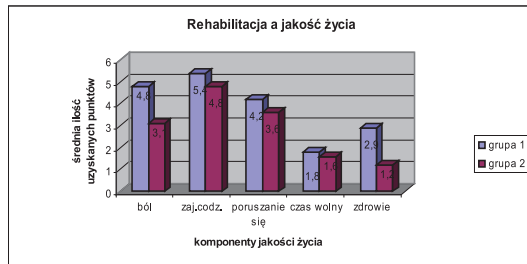
Tab. 6. Punktowa ocena postrzeżenia ogólnego stanu zdrowia w grupie 1 i w grupie 2

Maksymalna ilość punktów	6 pkt
Grupa 1	2,9 pkt
Grupa 2	1,2 pkt
Różnica	1,7 pkt

Wykazaliśmy, że rehabilitacja ma korzystny wpływ na wszystkie komponenty jakości życia. Największy wpływ

rehabilitacji widoczny jest w ocenie bólu oraz postrzeganiu przez badanych ogólnego stanu zdrowia.

Badani, którzy korzystają z rehabilitacji (grupa 1) w pytaniach dotyczących bólu oraz postrzegania ogólnego stanu zdrowia uzyskali średnio o 1,7 pkt więcej od osób, którzy nie korzystają z zabiegów rehabilitacyjnych (grupa 2). Badani z grupy 1 w pytaniach dotyczących możliwości poruszania się i codziennych zajęć (ubieranie się, kąpiel, potrzeby fizjologiczne), uzyskali średnio po 0,6 pkt więcej od badanych z grupy 2. Tylko 0,2 pkt wynosiła różnica punktowa w ocenie czasu wolnego (ryc. 19) (tab. 7).



Ryc. 19. Rehabilitacja a jakość życia

Tab. 7. Ocena obszarów jakości życia w grupie 1 oraz grupie 2

	Ból max.8 pkt	Codziennie Zajęcia max.8 pkt	Możliwość poruszania się max. 8 pkt	Czas wolny max. 6	Postrzeżenie ogólnego sta- nu zdrowia max. 6 pkt
Grupa 1	4,8 pkt	5,4 pkt	4,2 pkt	1,8 pkt	2,9 pkt
Grupa 2	3,1 pkt	4,8 pkt	3,6 pkt	1,6 pkt	1,2 pkt
Różnica punktowa pomiędzy grupą 1 i 2	1,7 pkt	0,6 pkt	0,6 pkt	0,2pkt	1,7 pkt

Formy rehabilitacji w Ośrodku Święta Elżbieta

Wśród pensjonariuszy ośrodka z rehabilitacji korzysta 22 badanych (grupa 1). Najczęściej stosowaną formą rehabilitacji w Ośrodku Święta Elżbieta jest kinezyterapia (82%), z której korzysta 18% badanych.

Kinezyterapia jest najistotniejszym elementem leczenia, jej znaczenie rośnie z wiekiem pacjenta, ponieważ poza wpływem na leczoną jednostkę chorobową, zapewnia ona także utrzymanie lub przywrócenie zdolności do samodzielnego funkcjonowania oraz podtrzymuje sprawność ruchową.

W Ośrodku Święta Elżbieta osoby, które korzystają z kinezyterapii najczęściej wybierają gimnastykę ogólnokondycyjną (82% badanych). Gimnastyka ta prowadzona jest dwa razy w tygodniu na sali gimnastycznej, a w ciepłe dni w ogrodzie (fot. 2, 3).

82% Pacjentów ma zaleconą rehabilitację indywidualną, między innymi naukę chodu oraz naukę chodu po schodach.

Fizykoterapia u osób w podeszłym wieku najczęściej ma działanie przeciwbólowe, przeciwzapalne, przeciwozrębne i przyspiesza proces regeneracji tkanek miękkich.

18% badanych z grupy 1 w Ośrodku Święta Elżbieta korzysta z fizykoterapii. Najczęściej stosowanymi zabiegami są magnetoterapia, elektroterapia, hydroterapia, naświetlania lampą solux.

Podsumowanie i wnioski

Osoby, które regularnie korzystają z rehabilitacji oceniają swoją jakość życia wyżej od osób, które nie korzystają z żadnej formy ruchu. Największe różnice punktowe zaobserwowano w komponencie dotyczącej bólu oraz ogólnego postrzeżenia stanu zdrowia.

Najczęstszą formą rehabilitacji stosowaną u osób w podeszłym wieku w Ośrodku Święta Elżbieta jest kinezyterapia (gimnastyka ogólnokondycyjna oraz rehabilitacja indywidualna, Nordic Walking, zajęcia taneczno-ruchowe). Uzupełnieniem kinezyterapii w Ośrodku jest fizykoterapia (magnetoterapia, elektroterapia, hydroterapia, naświetlania lampą sollux).

Aktywność ruchowa sprzyja dobrej kondycji pensjonariuszy, którzy chętnie uczestniczą w zajęciach grupowych i indywidualnych. W czasie zajęć następuje integracja środowiska, nawiązywane są przyjaźnie, pensjonariusze mogą liczyć na wzajemne wsparcie. Sami stają się inicjatorami spotkań i organizacji imprez w ośrodku. Oddziaływanie tej kompleksowej terapii na sferę psychiczną pacjentów, ma niebagatelne znaczenie dla podniesienia jakości życia i jest zgodne z założeniami współczesnej gerontologii. Czują się oni bardziej sprawni, potrzebni innym, mają świadomość, że mogą jeszcze uczyć się i pomóc innym. Ogromne znaczenie ma wzajemna pomoc i chęć organizowania sobie samodzielnie zajęć w czasie wolnym. Zadowolenie pacjentów jest najistotniejszym wskaźnikiem pozytywnego oddziaływania kompleksowych form opieki i rehabilitacji prowadzonych w Ośrodku Święta Elżbieta.

LITERATURA

- [1] Holzer J.Z.: Demografia. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2003.
- [2] Tokarz B.: Postawy wobec starości i osób starszych. W: Tokarz B. (red.), Stop dyskryminacji ze względu na wiek. Akademia Rozwoju Filantropii, Warszawa 2005: 10-12.
- [3] Tobiasz-Adamczyk B.: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000: 120-121.
- [4] Sidorowicz W.: Starość a sprawność. Wydawnictwo Sport i Turystyka, Warszawa 1974.
- [5] Rosołowski A.: Wybrane zagadnienia z geriatry. AWF, Wrocław 2001.
- [6] Kirkwood T.: Czas naszego życia. Charaktery, Kielce 2005.
- [7] Nowakowski M.: Pojęcie wsparcia społecznego i problemy jego pomiaru ze szczególnym uwzględnieniem populacji seniorów. W: Kowalski J.T.,

- Szukalski P. (red.). Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004: 292-299.
- [8] Gaździk T.: Ortopedia i traumatologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
- [9] Gieremek K., Nowotny J., Gaździk T. i wsp.: Ograniczenia, utrudnienia i wymagania stawiane fizjoterapii osób starszych. *Fizjoterapia Polska* 2007; 9(2): 204.
- [10] Dega W., Milanowska K.: Rehabilitacja Medyczna. PZWL, Warszawa 2001.
- [11] Halicka M., Halicki J.: Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych. W: Synak B. (red.). Polska starość. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002: 189-218.
- [12] Łój G.: Rehabilitacja a jakość życia osób w starszym wieku. *Gerontologia Polska* 2007; (4): 154.
- [13] Matsuo M., Nagasawa J., Yoshino A., Hiramatsu K., Kurashiki K.: Effects of activity participation of the elderly on quality of life. *Yonago Acta Medica* 2003; 46: 17-24.
- [14] Bowling A.: Research methods in health. Investigating health and health services. Open University Press. Buckingham 2002: 387-389.
- [15] Łobacki M.: Metody i techniki badań pedagogicznych. IMPULS, Kraków 2000.
- [16] Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K., Sury M. i wsp.: Ocena funkcjonalna pacjentów w starszym wieku w odniesieniu do jakości życia w świetle kwestionariusza Oceny Funkcjonalnej Przewlekłe Chorych. *Prob. Hig. Epidemiol* 2009; 90 (4): 569-576.
- [17] Pilch T.: Zasady badań pedagogicznych, Ossolineum, Warszawa 1997.
- [18] Wagner R., Markuszewski L., Żołyński K. i wsp.: Choroby wieku podeszłego i rola leczenia usprawniającego w utrzymaniu dobrej kondycji fizycznej osób w podeszłym wieku, *Kwartalnik Ortopedii* 2004; 4: 211-224.



Fot. 4. Nordic Walking



Fot. 5. Nordic Walking



Fot. 2. Gimnastyka w ogrodzie



Fot. 3. Gimnastyka przy muzyce



Fot. 6. Zajęcia taneczno-ruchowe w Ośrodku Święta Elżbieta