

Grażyna Dykowska¹, Mariola Jaszczynska², Anna Augustynowicz¹, Anna Leńczuk-Gruba³, Izabela Gołębiak⁴

¹Zakład Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego, Wydział Nauki o Zdrowiu Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Centrum Kompleksowej Rehabilitacji w Konstancinie-Jeziorniej

³Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa i Nauk Społecznych i Medycznych, Wydział Nauki o Zdrowiu Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁴Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, I Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny

DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ REHABILITACYJNYCH W OPIECE STACJONARNEJ JAKO ELEMENT PIELEŃNIARSKIEJ OPIEKI GERIATRYCZNEJ

**Availability of rehabilitation services in stationary care
as an element nursing geriatric care**

Streszczenie

Wstęp

Niezależnie od teorii i mechanizmów starzenia procesy te powodują zmiany organiczne oraz funkcjonalne prowadzące niejednokrotnie do niepełnosprawności, gdzie istotną rolę odgrywa rehabilitacja.

Cel pracy

Próba oceny dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych, ich skuteczności oraz zakresu niezbędnej opieki pielęgniarstwa u pacjentów w wieku 65 lat i więcej leczonych na Oddziale Rehabilitacyjnym Centrum Kompleksowej Rehabilitacji w Konstancinie-Jeziorniej.

Materiał i metody

W badaniu wzięło udział, losowo wybranych, 150 pacjentów w wieku 65 lat (62,7%, czyli 94 osoby to kobiety oraz 56 osób – 37,3% to mężczyźni) leczonych na Oddziale Rehabilitacyjnym. W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składający się z 21 pytań. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy, o czym poinformowano przed badaniem osoby nim objęte, po wcześniejszym otrzymaniu pisemnej zgody od dyrekcji placówki, gdzie przeprowadzono badanie.

Wyniki

Wykazano występowanie zależności pomiędzy powodem leczenia na oddziale rehabilitacyjnym, a wiekiem pacjentów. Jednak w pozostałych obszarach badanych zaobserwowano brak występowania zależności pomiędzy ilością pobytych na oddziale rehabilitacji czy też częstością korzystania z rehabilitacji stacjonarnej a miejscem zamieszkania respondentów. Zdaniem większości pacjentów objętych badaniem najlepsze efekty przynosi rehabilitacja stacjonarna (50,2% wszystkich ocen), na kolejnych pozycjach pacjenci wskazali ośrodek dzienny (20,3%), rehabilitację domową (15,9%) i ambulatoryjną (13,6%). Wykazano brak występowania zależności pomiędzy oceną dostępności do różnych form rehabilitacji czy też rodzajem pozytywnych efektów przynoszonych przez rehabilitację a wiekiem pacjentów objętych badaniem.

Wnioski

Dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych w opiece stacjonarnej jest zadowalająca, stanowi niezbędny element opieki geriatrycznej i jest niezależna od wieku pacjentów czy miejsca zamieszkania.

Abstract

Introduction

Regardless of the theory and mechanisms of ageing, the processes of ageing cause organic and functional changes often leading to disability, where rehabilitation plays an important role.

Objective of the work

The aim of the study was to evaluate the availability of rehabilitation, its effectiveness and the scope of necessary nursing care for patients at the age of 65 and more treated in the Rehabilitation Department of the Comprehensive Rehabilitation Center in Konstancin-Jeziorna

Research material and methods

The study involved 150 patients aged 65 years (62.7%, 94 were women and 56 – 37.3% men) treated in the Rehabilitation Department, who were randomly selected. The study used a proprietary the authors'?? questionnaire consisting of 21 questions. Participation in the study was voluntary and anonymous for the patients who were informed about this fact before the study. The study was conducted after receiving prior written approval from the management of the Comprehensive Rehabilitation Center.

Results

A correlation between the reason for treatment in the rehabilitation center and the age of patients was proven. However, with regard to other objective of the study, there was no relationship between the number of stays in the rehabilitation center or the frequency of using stationary rehabilitation and the place of residence of the respondents. According to the majority of patients taking part in the study, stationary rehabilitation brings the best results (50.2% of all assessments), followed by daily centre (20.3%), home (15.9%) and ambulatory (13.6%) rehabilitation. There was no correlation between the patient's perception of accessibility of various forms of rehabilitation or outcomes of various types of rehabilitation, and the age of patients in this study.

Conclusions

The availability of rehabilitation services in stationary care is satisfactory and is an indispensable element of geriatric care. Patients' satisfaction is independent of the age of patients or their place of residence.

Wstęp

Starzejący się organizm traci naturalne właściwości obronne, jest znacznie bardziej podatny na niekorzystne wpływy środowiska oraz wykazuje mniejsze zdolności adaptacyjne, co skutkuje pogłębianiem deficytów fizjologicznej witalności. Opisywane procesy stanowią podstawę rozwoju wielu chorób. Prognozy demograficzne są zgodne z tym trendem i dotyczą całego świata. Proces starzenia się społeczeństwa pociąga za sobą konieczność rozwoju dziedzin życia dotyczących starości, w tym opieki zdrowotnej seniorów [Biercewicz i wsp., 2006]. W gerontologii funkcjonują teorie próbujące przedstawić przyczyny starzenia się organizmów, nie wyjaśniając jednak mechanizmu tego procesu. W zależności od pochodzenia kumulowanych szkód prowadzących do inwolucji komórek teorie te podzielono na dwie grupy:

- 1) teorie przyczyn zewnątrzpochodnych, tzw. stochastyczne zakładające, że czynniki zewnętrzne przypadkowo uszkodzają komórki, prowadząc do zmian ich funkcjonowania,
- 2) teorie przyczyn wewnątrzpochodnych, tzw. rozwojowo–genetyczne zakładające, że każdy organizm w chwili poczęcia ma z góry zaprogramowany swój cykl życiowy.

Specyficzne problemy medyczne związane z procesem starzenia oraz rosnąca liczba osób w wieku starszym były przyczyną utworzenia odrębnej specjalizacji lekarskiej, jaką jest geriatryka. Zajmuje się ona zdrowiem, chorobami, opieką i pomocą osobom w podeszłym wieku [Cegła i wsp., 2013; Ciechaniewicz, 2014; Cytowicz-Karpiłowska i wsp., 2011]. Niezależnie od teorii i mechanizmów starzenia, procesy te powodują zmiany organiczne oraz funkcjonalne prowadzące niejednokrotnie do niepełnosprawności definiowanej przez WHO jako „naruszenie sprawności funkcjonalnej lub aktywności życiowej w stopniu utrudniającym wypełnianie normalnych czynności charakterystycznych dla osoby danej płci i wieku” [Kwolek, 2013].

W procesie leczenia osób w wieku podeszłym dotkniętych mniej lub bardziej zaawansowaną niepełnosprawnością nieodzowną rolę odgrywa rehabilitacja. Wg WHO jest to kompleksowe postępowanie w odniesieniu do osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, które ma na celu przywrócenie pełnej lub

możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym [Mrożek-Gąsiorowska, 2011].

Kompleksowa rehabilitacja jest procesem medyczno-społecznym, który dąży do poprawy jakości życia, bezpieczeństwa społecznego i zawodowego. Zadaniem rehabilitacji, z punktu widzenia usprawniania ruchowego w geriatrici, jest przede wszystkim odzyskanie, przewrócenie i utrzymanie sprawności samoobsługi i lokomocji pacjentów. Proces ten powinien obejmować wszystkich potrzebujących tej terapii pacjentów, niezależnie od ich statusu społecznego i materialnego. Dostępność do usprawniania powinna być zapewniona w lecznictwie ambulatoryjnym, domowym, sanatoryjnym i szpitalnym i mieć zastosowanie we wszystkich specjalnościach medycyny klinicznej, jako integralna część leczenia. Wdrożenie rehabilitacji powinno się odbywać już we wczesnych etapach leczenia. Odwlekanie procesów usprawniania wpływa niekorzystnie na ich pozytywny przebieg i spodziewane efekty. Dotyczy to zarówno rehabilitacji leczniczej, jak również socjalnej, pedagogicznej, psychologicznej i zawodowej. W skład zespołu specjalistów zajmujących się pacjentem w procesie rehabilitacji wchodzi m.in. lekarze specjaliści, w tym w zakresie rehabilitacji, fizjoterapeuci i pielęgniarki, psychologowie, socjologowie, pracownicy socjalni, pedagodzy, logopedzi, protetycy, ortotycy. Taki zespół może kompleksowo ocenić pacjenta oraz wdrożyć leczenie usprawniające, które powinno być prowadzone przez cały okres leczenia szpitalnego, a w przypadku potrzeby kontynuowane w warunkach ambulatoryjnych, sanatoryjnych lub domowych przez czas, którego wymaga dany pacjent [Kwolek, 2013; Kiwerski, 2005].

Podstawowym celem terapii ruchowej jest zapobieganie przykurczom stawowym, zanikom mięśniowym, odleżynom, powikłaniom krążeniowym i oddechowym związanym z długim unieruchomieniem w łóżku lub brakiem odpowiedniej aktywności ruchowej. Inne cele dotyczą przywrócenia funkcji samoobsługi i lokomocji u pacjentów dotkniętych chorobami układu mięśniowo-szkieletowego lub nerwowego. Zabiegi rehabilitacyjne mogą i powinny być stosowane jako integralna część leczenia wielu chorób, zarówno w lecznictwie ambulatoryjnym, jak i stacjonarnym. Niektóre jednostki chorobowe, występujące głównie u ludzi starszych, z uwagi na towarzyszący im przewlekły ból i trudności w poruszaniu, upośledzają funkcje lokomocyjne i samoobsługowe. Ograniczają tym samym jakość życia pacjentów. Leczenie w oddziale rehabilitacji wiąże się nie tylko z przyjmowaniem zabiegów fizjoterapeutycznych, ale również z całodobową opieką medyczną, w tym pielęgniarską. Pielęgniarka, na mocy ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej z 2011 roku [Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej], jest samodzielnym pracownikiem medycznym udzielającym świadczeń zdrowotnych w szerokim zakresie, między innymi: pielęgnacyjnym, diagnostycznym, zapobiegawczym, rehabilitacyjnym, leczniczym oraz w zakresie czynności ratunkowych i promocji zdrowia. Podejmowanie działań pielęgniarstwa jest uzależnione od stopnia samodzielności pacjenta i jego zdolności do zaspokajania potrzeb życiowych.

Obecnie istnieje wiele teorii pielęgnowania, które służą celom praktycznym, naukowym i dydaktycznym. Różnią się one koncepcją, ale mają jeden wspólny cel, jakim jest dobro pacjenta w ujęciu holistycznym z uwzględnieniem podstawowych pojęć: człowiek, zdrowie, środowisko, pielęgniarstwo [Wieczorkowska-Tobis i Talarska, 2008; Kawczyńska-Butrym, 2005].

Świadczenia zdrowotne w zakresie rehabilitacji mogą być świadczone w oddziale stacjonarnym, oddziale dziennym lub ośrodku rehabilitacji dziennej – z uwzględnieniem podziału wg rodzajów dysfunkcji, m.in. rehabilitacja ogólnoustrojowa czy też pacjentów z zaburzeniami wzroku, słuchu, mowy, kardiologiczna lub pulmonologiczna. W przypadku wskazań do opieki całodobowej pielęgniarskiej i nadzoru lekarskiego usprawnianie prowadzi się w warunkach stacjonarnych. W szczególności dotyczy to kontynuacji leczenia na innych oddziałach z jednoczesnym wdrożeniem postępowania usprawniającego, np. pacjent po udarze mózgu leczony pierwotnie na oddziale neurologii jest przenoszony na oddział rehabilitacji neurologicznej.

W ramach świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych pacjenci kierowani są na leczenie rehabilitacyjne przez lekarzy różnych specjalizacji, które zostały ściśle określone dla konkretnej formy rehabilitacji. Skierowania mogą być wystawiane tylko podczas wizyt lekarskich lub hospitalizacji realizowanych w ramach umów z NFZ. W praktyce oznacza to, że skierowania na leczenie usprawniające wydane przez lekarza w trakcie wizyt komercyjnych nie mogą być realizowane jako finansowane ze środków publicznych. Stanowią wydatki na ochronę zdrowia z gospodarstw domowych.

Cele pracy

Celem pracy była próba oceny dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych, ich skuteczności oraz zakresu niezbędnej opieki pielęgniarstwa u pacjentów w wieku 65 lat i więcej leczonych na Oddziale Rehabilitacyjnym Centrum Kompleksowej Rehabilitacji w Konstancinie-Jeziornej.

Materiał i metody

W badaniu wzięło udział, losowo wybranych, 150 pacjentów w wieku 65 lat (62,7%, czyli 94 osoby to kobiety oraz 56 osób – 37,3% to mężczyźni) leczonych na Oddziale Rehabilitacyjnym. Narzędziem autorskim był kwestionariusz ankiety składający się z 21 pytań. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy, o czym poinformowano przed badaniem osoby nim objęte, po wcześniejszym otrzymaniu pisemnej zgody na badanie od dyrekcji. Kwestionariusz był wypełniany przez respondentów dobrowolnie i samodzielnie.

Wyniki

Wśród respondentów największe grupy, liczące po 34 osoby, stanowili pacjenci w przedziałach wiekowych 60-65 lat oraz w wieku 65-70 (po 22,7%). 79 respondentów (52,7%), mieszkało w Warszawie. 20 badanych (13,3%) mieszkało na wsi. 7 osób (4,7%) było mieszkańcami dużych miast do 1 mln mieszkańców (Tab. 1).

Tab. 1. Grupa badana według wieku
Tab. 1. Test group by age

Przedział wiekowy	N	%
60 - 65 lat	34	22,7
65 - 70 lat	34	22,7
71 - 75 lat	25	16,7
76 - 80 lat	31	20,7
81 - 85 lat	19	12,7
powyżej 85 lat	7	4,7
Stan cywilny	N badanych	%
zamężna/zonaty	68	45,3
wdowa/wdowiec	53	35,3
wolny	29	19,3
Miejsce zamieszkania	N badanych	%
wieś	20	13,3
miasto do 20 tys. mieszkańców	11	7,3
miasto 20-50 tys. mieszkańców	13	8,7
miasto 50-100 tys. mieszkańców	10	6,7
miasto 100-500 tys. mieszkańców	10	6,7
miasto 500 tys. - 1 mln. mieszkańców	7	4,7
Warszawa	79	52,7

Stan funkcjonalny pacjentów w grupie badanej został określony poprzez ocenę możliwości poruszania się. Najwięcej, 40 respondentów (26,7%) podało, że są w stanie chodzić samodzielnie, bez pomocy ortopedycznych. 4 osoby (2,7%) przyznały, że chodzą w asyście innej osoby. Tylko 5 pacjentów (3,3% grupy badanej) nie było w stanie w ogóle się poruszać – były to osoby leżące.

W celu określenia zależności stanu funkcjonalnego pacjentów od ich wieku otrzymane wyniki badania poddano analizie statystycznej z zastosowaniem testu niezależności chi-kwadrat (χ^2) Dla potrzeb analizy przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$.

Wyniki testu: $\chi^2 = 44,25272$ $p = 0,135806864 > 0,05$ (Tab. 2).

Tab. 2. Stan funkcjonalny a wiek – wartości obserwowane
Tab. 2. Functional status and age – observed values

Stan funkcjonalny a wiek	60-65	65-70	71-75	76-80	81-85	85<	suma
a	11	11	6	7	3	2	40
b	4	3	2	8	6	2	25
c	5	5	5	5	2	1	23
d	5	3	6	7	6	1	28
e	0	0	2	2	0	0	4
f	4	6	0	0	0	0	10
g	4	5	1	2	2	1	15
h	1	1	3	0	0	0	5
suma	34	34	25	31	19	7	150
Stan funkcjonalny a wiek – chi-kwadrat (O-E) ² /E							
	60-65	65-70	71-75	76-80	81-85	85<	
a	0,412255	0,412255	0,066667	0,194086	0,842982	0,009524	
b	0,490196	1,254902	1,126667	1,553763	2,535088	0,595238	
c	0,00873	0,00873	0,355072	0,0128	0,286331	0,00501	
d	0,285742	1,764734	0,380952	0,254409	1,697043	0,071973	
e	0,906667	0,906667	2,666667	1,665376	0,506667	0,186667	
f	1,32549	6,14902	1,666667	2,066667	1,266667	0,466667	
g	0,105882	0,752941	0,9	0,390323	0,005263	0,128571	
h	0,015686	0,015686	5,633333	1,033333	0,633333	0,233333	

Legenda:

- a – chodząca/chodzący samodzielnie bez pomocy ortopedycznych
- b – chodząca/chodzący samodzielnie, ale przy pomocy laski
- c – chodząca/chodzący samodzielnie, ale przy pomocy kul łokciowych
- d – chodząca/chodzący samodzielnie, ale przy pomocy balkonika
- e – chodząca/chodzący w asyście innej osoby
- f – lokomocja na wózku inwalidzkim samodzielnie
- g – lokomocja na wózku inwalidzkim przy pomocy innej osoby
- h – leżąca/leżący

W teście chi-kwadrat wskaźnik istotności statystycznej (p) wyniósł więcej niż 0,05. Wykazano brak występowania zależności pomiędzy stanem funkcjonalnym a wiekiem pacjentów poddanych badaniu.

Większość pacjentów grupy badanej była samodzielną w czynnościach codziennych, takich jak jedzenie (114 osób, co stanowiło 94%), kontrola zwieraczy (127 osób, co stanowiło 84,7%), wstawanie i przesiadanie się (116 osób, co stanowiło 77,3%) oraz ubieranie się (96 osób, co stanowi 64%). Samodzielną kąpiel była możliwa dla 78 respondentów (52%) i jednocześnie najwięcej badanych deklarowało brak samodzielności w tej czynności – 72 osoby, co stanowi 48%). Najmniej badanych (9 osób, co stanowi 6%) wskazało jedzenie, jako czynność, w której są niesamodzielnymi (Tab. 3).

Tab. 3. Niezależność w czynnościach codziennych
Tab. 3. Independence in everyday activities

Czynność	Samodzielność			
	TAK		NIE	
	Nbadanych	%	Nbadanych	%
kąpanie się	78	52,0	72	48,0
ubieranie i rozbieranie się	96	64,0	54	36,0
korzystanie z toalety	118	78,7	32	21,3
wstawanie z łóżka i przesiadanie się na fotel/krzesło	116	77,3	34	22,7
samodzielne jedzenie	141	94,0	9	6,0
kontrolowanie wydalania moczu i stolca	127	84,7	23	15,3

Wszyscy ankietowani twierdząco odpowiedzieli na pytanie dotyczące niezbędności rehabilitacji jako integralnego elementu procesu terapeutycznego przy ich schorzeniach. 88% respondentów (132 osoby) udzieliło odpowiedzi „tak”, a 12% (18 osób) „raczej tak”. Nikt nie uważał rehabilitacji za zbędną w leczeniu jego schorzeń. Poddano analizie statystycznej z zastosowaniem testu niezależności chi-kwadrat (χ^2) występowanie zależności pomiędzy twierdzeniem dotyczącym niezbędności rehabilitacji a wiekiem (Tab. 4) oraz miejscem zamieszkania osób z grupy badanej (Tab. 5). Dla potrzeb analiz przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$.

Wyniki testu: $\chi^2 = 2,793244$; $p = 0,731824 > 0,05$

Test chi-kwadrat, wskaźnik istotności statystycznej (p) wyniósł więcej niż 0,05. Wykazano brak występowania zależności pomiędzy twierdzeniem dotyczącym niezbędności rehabilitacji a wiekiem pacjentów poddanych badaniu.

Wyniki testu: $\chi^2 = 5,369554$; $p = 0,497361 > 0,05$

W teście chi-kwadrat wskaźnik istotności statystycznej (p) wyniósł więcej niż 0,05. Wykazano brak występowania zależności pomiędzy twierdzeniem dotyczącym niezbędności rehabilitacji a miejscem zamieszkania pacjentów poddanych badaniu.

Czynności wskazywane najczęściej przez respondentów, przy których wymagali oni pomocy lub opieki ze strony personelu pielęgniarskiego to: kąpiel (82 odpowiedzi, czyli (19%) wszystkich czynności wymagających pomocy), przyjmowanie leków (72 odpowiedzi, co stanowi prawie 17% wszystkich czynności wymagających pomocy) oraz przejście/przejazd na zabiegi fizjoterapeutyczne (65 odpowiedzi – 15% wszystkich czynności wymagających pomocy). Najrzadziej osoby badane korzystały z pomocy przy myciu przy umywalce – 19 osób (4,5% wszystkich czynności wymagających pomocy) (Tab. 6).

Tab. 4. Niezbędność rehabilitacji a wiek – wartości obserwowane
Tab. 4. Necessity of rehabilitation and age – observed values

	60-65	65-70	71-75	76-80	81-85	85<	suma
tak	29	28	23	28	17	7	132
raczej tak	5	6	2	3	2	0	18
suma	34	34	25	31	19	7	150
Niezbędność rehabilitacji a wiek – chi-kwadrat $(O-E)^2/E$							
	60-65	65-70	71-75	76-80	81-85	85<	
tak	0,028289	0,123209	0,045455	0,019003	0,004689	0,114545	
raczej tak	0,207451	0,903529	0,333333	0,139355	0,034386	0,84	

Tab. 5. Niezbędność rehabilitacji a miejsce zamieszkania – wartości obserwowane
Tab. 5. Necessity of rehabilitation and place of residence – observed values

	a	b	c	d	e	f	g	suma
tak	16	9	11	8	8	7	73	132
raczej tak	4	2	2	2	2	0	6	18
suma	20	11	13	10	10	7	79	150
Niezbędność rehabilitacji a miejsce zamieszkania – chi-kwadrat (O-E) ² /E								
	a	b	c	d	e	f	g	suma
tak	0,145455	0,047769	0,016923	0,072727	0,072727	0,114545	0,1742	0,644346
raczej tak	1,066667	0,350303	0,124103	0,533333	0,533333	0,84	1,277468	4,725207
suma	1,212121	0,398072	0,141026	0,606061	0,606061	0,954545	1,451669	5,369554

Legenda:

a – wieś

b – miasto do 20 tys. mieszkańców

c – miasto 20-50 tys. mieszkańców

d – miasto 50-100 tys. mieszkańców

e – miasto 100-500 tys. mieszkańców

f – miasto 500 tys. - 1 mln. mieszkańców

g – Warszawa

Tab. 6. Czynności, przy których pacjenci wymagają pomocy/opieki ze strony pielęgniarek
– (możliwość odpowiedzi wielokrotnego wyboru)

Tab. 6. Activities where patients need help / care from nurses
(multiple choice answer possible)

Czynność wymagająca pomocy	Nodpowiedzi	% wszystkich odpowiedzi
zmiana pozycji w łóżku	23	5,4
wstawanie z pozycji leżącej	36	8,4
wstawanie z pozycji siedzącej	33	7,7
przesiadanie się z łóżka na krzesło/wózek	28	6,6
korzystanie z toalety/zmiana pieluchomajtek	32	7,5
mycie przy umywalce	19	4,4
kąpiel	82	19,2
przejazd/przejście na zabiegi fizjoterapeutyczne	65	15,2
przyjmowanie leków	72	16,9
ubieranie	37	8,7

W celu określenia zależności pomiędzy wskazywanymi czynnościami, przy których pacjenci wymagają pomocy/opieki ze strony personelu pielęgniarskiego a wiekiem pacjentów, otrzymane wyniki badania poddano analizie statystycznej z zastosowaniem testu niezależności chi-kwadrat (χ^2) (Tab. 7). Przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$.

Wyniki testu: $\chi^2 = 27,43895$; $p = 0,981918 > 0,05$

Wskaźnik istotności statystycznej (p) wyniósł więcej niż 0,05. Wykazano brak występowania zależności pomiędzy wskazywanymi czynnościami, przy których pacjenci wymagają pomocy/opieki ze strony personelu pielęgniarskiego a wiekiem tych pacjentów.

66 pacjentów (44%) przebywało na leczeniu stacjonarnym w oddziale rehabilitacji pierwszy raz. Dla pozostałych 84 pacjentów (56%) był to kolejny pobyt. Wśród nich 29 (19,3%) korzystało z tej formy reha-

bilitacji drugi raz, 1 osoba (0,7%) dziewiąty raz, a 2 osoby (1,3%) przybywały w oddziale dziesiąty raz, co stanowiło najwięcej pobytów rehabilitacyjnych w grupie badanej (Tab. 8).

Wyniki testu: $\chi^2 = 3,483642$; $p = 0,746145 > 0,05$

Pacjenci poddani badaniu podawali jako powód leczenia usprawniającego najczęściej dolegliwości związane z kręgosłupem (96 osób, co stanowiło ponad 33,4% wszystkich schorzeń) oraz ze stawami obwodowymi, co wskazały 53 osoby, czyli 18,5%. Na kolejnych pozycjach znalazły się takie problemy zdrowotne, jak stany po operacjach stawu biodrowego (35 osób, co stanowiło ponad 12,2% wszystkich schorzeń), stawu kolanowego (23 osoby 8% wszystkich schorzeń) oraz innych zabiegach operacyjnych ortopedycznych – łącznie 24 osoby (8,4% wszystkich schorzeń). Wśród schorzeń neurologicznych przeważały udary mózgu – 21 pacjentów (7,3%) oraz stwardnienie rozsiane – 15 pacjentów (5,2% respondentów). Pozostałe 20 osób (6,9% wszystkich schorzeń) to chorzy na inne choroby, w tym 6 z reumatoidalnym zapaleniem stawów (2,1% wszystkich schorzeń) i 5 z chorobą Parkinsona (1,7%) (Tab. 9).

Tab. 7. Czynności, przy których pacjenci wymagają pomocy/opieki ze strony pielęgniarek a wiek chorego – wartości obserwowane (możliwość odpowiedzi wielokrotnego wyboru)

Tab. 7. Activities for which patients require help / care from nurses and patient's age – observed values (multiple choice options possible)

	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	suma
60-65	6	10	8	8	10	4	14	11	18	8	97
65-70	7	11	9	9	10	5	17	11	13	9	101
71-75	6	7	7	4	5	4	16	13	10	5	77
76-80	3	4	6	4	4	3	18	15	16	9	82
81-85	1	2	2	2	2	2	13	11	10	4	49
85<	0	2	1	1	1	1	4	4	5	2	21
suma	23	36	33	28	32	19	82	65	72	37	427
Czynności, przy których pacjenci wymagają pomocy/opieki ze strony personelu pielęgniarskiego a wiek. Chi-kwadrat (O-E) ² /E											
	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	
60-65	0,115008	0,405936	0,033819	0,422511	1,025764	0,023159	1,149636	0,960415	0,16525	0,019529	
65-70	0,447169	0,725068	0,182758	0,853149	0,78072	0,056938	0,295929	1,244776	0,95385	0,007041	
71-75	0,827383	0,039783	0,184979	0,218011	0,102878	0,096086	0,099524	0,139493	0,685627	0,41906	
76-80	0,454508	1,227712	0,017946	0,352659	0,748858	0,115336	0,322325	0,507764	0,341603	0,505189	
81-85	1,018226	1,099402	0,843162	0,458013	0,761417	0,014914	1,369766	1,680994	0,36547	0,014241	
85<	1,131148	0,029751	0,239112	0,10324	0,209187	0,004602	0,000267	0,20185	0,601169	0,01787	

Legenda:

- a – zmiana pozycji w łóżku
- b – wstawanie z pozycji leżącej
- c – wstawanie z pozycji siedzącej
- d – przesiadanie się z łóżka na krzesło/wózek
- e – korzystanie z toalety/zmiana pieluchomajtek
- f – mycie przy umywalce
- g – kąpiel
- h – przejazd/przejście na zabiegi fizjoterapeutyczne
- i – przyjmowanie leków
- j – ubieranie

Tab. 8 Ilość pobytów na oddziale rehabilitacji
Tab. 8 Number of stays in the rehabilitation ward

Ilość pobytów	N odpowiedzi		%	
jestem na leczeniu stacjonarnym 1. raz	66		44,0	
jestem na leczeniu stacjonarnym 2. raz	29		19,3	
jestem na leczeniu stacjonarnym 3. raz	19		12,7	
jestem na leczeniu stacjonarnym 4. raz	18		12,0	
jestem na leczeniu stacjonarnym 5. raz	11		7,3	
jestem na leczeniu stacjonarnym 6. raz	2		1,3	
jestem na leczeniu stacjonarnym 8. raz	2		1,3	
jestem na leczeniu stacjonarnym 9. raz	1		0,7	
jestem na leczeniu stacjonarnym 10. raz	2		1,3	

Liczba pobytów na oddziale rehabilitacji a miejsce zamieszkania – wartości obserwowane								
	a	b	c	d	e	f	g	suma
tak	9	4	6	3	3	2	39	66
nie	11	7	7	7	7	5	40	84
suma	20	11	13	10	10	7	79	150

Liczba pobytów na oddziale rehabilitacji a miejsce zamieszkania – chi-kwadrat (O-E)^2/E								
	a	b	c	d	e	f	g	suma
tak	0,004545	0,145785	0,013706	0,445455	0,445455	0,378701	0,517192	1,950839
nie	0,003571	0,114545	0,010769	0,35	0,35	0,297551	0,406365	1,532802
suma	0,008117	0,260331	0,024476	0,795455	0,795455	0,676252	0,923557	3,483642

Legenda:

a – wieś

b – miasto do 20 tys. mieszkańców

c – miasto 20-50 tys. mieszkańców

d – miasto 50-100 tys. mieszkańców

e – miasto 100-500 tys. mieszkańców

f – miasto 500 tys. - 1 mln. mieszkańców

g – Warszawa

Tab. 9. Powody leczenia na oddziale rehabilitacji (możliwość wielokrotnego wyboru)
Tab. 9. Reasons for treatment at a rehabilitation ward (multiple choice option)

Powód leczenia	N odpowiedzi	% wszystkich odpowiedzi	
dolegliwości związane z kręgosłupem	96	33,4	
dolegliwości związane ze stawami obwodowymi (kończyn górnych i dolnych)	53	18,5	
stan po operacji kolan (w tym endoproteza)	23	8,0	
stan po operacji biodra (w tym endoproteza)	35	12,2	
stan po innych operacjach narządu ruchu	kręgosłup	6	2,1
	kręgosłup lędźwiowy	5	1,7
	kręgosłup piersiowy	1	0,3
	nadgarstek	3	1,0

stan po innych operacjach narządu ruchu	wielomiejscowe	1	0,3
	stopy	2	0,7
	amputacja kończyny dolnej	4	1,4
	staw ramienny, bark	3	0,9
stwardnienie rozsiane (SM)		15	5,2
stan po udarach mózgu		21	7,3
inne	choroba Parkinsona	5	1,7
	reumatoidalne zapalenie stawów	6	2,1
	choroba Charcot Marie Tooth, neuropatia ruchowo-czuciowa, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, uraz wielonarządowy	4	1,2
	wypadek komunikacyjny, uraz kręgosłupa szyjnego	3	0,9
	choroba Alzheimerera	1	0,3
	niedowidzenie	1	0,3

W celu określenia zależności pomiędzy powodem leczenia na oddziale rehabilitacyjnym a wiekiem pacjentów, otrzymane wyniki badania poddano analizie statystycznej z zastosowaniem testu niezależności chi-kwadrat (χ^2) (Tab. 10). Dla potrzeb analiz przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$.

Wyniki testu: $\chi^2 = 56,7008$ $p = 0,011582 < 0,05$

W teście chi-kwadrat wskaźnik istotności statystycznej (p) wyniósł mniej niż 0,05. Wykazano występowanie zależności pomiędzy powodem leczenia na oddziale rehabilitacyjnym a wiekiem pacjentów.

Częstotliwość korzystania z rehabilitacji stacjonarnej a miejsce zamieszkania – wartości obserwowane – wyniki analizy dla rehabilitacji stacjonarnej przedstawiono w Tabeli 11.

Wyniki testu: $\chi^2 = 24,60805$ $p = 0,136099 > 0,05$

W teście chi-kwadrat wskaźnik istotności statystycznej (p) wyniósł więcej niż 0,05. Wykazano brak występowania zależności pomiędzy częstością korzystania z rehabilitacji stacjonarnej a miejscem zamieszkania respondentów.

Kolejno analizie poddano zagadnienie związane z zależnością między efektami rehabilitacji a formą rehabilitacji (Tab. 12).

Tab. 10. Powody leczenia na oddziale rehabilitacji a wiek – wartości obserwowane (możliwość wielokrotnego wyboru)

Tab. 10. Reasons for treatment in a rehabilitation ward and age – observed values (multiple choice option)

	60-65	65-70	71-75	76-80	81-85	85<	suma
kręgosłup	17	25	16	21	12	5	96
stawy	9	13	6	12	9	4	53
oper. kolana	1	7	2	6	6	1	23
oper. biodra	4	8	7	7	5	1	32
oper. inne	5	6	4	5	3	1	24
SM	12	2	0	1	0	0	15
udar mózgu	4	3	6	6	2	0	21
inne	2	3	6	6	2	1	20
suma	54	67	47	64	39	13	284
Powody leczenia na oddziale rehabilitacji a wiek – chi-kwadrat (O-E)²/E							
	60-65	65-70	71-75	76-80	81-85	85<	

kręgosłup	0,086083	0,24428	0,000799	0,018568	0,106176	0,083469	
stawy	0,115201	0,019714	0,875503	0,000266	0,407342	1,021122	
oper. kolana	2,601903	0,456556	0,857217	0,128751	2,556444	0,00265	
oper. biodra	0,714137	0,026908	0,548434	0,006189	0,083469	0,147481	
oper. inne	0,041775	0,020181	0,0002	0,030847	0,026544	0,008848	
SM	29,341	0,669081	2,482394	1,676115	2,059859	0,68662	
udar mózgu	1,24E-05	0,770856	1,834015	0,339537	0,27086	0,961268	
inne	0,854669	0,625773	2,186455	0,494542	0,202889	0,007801	

Tab. 11. Częstotliwość korzystania z rehabilitacji stacjonarnej a miejsce zamieszkania – wartości obserwowane

Tab. 11. Frequency of using stationary rehabilitation and place of residence – observed values

	a	b	c	d	e	f	g	suma
1 x rok	4	2	6	5	5	3	16	41
2 x rok	2	3	0	0	1	0	3	9
3 x rok	0	0	0	0	0	0	2	2
rzadziej niż 1 x rok	6	4	5	3	1	4	39	62
suma	12	9	11	8	7	7	60	114
Częstotliwość korzystania z rehabilitacji stacjonarnej a miejsce zamieszkania – chi-kwadrat (O-E)²/E								
	a	b	c	d	e	f	g	suma
1 x rok	0,023107	0,472614	1,055919	1,566217	2,447857	0,092457	1,442362	1,166663
2 x rok	1,169591	7,377193	0,868421	0,631579	0,362155	0,552632	0,636842	1,224992
3 x rok	0,210526	0,157895	0,192982	0,140351	0,122807	0,122807	0,852632	0,526931
rzadziej niż 1 x rok	0,042445	0,163554	0,161342	0,419426	2,06969	0,009783	1,242869	4,109108
suma	1,445668	8,171256	2,278664	2,757573	5,00251	0,777678	4,174705	24,60805

Legenda:

a – wieś

b – miasto do 20 tys. mieszkańców

c – miasto 20-50 tys. mieszkańców

d – miasto 50-100 tys. mieszkańców

e – miasto 100-500 tys. mieszkańców

f – miasto 500 tys. - 1 mln. mieszkańców

g – Warszawa

Tab. 12. Najlepsze efekty rehabilitacji a forma rehabilitacji

Tab. 12. The best effects of rehabilitation and the form of rehabilitation

Najlepsze efekty rehabilitacji a forma rehabilitacji		
Forma rehabilitacji	N punktów	%
stacjonarna - szpital	569	50,2
ośrodek dzienny	230	20,3
ambulatoryjna	154	13,6

domowa		180	15,9
Optymalna długość hospitalizacji na oddziale rehabilitacji			
Długość hospitalizacji		N badanych	%
3 tygodnie		6	4,0
4 tygodnie		42	28,0
6 tygodni		76	50,7
inne	do czasu usprawnienia	1	0,7
	2 razy po 2 tygodnie	2	1,3
	6 miesięcy	1	0,7
	5 tygodni	3	2,0
	7 tygodni	3	2,0
	8 tygodni	12	8,0
	10 tygodni	4	2,7

Zdaniem większości pacjentów objętych badaniem najlepsze efekty przynosi rehabilitacja stacjonarna (50,2% wszystkich ocen), na kolejnych pozycjach uplasowały się ośrodek dzienny (20,3%), rehabilitacja domowa (15,9%) i ambulatoryjna (13,6%). Ponad połowa ankietowanych (50,7%) uważała, że okres hospitalizacji na oddziale rehabilitacji powinien wynosić 6 tygodni. 42 osoby (28%) podały jako optymalną długość pobytu 4 tygodnie. Tylko 6 osób (4%) uznało okres 3 tygodni za wystarczający czas rehabilitacji stacjonarnej. Pojedyncze osoby udzieliły innych odpowiedzi (Tab. 13).

Tab. 13. Ocena dostępności do różnych form rehabilitacji
Tab. 13. Assessment of accessibility to various forms of rehabilitation

Wystarczająca dostępność	N badanych	%
tak	19	12,6
raczej tak	51	34,0
raczej nie	40	26,7
nie	40	26,7

Ocenę dostępności do różnych form rehabilitacji raczej za wystarczającą wskazało 51 osób (34%), natomiast 19 osób (12,6%) za wystarczającą. W sumie 46,6% odpowiedzi oceniło pozytywnie dostępność do różnych form rehabilitacji. Przeciwnego zdania było ponad 53,4% ankietowanych, z czego dokładnie po połowie uważało dostępność za raczej złą i złą (po 40 osób, co stanowi po 26,7%) (Tab. 14).

Tab. 14. Ocena dostępności do różnych form rehabilitacji a wiek – wartości obserwowane
Tab. 14. Assessment of accessibility to various forms of rehabilitation and age – observed values

	60-65	65-70	71-75	76-80	81-85	85<	suma
tak	4	6	1	5	1	2	19
raczej tak	12	8	11	10	10	0	51
raczej nie	11	11	5	6	5	2	40
nie	7	9	8	10	3	3	40
suma	34	34	25	31	19	7	150
Ocena dostępności do różnych form rehabilitacji a wiek – chi-kwadrat (O-E)²/E							
	60-65	65-70	71-75	76-80	81-85	85<	
tak	0,021837	0,6658	1,482456	0,29339	0,822179	1,397945	
raczej tak	0,016747	1,096332	0,735294	0,027666	1,939876	2,38	

raczej nie	0,412255	0,412255	0,416667	0,621505	0,000877	0,009524	
nie	0,471078	0,00049	0,266667	0,363441	0,842982	0,688095	

Poddano analizie statystycznej z zastosowaniem testu niezależności chi-kwadrat (χ^2) występowanie zależności pomiędzy oceną dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych a wiekiem respondentów (Tab. 15). Dla potrzeb analizy przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$. W teście chi-kwadrat wskaźnik istotności statystycznej (p) wyniósł więcej niż 0,05. Wykazano brak występowania zależności pomiędzy oceną dostępności do różnych form rehabilitacji a wiekiem pacjentów objętych badaniem (Tab. 15).

Wyniki testu: $\chi^2 = 15,38536$; $p = 0,424032 > 0,05$

Ponad 93% respondentów (140 osób) uważało, że rehabilitacja przynosi u nich korzystne skutki zdrowotne. 6,7% pacjentów (10 osób) miało przeciwne zdanie.

W celu określenia zależności pozytywnych efektów rehabilitacji od wieku pacjentów otrzymane wyniki badania poddano analizie statystycznej z zastosowaniem testu niezależności chi-kwadrat (χ^2) (Tab. 16). Dla potrzeb analiz przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$.

Wyniki testu: $\chi^2 = 4,854471$; $p = 0,433898 > 0,05$

W teście chi-kwadrat wskaźnik istotności statystycznej (p) wyniósł więcej niż 0,05. Wykazano brak występowania zależności pomiędzy oceną efektów rehabilitacji a wiekiem pacjentów objętych badaniem.

Pozytywne efekty rehabilitacji dotyczyły przede wszystkim zmniejszenia dolegliwości bólowych (108 osób, co stanowi prawie 15,7% respondentów), poprawy sprawności chodu u 99 osób (14,4%), poprawy nastoju i poczucia własnej wartości (88 osób, co stanowi prawie 12,8% wszystkich efektów) oraz poprawy sprawności i wydolności ogólnej organizmu – 75 osób (10,9%). Ponadto respondenci wymieniali poprawę samoobsługi, w największym zakresie: ubierania/rozbiegania – (49 osób, co stanowi 7,1%) oraz kąpieli (46 osób, co stanowi niecałe 6,7% respondentów) (Tab. 17). Poddano analizie statystycznej z zastosowaniem testu niezależności chi-kwadrat (χ^2) występowanie zależności pomiędzy rodzajem pozytywnych efektów przynoszonych przez rehabilitację a wiekiem pacjentów objętych badaniem. Przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$.

Wyniki testu: $\chi^2 = 39,10714$; $p = 0,995472 > 0,05$

W teście chi-kwadrat wskaźnik istotności statystycznej (p) wyniósł więcej niż 0,05. Wykazano brak występowania zależności pomiędzy rodzajem pozytywnych efektów przynoszonych przez rehabilitację a wiekiem pacjentów objętych badaniem.

Tab. 15. Efekty rehabilitacji u pacjentów a wiek – wartości obserwowane
Tab. 15. The effects of rehabilitation in patients and age – observed values

	60-65	65-70	71-75	76-80	81-85	85<	suma
nie	1	2	4	2	1	0	10
tak	33	32	21	29	18	7	140
suma	34	34	25	31	19	7	150
Efekty rehabilitacji u pacjentów a wiek – chi-kwadrat (O-E) ² /E							
	60-65	65-70	71-75	76-80	81-85	85<	
nie	0,707843	0,031373	3,266667	0,002151	0,05614	0,466667	
tak	0,05056	0,002241	0,233333	0,000154	0,00401	0,033333	

Tab. 16. Pozytywne efekty rehabilitacji (możliwość wielokrotnego wyboru)
Tab. 16. Positive effects of rehabilitation (multiple choice option)

Efekty rehabilitacji	N odpowiedzi	%
zmniejszenie dolegliwości bólowych	108	15,7
poprawa samopoczucia/nastroju/poczucia własnej wartości	88	12,8
poprawa sprawności chodu	99	14,4

poprawa samodzielnej lokomocji na wózku inwalidzkim		12	1,7
poprawa sprawności/wydolności ogólnej		75	10,9
poprawa funkcji samoobsługi, takich jak:	zmiana pozycji w łóżku	29	4,2
	wstawanie z pozycji leżącej	38	5,5
	wstawanie z pozycji siedzącej	37	5,4
	przesiadanie się z łóżka na krzesło/wózek	24	3,5
	korzystanie z toalety	34	4,9
	mycie przy umywalce	27	3,9
	kąpiel	46	6,7
	ubieranie/rozbieranie	49	7,1
jedzenie		22	3,2

Pozytywne efekty rehabilitacji a wiek – wartości obserwowane

	60-65	65-70	71-75	76-80	81-85	85<	suma
ból	19	24	15	27	16	7	108
nastrój	18	17	15	20	11	7	88
chód	19	21	16	25	13	5	99
wózek	5	6	0	1	0	0	12
wydolność	14	19	15	14	11	2	75
poz. łóżko	9	8	3	3	5	1	29
wst. leżenie	8	9	7	5	8	1	38
wst. siedzenie	6	10	7	7	6	1	37
przesiadanie	5	7	3	5	3	1	24
toaleta	7	6	5	7	8	1	34
mycie	6	5	2	7	6	1	27
kąpiel	8	10	8	12	6	2	46
ubieranie	9	8	10	13	7	2	49
jedzenie	5	3	3	6	3	2	22
suma	138	153	109	152	103	33	688

Pozytywne efekty rehabilitacji a wiek – chi-kwadrat (O-E)²/E

	60-65	65-70	71-75	76-80	81-85	85<	
ból	0,32731	1,27E-05	0,260312	0,413097	0,001758	0,639267	
nastrój	0,006894	0,337444	0,080309	0,016023	0,358885	1,829746	
chód	0,037034	0,046886	0,006343	0,447319	0,22379	0,013315	
wózek	2,79345	4,158801	1,901163	1,028356	1,796512	0,575581	
wydolność	0,072397	0,323049	0,818047	0,398539	0,004638	0,709303	
poz. łóżko	1,741898	0,37295	0,553351	1,811695	0,099856	0,109902	
wst. leżenie	0,018737	0,035721	0,159412	1,373188	0,938826	0,371319	
wst. siedzenie	0,272275	0,381527	0,220957	0,168729	0,038326	0,338182	
przesiadanie	0,00719	0,518037	0,169298	0,017238	0,097878	0,01985	
toaleta	0,004763	0,322292	0,02775	0,034848	1,663503	0,244005	
mycie	0,063041	0,168001	1,212717	0,179541	0,9483	0,067224	
kąpiel	0,163102	0,005156	0,069602	0,332127	0,11415	0,019307	
ubieranie	0,069837	0,770085	0,644564	0,436752	0,015367	0,052208	
jedzenie	0,07814	0,732014	0,067617	0,267164	0,026173	0,845866	

Dyskusja

W literaturze polskiej trudno znaleźć pozycję obejmującą zagadnienia omawiane w pracy, a związane m.in. z dostępnością, wiekiem, miejscem zamieszkania czy efektami końcowymi rehabilitacji oraz czasem jej trwania. Starzejące się społeczeństwo wymaga dostosowania ochrony zdrowia do specyficznych potrzeb ludzi starszych. Niezbędny jest rozwój geriatryi w połączeniu z opieką długoterminową i rehabilitacją. Usprawnianie pacjentów w ramach rehabilitacji leczniczej stanowi ważny element ochrony zdrowia dla chorych w każdym wieku, w szczególności u ludzi starszych. Dostępność do stacjonarnych świadczeń rehabilitacyjnych powinna być na tyle wysoka, aby w każdym przypadku podejmować usprawnianie w terminie możliwie jak najszybszym oraz uzasadnionym względami medycznymi. Czas realizacji świadczeń rehabilitacyjnych oraz ich częstotliwość powinny być uzależnione od stanu zdrowia pacjenta, dynamiki procesów chorobowych oraz rokowania. Pojęcie dostępności do świadczeń można rozpatrywać pod różnym kątem, zarówno pod względem ilości placówek świadczących dane usługi zdrowotne, ale i fizjoterapeutów w nich pracujących czy też ich rozmieszczenia. Istotną rolę odgrywa czas oczekiwania na świadczenia po złożeniu skierowania, długość pobytu w placówce oraz jego częstotliwość.

Osoby poddane badaniu oceniły dostępność do różnych form rehabilitacji jako raczej dobrą i dobrą w 47% – 70 osób. Jednak większa część respondentów – 53% (80 osób) miała odmienne zdanie. Nie wykazano statystycznie istotnej zależności pomiędzy dostępnością a wiekiem pacjentów. Czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne stacjonarne dla ponad 41% ankietowanych (62 osoby) wyniósł do dwóch lat, a około jedna trzecia (54 osoby) czekała do pół roku. Również w tym przypadku nie wykazano statystycznych zależności pomiędzy czasem oczekiwania na świadczenia a wiekiem chorych.

Proces rehabilitacji ma na celu między innymi poprawę samodzielności pacjentów, która jest niezmiernie ważna w przypadku osób mieszkających samotnie, które nie mają możliwości systematycznego nadzoru i pomocy ze strony współlokatorów. W badaniu nie wykazano zależności pomiędzy czasem oczekiwania na rehabilitację a sposobem zamieszkania pacjentów (samotnie czy z kimś).

Ocena częstotliwości pobytów chorych na oddziale rehabilitacji wykazała, że 44% z nich (66 osób) było tu pierwszy raz. Jedna piąta chorych (29 osób) poddawała się rehabilitacji stacjonarnej po raz drugi, a pojedyncze osoby nawet po raz dziesiąty. Dla częstotliwości rehabilitacji stacjonarnej nie wykazano zależności istotnej statystycznie w stosunku do miejsca zamieszkania pacjentów, czyli pośrednio do rozlokowania ośrodków rehabilitacji. Jednocześnie ponad 27% osób badanych (41 ankietowanych) zadeklarowało, że przynajmniej raz w roku korzystało z rehabilitacyjnych pobytów stacjonarnych, a ponad 41% (62 osoby) – rzadziej niż raz na rok. W tym przypadku również nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy częstością korzystania z rehabilitacji stacjonarnej a miejscem zamieszkania.

Prawie trzy czwarte grupy badanej (111 osób) wskazało, że uczestniczy w usprawnianiu również w innych formach, takich jak rehabilitacja ambulatoryjna, domowa i w ośrodku dziennym. Częstotliwość korzystania z tych rodzajów usprawniania w przeważającej części wynosi jeden raz w roku (pomiędzy 15% a 19% udzielonych odpowiedzi ankietowanych). Należy zaznaczyć, że dwa razy w roku ponad 11% badanych (17 osób) rehabilituje się ambulatoryjnie. Pojedyncze osoby uczestniczą w różnych formach usprawniania trzy, a nawet cztery razy w roku. Dla omawianych form rehabilitacji nie wykazano zależności istotnej statystycznie w odniesieniu do wieku chorych oraz do miejsca ich zamieszkania.

Z badań wynika, iż dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych według pacjentów w wieku 60 lat i starszych jest na poziomie zadowalającym. Na taką opinię miał wpływ długi okres oczekiwania na świadczenia stacjonarne, ale też dywersyfikacja świadczeń i deklarowane czynne uczestnictwo pacjentów w pozostałych formach usprawniania. Założenia pracy dotyczące potwierdzenia hipotezy o wystarczającej dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych okazały się niejednoznaczne. Potwierdzone jednak zostało twierdzenie o braku zależności dostępności od wieku i miejsca zamieszkania chorych.

Proces usprawniania pacjentów obejmujący różne metody i formy ma na celu poprawę ich sprawności funkcjonalnej, w szczególności uzyskanie lub podtrzymanie samodzielności w czynnościach mających zapewnić samoobsługę i zdolność lokomocji. Wszyscy ankietowani wskazali rehabilitację jako niezbędny element procesu terapeutycznego przy swoich schorzeniach. W testach statystycznych nie wykazano istotnej zależności niezbędności rehabilitacji od wieku i miejsca zamieszkania pacjentów.

Zdecydowana większość, bo aż 93% osób objętych badaniem (140 ankietowanych) uważało, że rehabilitacja przynosi u nich pozytywne efekty zdrowotne. Wśród tych efektów najczęściej wymieniano: zmniejszenie dolegliwości bólowych, poprawę sprawności chodu, poprawę nastoju i poczucia własnej wartości oraz poprawę sprawności ogólnej. Ponadto ankietowani wskazali zwiększenie własnej samodzielności w takich czynnościach, jak: ubieranie się, kąpiel, wstawanie z pozycji leżącej i siedzącej czy też korzystanie z toalety. W testach analizy statystycznej nie znaleziono zależności pomiędzy pozytywnymi efektami rehabilitacji a wiekiem pacjentów jej poddawanych. Podczas usprawniania chorych w warunkach stacjonarnych nad ich stanem zdrowia systematycznie czuwa zespół terapeutyczny złożony z lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych, opiekunów, a nierzadko również logopedów i psychologów. W tych warunkach pacjenci objęci są całodobową kompleksową opieką medyczną. Dlatego taka forma rehabilitacji wskazana jest w szczególności dla chorych, których stan zdrowia wymaga nie tylko usprawniania rehabilitacyjnego, ale również procedur opiekuńczo-leczniczych. Zakres udzielanych świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach stacjonarnych jest największy i porównywalny jedynie do ośrodka dziennego [Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej; Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej].

Zdaniem ankietowanych, najlepsze efekty zdrowotne przynosi usprawnianie w warunkach stacjonarnych (ponad połowa pozytywnych ocen) oraz ośrodka dziennego (ponad 20% pozytywnych ocen). Wyniki pokazują, iż rehabilitacja przynosi korzystne skutki zdrowotne niezależnie od wieku chorych. Pacjenci leżący na oddziale rehabilitacji objęci są między innymi opieką pielęgniarską. W zakres tej opieki wchodzi zarówno pomoc przy czynnościach codziennych, takich jak ubieranie, mycie, kąpiel, korzystanie z toalety, przyjmowanie posiłków (karmienie), jak również podawanie leków, w tym parenteralnie, pomiary parametrów życiowych oraz wykonywanie opatrunków. Zakres i intensywność opieki pielęgniarskiej uzależnione są od stanu funkcjonalnego chorych oraz ich samodzielności w czynnościach samoobsługi. Większość pacjentów była samodzielną w czynnościach codziennych, takich jak: jedzenie (141 osób – 94%), kontrola mikcji i defekacji (127 osób – 85%), korzystanie z toalety (118 osób – 79%). Największe trudności sprawiała kąpiel – 78 osób niesamodzielnych (48%). Jedynie 6% pacjentów (9 osób) potwierdziło brak pełnej sprawności w czasie przyjmowania pokarmów, ale w ostateczności nie wymagali oni karmienia, czyli czynności czasochłonnej i wymagającej dużo uwagi i zaangażowania ze strony personelu pielęgniarskiego.

Czynności, przy których była potrzebna pomoc/opieka ze strony personelu pielęgniarskiego to w szczególności: kąpiel (19% wszystkich odpowiedzi), przyjmowanie leków (17% wszystkich odpowiedzi) oraz przyście/przejazd na zabiegi fizjoterapeutyczne (15% wszystkich odpowiedzi). Nie wykazano zależności istotnej statystycznie pomiędzy tymi czynnościami a wiekiem pacjentów.

Ograniczenia funkcjonalne chorych związane były z rodzajem schorzenia i jego zaawansowaniem. Jako główny powód pobytu na oddziale rehabilitacji ankietowani wskazywali dolegliwości związane z kręgosłupem (ponad 33% wszystkich podawanych powodów), dysfunkcje stawów obwodowych (18,5%) oraz stany pooperacyjne stawów biodrowych (ponad 12%). Ta grupa chorych uskarżała się głównie na dolegliwości bólowe, które w procesie rehabilitacji, jak to wcześniej wykazano, zostały zmniejszone, a stan zdrowia uległ poprawie. Ich objawami klinicznymi były głównie deficyty ruchowe. Wykazano istnienie zależności istotnej statystycznie pomiędzy powodem leczenia na oddziale rehabilitacji a wiekiem pacjentów. Czas poświęcany poszczególnym pacjentom przez personel pielęgniarski zależy od indywidualnych potrzeb chorych, ale również od liczby podopiecznych, ich stanu klinicznego oraz wydajności pracy personelu pielęgniarskiego. 85% – 128 chorych oceniło czas poświęcany im przez personel pielęgniarski jako wystarczający.

Zakres opieki pielęgniarskiej u pacjentów geriatrycznych leczonych na oddziale rehabilitacji nie zależy od wieku. Jest natomiast zależny od stanu zdrowia i sprawności funkcjonalnej chorych.

Wnioski

1. Dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych w opiece stacjonarnej jest zadowalająca i niezależna od wieku pacjentów.
2. Stacjonarna rehabilitacja lecznicza przynosi korzystne skutki zdrowotne niezależnie od wieku pacjentów.

3. Rehabilitacja lecznicza jest niezbędnym elementem opieki geriatrycznej niezależnie od wieku chorych i ich miejsca zamieszkania.
4. Pacjenci preferują rehabilitację w formie stacjonarnej.
5. Zakres opieki pielęgniarstwa u pacjentów geriatrycznych leczonych na Oddziale Rehabilitacyjnym CKR w Konstancinie-Jeziornej jest wystarczający. Jest on niezależny od wieku, a zależny od stanu zdrowia i sprawności funkcjonalnej pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Biercewicz Monika, Szewczyk Maria, Ślusarz Robert (red.) 2006. *Pielęgniarstwo w geriatricy*. Warszawa: Wydawnictwo Medyczne Borgis.
2. Cegła Bernadetta, Kachaniuk Hanna, Strugała Magdalena, Czekaj Renata, Pruszyński Jacek 2013. *Materiały dydaktyczne dla uczestników kursu specjalistycznego Kompleksowa pielęgniarstwo opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego*. Warszawa: CKPPIP.
3. Ciechaniewicz Wiesława 2014. *Pielęgniarstwo – ćwiczenia. Tom 1 i 2*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
4. Cytowicz-Karpiłowska Wirginia, Kazimierska Barbara, Cytowicz Agnieszka 2011. *Postępowanie usprawniające w geriatricy. Podstawy, wskazania, przeciwwskazania*. Warszawa: Wydawnictwo ALMAMER.
5. Kwolek Andrzej (red.) 2013. *Rehabilitacja medyczna. Tom 1 i 2*. Wrocław: Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner.
6. Mrozek-Gąsiorowska Magdalena 2011. Rehabilitacja medyczna osób starszych. Zasadność, potrzeby i możliwości. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*. tom IX, nr 1: 128-143.
7. Kiwerski Jerzy (red.) 2005. *Rehabilitacja medyczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
8. Ustawa z dnia 15.07.2011. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jednolity Dz.U. z 2014 r., poz. 1435 z późn. zm.).
9. Wieczorkowska-Tobis Katarzyna, Talarska Dorota 2008. *Geriatricy i pielęgniarstwo geriatriczne*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
10. Kawczyńska-Butrym Zofia (red.) 2005. *Koncepcje opieki i zawody opiekuńcze*. Olsztyn: Wydawnictwo UWM.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2013 r. poz. 1522).
12. Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 80/2013/DSOZ z dnia 16 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza.