

Stopień akceptacji choroby a stan funkcjonalny pacjentów starszych przebywających w ośrodku rehabilitacyjnym

The degree of acceptance of illness and functional status among elderly people staying in the rehabilitation centre

Joanna Kowalska¹, Katarzyna Wolny¹, Marzena Kobyłańska^{1,2}, Bartosz Wójcik²

¹ Wydział Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

² Wrocławskie Centrum Rehabilitacji i Medycyny Sportowej we Wrocławiu

Streszczenie

Wstęp. Celem pracy była analiza korelacji stopnia akceptacji choroby i stanu funkcjonalnego pacjentów starszych przebywających w ośrodku rehabilitacyjnym. **Materiał i metody.** Badania przeprowadzono we Wrocławskim Centrum Rehabilitacji i Medycyny Sportowej. Grupa badana liczyła 44 osoby, średnia wieku $74,6 \pm 7,6$ lat, w tym 33 kobiety. Najwięcej osób było hospitalizowanych z powodu chorób przewlekłych wieku starszego, a najmniej z powodu udaru. W trakcie trzech pierwszych dni pobytu w placówce wykonano: Skalę Akceptacji Choroby (AIS) i Skalę Barthel (BI). Badania te powtórzono po 3 tygodniach systematycznej fizjoterapii. **Wyniki.** Po przyjęciu średni stan funkcjonalny badanych (BI1) wynosił $73,98 (\pm 27,9)$, a średni poziom akceptacji choroby (AIS1) $22,80 (\pm 8,5)$. Po 3 tygodniach fizjoterapii stwierdzono znamienne poprawę w zakresie AIS oraz BI ($p = 0,0062$; $p = 0,0001$). Największa poprawa poziomu akceptacji choroby wystąpiła u pacjentów po złamaniach. Analiza korelacji wykazała istotną zależność pomiędzy AIS1 a BI1, a także AIS1 i BI1 a ich zmianą w czasie (BI3-BI1; AIS3-AIS1). Zmiana poziomu akceptacji choroby w czasie (AIS3-AIS1) zależała od głównej jednostki chorobowej, z powodu której pacjent został przyjęty do ośrodka rehabilitacyjnego. **Wnioski.** W badanej grupie pacjentów starszych wykazano silną zależność pomiędzy poziomem akceptacji choroby a stanem funkcjonalnym, a także lepszą akceptację własnej choroby oraz poprawę stanu funkcjonalnego po przeprowadzonej fizjoterapii. *Geriatrics 2015; 9: 3-9.*

Słowa kluczowe: osoby starsze, akceptacja choroby, stan funkcjonalny, fizjoterapia

Abstract

Background. The aim of the study was to analyze the correlation between the degree of acceptance of illness and functional status among elderly people staying in the rehabilitation center. **Material and methods.** The research was conducted in Sports Medicine and Rehabilitation Center in Wrocław. The study group consisted 44 people, the average age of 74.6 ± 7.6 , including 33 women. The most people were hospitalized because of chronic illness, and the least from stroke. During the first three days of staying at the center Acceptance of Illness Scale (AIS) and Barthel Index (BI) were used. These studies have been repeated after 3 weeks of regular physiotherapy. **Results.** The average BI upon admission to the center (BI1) was $73.98 (\pm 27.9)$ and the average AIS1 was $22.80 (\pm 8.5)$. After 3 weeks of physiotherapy we observed a significant improvement of AIS and BI ($p = 0.0062$; $p = 0.0001$). The biggest improvement in the level of AIS occurred in patients after fractures. Correlation analysis showed a significant relationship between AIS1 and BI1, and also AIS1, BI1 and their change in time (BI3-BI1; AIS3-AIS1). Change the degree of acceptance of illness (AIS3-AIS1) depended on the type of disease that was the main reason of staying in the rehabilitation center. **Conclusions.** In the study group of elderly patients shown a strong correlation between the level of acceptance of illness and functional status as well as greater acceptance of own illness and improve the functional status after regular physiotherapy. *Geriatrics 2015; 9: 3-9.*

Keywords: elderly, acceptance of illness, functional status, physiotherapy

Wstęp

Wiek starszy to trudny okres w życiu każdego człowieka, w którym z jednej strony udaje się on na zasłużony odpoczynek a z drugiej strony często pojawia się wiele dolegliwości i chorób, z którymi przyjdzie się zmierzyć. Sytuację komplikuje także pojawiająca się nagle, na skutek różnych chorób (np.: udar, złamania na skutek upadku), niepełnosprawność i uzależnienie od osób trzecich [1].

Wśród wielu czynników, które wpływają na proces zdrowienia i poprawę stanu funkcjonalnego w trakcie prowadzonego usprawniania, podczas pobytu w oddziale geriatryczno-rehabilitacyjnym, można wymienić między innymi poziom akceptacji własnej choroby i niepełnosprawności [1-4].

Akceptacja własnej choroby może wpłynąć na zmniejszenie negatywnych odczuć związanych z chorobą, zmniejszenie stresu przez nią wywołanego, a także pozwala na zachowanie poczucia własnej wartości. Ma to ogromne znaczenie dla subiektywnego odczuwania jakości życia przez osobę starszą oraz poziomu własnej aktywności we wszystkich sferach życia. Seniorzy akceptując swój stan zdrowia wyrażają postawę zrozumienia swojej niepełnosprawności i świadomości nieodwracalnych skutków choroby, podejmując leczenie mają nadzieję na poprawę stanu zdrowia [5]. Dotychczasowe badania potwierdzają, że akceptacja choroby jest ważnym elementem w procesie przystosowania do życia. Im większa akceptacja, tym lepsza adaptacja i mniejsze poczucie dyskomfortu wynikającego z choroby [1-3,6]. Według Painterera natomiast akceptacja choroby może stanowić element aktywizujący człowieka, ale też m.in. zachowana aktywność fizyczna sprzyja wzrostowi akceptacji choroby [7].

Wydaje się zatem, że stopień akceptacji własnej choroby i niepełnosprawności może mieć ścisły związek ze skutecznością prowadzonego usprawniania i poprawą stanu funkcjonalnego szczególnie wśród pacjentów starszych przebywających w oddziałach rehabilitacyjno-geriatrycznych. Dlatego też celem pracy była analiza stopnia akceptacji choroby wśród pacjentów starszych przebywających w ośrodku rehabilitacyjnym i odpowiedź na pytanie czy istnieje zależność pomiędzy poziomem akceptacji własnej choroby a stanem funkcjonalnym oraz jakie zmiany tych parametrów zachodzą w czasie 3-tygodniowej rehabilitacji.

Materiał i metody

Badania prowadzone były we Wrocławskim Centrum Rehabilitacji i Medycyny Sportowej przy ul.

Chopina 5/7 we Wrocławiu. Przyjęto następujące kryteria włączenia do badań: wiek ≥ 60 lat, zgoda pacjenta na udział w badaniach, zadawalający stan funkcji poznawczych (Mini Mental State Examination, MMSE ≥ 24), w celu przeprowadzenia badań przy użyciu skali AIS, systematyczne uczestnictwo w zleconych zajęciach usprawniających.

Założono również kryteria wyłączenia z badań: pobyt krótszy niż 3 tygodnie, afazja, obecność w chwili badania lub w dokumentacji poważnych zaburzeń psychicznych, odmowa pacjenta na każdym etapie badań.

Do badań zrekrutowano 48 osób kolejno przyjmowanych do ośrodka, spełniających kryteria włączenia, z czego 4 osoby odmówiły udziału w badaniach końcowych. Ostatecznie grupa badana liczyła 44 osoby w wieku od 60 do 86 lat, w tym 33 kobiety i 11 mężczyzn. Najwięcej badanych (22 osoby) zostało przyjętych do ośrodka rehabilitacyjnego z powodu pogorszenia stanu funkcjonalnego na skutek chorób przewlekłych wieku starszego (takich jak: zmiany zwyrodnieniowe stawów, reumatoidalne zapalenia stawów, choroba Parkinsona), pozostałych 12 pacjentów było po operacyjnym leczeniu złamania w obrębie nasady bliższej kości udowej i 10 pacjentów po pierwszym niedokrwiennym udarze prawej półkuli mózgu. Oprócz głównych jednostek chorobowych, z powodu których pacjenci rozpoczęli usprawnianie, odnotowano liczne choroby współistniejące takie jak: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, miażdżyca, migotanie przedsionków. Dokładną charakterystykę grupy badanej przedstawia tabela I.

Tabela I. Charakterystyka podstawowych zmiennych badanych pacjentów

Table I. Baseline characteristics of the patients

Zmienna	Pacjenci (%) (n = 44)
Wiek Średnia (Odch. Std.) Zakres	74,6 (7,6) 60-86
Płeć Kobiety Mężczyźni	33 (75) 11 (25)
Wykształcenie Podstawowe i zawodowe Średnie Wyższe	13 (39) 16 (48) 4 (12)
Stan cywilny Małżeństwo Samotni (w tym wdowiec, wdowa, rozwiedziony)	19 (43) 25 (57)

Masa ciała (kg) Średnia (Odch. Std.)	69,2 (10,4)
Wysokość ciała Średnia (Odch. Std.)	162,1 (7,5)
BMI (kg/m ²) Średnia (Odch. Std.)	26,4 (4,1)
Rozpoznanie	
Choroby przewlekłe	22 (50)
Złamania	12 (27)
Udar	10 (23)
Liczba chorób współistniejących Średnia (Odch. Std.)	3,8 (1,6)
Liczba przyjmowanych leków Średnia (Odch. Std.)	5,3 (2,4)

W trakcie trzech pierwszych dni pobytu w placówce wykonano badania początkowe: Skalę Akceptacji Choroby i Skalę Barthel. Dodatkowo wśród badanych pacjentów została wypełniona karta pacjenta.

Skala Akceptacji Choroby (Acceptance of Illness Scale, AIS) została skonstruowana w 1984 roku przez Felton i wsp., do warunków polskich zaadaptowana przez Juczyńskiego w 2001 roku [8,9]. Skala bada stopień akceptacji choroby i niepełnosprawności za pomocą ośmiu stwierdzeń, które opisują subiektywnie odczuwane przez pacjenta trudności i ograniczenia spowodowane chorobą. Suma punktów daje miarę stopnia akceptacji choroby, której zakres mieści się od 8 do 40 punktów. Niski wynik oznacza słabe przystosowanie się do ograniczeń narzuconych przez chorobę, natomiast wynik wysoki świadczy o dobrej akceptacji własnej choroby i brak negatywnych emocji związanych z chorobą [9].

Skala Barthel (Index Barthel, BI) została opublikowana w 1965 roku i jest najbardziej rozpowszechnioną metodą oceny stanu funkcjonalnego pacjentów w wieku starszym [10,11]. Skala zawiera pytania dotyczące czynności dnia codziennego i wypełniana jest przez personel medyczny na podstawie obserwacji pacjenta w trakcie wykonywania tych czynności. Pacjent może uzyskać od 0 do 100 punktów. Ilość zdobytych punktów określa stan funkcjonalny pacjenta: 100-86 punktów – stan pacjenta „lekki”, 21-85 punktów – stan pacjenta „średnio ciężki”, 0-20 punktów – stan pacjenta „bardzo ciężki”.

Badania te powtórzono po 3 tygodniach systematycznej fizjoterapii (badania końcowe). Każdy pacjent objęty był systematyczną fizjoterapią. Program usprawniania uzależniony był od stanu funkcjonalnego pacjenta i zawierał: ćwiczenia indywidualne trwające ok.60 min, dodatkowy czas (60 min) przeznaczony był na naukę lub doskonalenie chodu oraz ćwiczenia na

sprzęcie (np.: rotorki, rowery, bieżnia). W zależności od potrzeb, wskazań i przeciwwskazań kinezyterapia wspomagana była zabiegami fizykoterapeutycznymi. Powyższy program usprawniania prowadzony był od poniedziałku do piątku.

Za skuteczność fizjoterapii przyjęto różnicę pomiędzy stanem funkcjonalnym przy przyjęciu na oddział a stanem funkcjonalnym po 3-tygodniowej fizjoterapii (BI 3-BI 1).

Obliczenia wykonano przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA 10 firmy StatSoft. Rozkłady cech ciągłych (cechy somatyczne, wiek) charakteryzowano podając podstawowe parametry statystyczne: wartości średnie, odchylenie standardowe oraz zakres zmienności cechy, czyli wartości minimalne i maksymalne w rozkładzie empirycznym.

Oceny istotności zmian rozkładów stanu funkcjonalnego oraz poziomu akceptacji choroby w efekcie rehabilitacji dokonywano stosując test t-Studenta dla prób zależnych. W przypadku porównywania więcej niż trzech średnich stosowano jednokierunkową analizę wariancji ANOVA. Korelacje oceniano stosując współczynnik korelacji rang uporządkowania ρ -Spearmana. Jako granicę istotności przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki

Średni stan funkcjonalny w momencie przyjęcia na oddział rehabilitacyjny (BI 1) wynosił 73,97 ($\pm 2,79$). Połowa pacjentów (22 osoby) była na początku rehabilitacji w stanie lekkim (85-100 pkt w BI), a połowa w stanie ciężkim (0-20 pkt w skali BI). Po uwzględnieniu płci, wyniki pokazują, że przypadków stanu ciężkiego było relatywnie więcej w grupie kobiet. Ciężki stan funkcjonalny wiązał się istotnie z większą masą ciała i większą wartością BMI (tabela II). Gorszy stan funkcjonalny osób o większej masie ciała i większej wartości wskaźnika BMI potwierdziła istotna korelacja tych cech z BI 1 (odpowiednio $p = 0,048$; $p = 0,041$).

Średni poziom akceptacji choroby przed rozpoczęciem fizjoterapii (AIS 1) wynosił 22,79 ($\pm 8,5$) i nie zależał od wartości cech somatycznych pacjentów (w szczególności od ich BMI), natomiast korelował wysoce istotnie z ich początkowym stanem funkcjonalnym (BI 1). Ujemna korelacja AIS 1 z wiekiem pacjentów (pacjenci starsi średnio prezentowali niższy poziom akceptacji choroby) była słaba i nieistotna statystycznie. Początkowy poziom akceptacji choroby (AIS 1) nie zależał także od płci oraz liczby przyjmowanych leków, a także liczby chorób współistniejących

Tabela II. Masa ciała i BMI w grupach pacjentów o różnym początkowym stanie funkcjonalnym
Table II. Body weight and BMI In patients with different initial functional status

Cecha somatyczna	Stan funkcjonalny	Średnia	Odch. std.	t	p
Masa ciała (kg)	lekki, n = 22	65,8	9,2	2,251	0,0297
	ciężki, n = 22	72,5	10,7		
BMI (kg/m ²)	lekki, n = 22	25,01	3,15	2,318	0,0254
	ciężki, n = 22	27,76	4,59		

Tabela III. Współczynniki korelacji rangowej ρ -Spearmana zmiennych z poziomem akceptacji choroby w badaniu początkowym (AIS 1)

Table III. Spearman's correlation of variables and the level of acceptance of illness in the initial study (AIS1)

Zmienna	ρ	t	p
masa ciała	0,08	0,52	0,603
wysokość ciała	0,16	1,07	0,289
BMI	0,05	0,35	0,727
wiek	-0,20	1,35	0,185
BI 1	0,54	4,11	0,0002
Liczba chorób współistniejących	-0,27	1,84	0,074
Liczba przyjmowanych leków	-0,02	0,13	0,897

Tabela IV. Poziom stanu funkcjonalnego oraz poziomu akceptacji choroby przed i po fizjoterapii
Table IV. The level of functional status and acceptance of illness before and after physiotherapy

Zmienna	Średnia (pkt.)		Średnia zmiana (pkt.)	t	p
	Badanie początkowe	Badanie końcowe			
Stan funkcjonalny (BI)	73,98	79,78	5,80	4,203	0,0001
Poziom akceptacji choroby (AIS)	22,80	26,39	3,59	2,881	0,0062

Tabela V. Poszczególne stwierdzenia w skali AIS w badaniu początkowym i końcowym
Table V. Some of sentences from Acceptance of Illness Scale in the initial and final study

Nr stwierdzenia w skali AIS	Średnia (pkt)		Średnia zmiana (pkt)	t	p
	Badanie początkowe	Badanie końcowe			
1	2,23	2,75	0,52	2,178	0,035
2	1,86	2,30	0,43	1,801	0,079
3	3,25	3,57	0,32	1,163	0,251
4	2,30	2,89	0,59	2,266	0,029
5	3,70	4,00	0,30	1,278	0,208
6	2,98	3,48	0,50	2,122	0,040
7	2,98	3,27	0,30	1,409	0,166
8	3,50	3,84	0,34	1,254	0,217

(tabela III). Natomiast poziom AIS 1 zależał istotnie od rozpoznania, stanowiącego główną przyczynę podjęcia fizjoterapii ($p = 0,01$). AIS 1 po złamaniu czy udarze był istotnie niższy od AIS 1 w przypadku chorób przewlekłych.

W efekcie przeprowadzonej fizjoterapii, w badanej grupie pacjentów, zarówno stan funkcjonalny jak i poziom akceptacji choroby poprawił się statystycznie wysoce istotnie (tabela IV).

Po 3-tygodniowej systematycznej fizjoterapii średnia ocena punktowa każdego z 8 stwierdzeń kwestionariusza AIS wzrosła, co oznacza zwiększenie poziomu akceptacji choroby. Największe zmiany (i zarazem statystycznie istotne) wystąpiły w następujących stwierdzeniach (tabela V):

- Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę;
- Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę;
- Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuje się pełnowartościowym człowiekiem.

Dodatkowo zwiększenie akceptacji tych skutków choroby podkreśla związek pomiędzy poziomem akceptacji choroby a stanem funkcjonalnym i wskazuje na poprawę stanu funkcjonalnego badanych po przeprowadzonej fizjoterapii. Potwierdza to również wykonana analiza korelacji poprawy poziomu akceptacji choroby po fizjoterapii (AIS 3-AIS 1) z poprawą stanu funkcjonalnego pacjentów (BI 3-BI 1). Współczynnik korelacji rangowej Spearmana wyniósł $\rho = 0,32$ i był statystycznie istotny ($p = 0,035$). Wielkość zmiany poziomu AIS (AIS3-AIS1) zależała także istotnie od BI1, AIS1 oraz wieku pacjentów. Większą poprawę akceptacji choroby uzyskali pacjenci w starszym wieku (korelacja dodatnia) oraz w gorszym stanie funkcjonalnym i z mniejszą akceptacją choroby w momencie przyjęcia na oddział. Pozostałe korelacje przedstawia tabela VI. Warto podkreślić, że zmiana poziomu akceptacji choroby istotnie zależała od rozpoznania. Największa poprawa akceptacji choroby wystąpiła u osób ze złamaniami, a najmniejsza u osób z chorobami przewlekłymi. Zaobserwowane różnice średniego zakresu poprawy są statystycznie istotne ($F = 3,42$; $p = 0,042$).

Tabela VI. Korelacja zmiennych ze zmianą poziomu akceptacji choroby (AIS 3-AIS 1)

Table VI. The correlation of variables and change of the level of acceptance of illness (AIS 3-AIS1)

Zmienna	ρ	t	p
Wiek	0,42	2,99	0,005
masa ciała	-0,15	-0,96	0,342
wysokość ciała	-0,06	-0,42	0,680
BMI	-0,15	-0,95	0,347
BI 1	-0,42	3,01	0,004
AIS 1	-0,44	3,21	0,003
Liczba chorób współistniejących	-0,18	1,17	0,249
Liczba przyjmowanych leków	0,10	0,64	0,524

Dyskusja

Poziom akceptacji choroby w badanej grupie pacjentów starszych w momencie przyjęcia na oddział był średni ($22,79 \pm 8,5$). Również badania Juczyńskiego wykonywane przy użyciu skali AIS wykazały, iż akceptacja choroby wśród chorych z chorobami przewlekłymi jest na średnim poziomie i wynosi $25,35 \pm 6,03$ [9]. Podobne wyniki uzyskali także Józefowska i Majda w badaniach nad osobami z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Wskaźnik akceptacji choroby w skali AIS wyniósł 20,6 a więc także uzyskali oni średnią wartość akceptacji choroby [12].

Analiza wyników potwierdza statystycznie istotną silną zależność stopnia akceptacji choroby i stanu funkcjonalnego pacjentów w podeszłym wieku. Im gorszy wyjściowy stan funkcjonalny tym słabszy był stopień akceptacji choroby. Również zmiana tych parametrów w czasie wykazuje silny związek. Zależność ta może być wielokierunkowa, o czym pisze także Painter, czyli większa poprawa stanu funkcjonalnego wystąpiła u pacjentów, u których poprawa akceptacji własnej choroby była większa, ale również wyższy poziom akceptacji choroby sprzyjał większej aktywności i poprawie stanu funkcjonalnego [7].

Prezentowane wyniki badań pokazują, że u wszystkich badanych pacjentów po okresie systematycznej 3-tygodniowej fizjoterapii wzrósł poziom akceptacji choroby. Odnotowano także istotną poprawę ich stanu funkcjonalnego. Znajduje to swoje odzwierciedlenie także w badaniach prowadzonych przez innych autorów. Knapik i wsp. w swoich badaniach wykazali, że

aktywność fizyczna odgrywa kluczową rolę w poziomie samooceny zdrowia osób w podeszłym wieku [13].

Po 3-tygodniowej fizjoterapii stopień akceptacji choroby i stan funkcjonalny poprawił się bardziej w grupie kobiet niż w grupie mężczyzn, ale zmiany te nie były istotne statystycznie. Natomiast w licznych publikacjach pojawiają się doniesienia, iż kobiety bardziej martwią się o swoje zdrowie i z powodu obaw o nie mają większe trudności w akceptacji swojej choroby. W badaniach Kunikowskiej i wsp. kobiety po alloplastyce stawu biodrowego uzyskały lepszą akceptację choroby [14].

Otrzymane wyniki badań pokazały, iż poziom akceptacji choroby przy przyjęciu na oddział rehabilitacyjny jest jednym z czynników warunkujących zmianę stanu funkcjonalnego, czyli skuteczność procesu fizjoterapii. Oznacza to, że większej poprawy stanu funkcjonalnego i poziomu akceptacji choroby po fizjoterapii należy spodziewać się u pacjentów charakteryzujących się przed terapią gorszym stanem funkcjonalnym i niższą akceptacją choroby. Może to świadczyć o dużym potencjale pacjentów starszych z obniżoną akceptacją choroby i w gorszym stanie funkcjonalnym rozpoczynających proces usprawniania.

Natomiast po 3-tygodniowej fizjoterapii najbardziej poprawiły swoją akceptację choroby osoby po złamaniach w obrębie kończyn dolnych. Zapewne wynika to z tego, że osoby te najszybciej wracają do zdrowia i poprawiają swój stan funkcjonalny, ponieważ ich stan chorobowy jest przejściowy [15]. W przypadku chorób przewlekłych stan pacjentów nie ulega tak mocnej poprawie a szansa na całkowite wyzdrowienie właściwie nie istnieje.

Wyniki te są zgodne z badaniami Maciejuk-Płońskiej i wsp. prowadzonych również wśród osób starszych po złamaniu szyjki kości udowej, które to dowiodły, że jakość życia i akceptacja choroby wzrastają po rehabilitacji. Wykazano także, że nawet krótkotrwała rehabilitacja poprawia stan fizyczny i nastrój badanych osób starszych [4]. Natomiast Kamusińska i Rojowska badały akceptację niepełnosprawności u osób po udarach. W badaniach tych jednoznacznie stwierdzono, że osoby po przebytych udarach w porównaniu z innymi osobami chorymi na choroby

przewlekłe najtrudniej akceptowały swój stan zdrowia, a w szczególności nie akceptowały następstw choroby [16]. Może to sugerować, że stopień akceptacji choroby oraz jego zmiana zależą między innymi od głównej jednostki chorobowej, z powodu której pacjent został hospitalizowany w ośrodku rehabilitacyjnym.

Otrzymane wyniki badań mają pewne ograniczenia (mała liczna i niejednorodna grupa badana, niemożność wyeliminowania innych czynników mogących mieć wpływ na proces fizjoterapii, czy też brak grupy kontrolnej) i wymagają potwierdzenia na większej grupie pacjentów, niemniej jednak mają wymiar praktyczny, ponieważ odzwierciedlają rzeczywisty obraz kliniczny pacjentów starszych przyjmowanych i przebywających w ośrodkach rehabilitacyjnych.

Warto zatem pamiętać, że poziom akceptacji to jeden z czynników, który silnie wiąże się ze stanem funkcjonalnym pacjenta geriatrycznego oraz warunkuje efekty prowadzonej fizjoterapii. Dobrze i świadomie przeprowadzony proces usprawniania uwzględniający różne czynniki, w tym stopień akceptacji choroby, może ułatwić pacjentowi w starszym wieku powrót do maksymalnej samodzielności.

Wnioski

1. W badanej grupie pacjentów w podeszłym wieku zaobserwowano silną zależność pomiędzy poziomem akceptacji choroby a stanem funkcjonalnym oraz ich zmianom w czasie.
2. Stopień akceptacji choroby uległ poprawie po 3-tygodniowej fizjoterapii, szczególnie w grupie pacjentów po złamaniach.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Joanna Kowalska

Katedra Fizjoterapii i Terapii Zajęciowej w Medycynie Zachowawczej i Zabiegowej

Wydział Fizjoterapii AWF Wrocław

Al. J. Paderewskiego 35; 51-612 Wrocław

☎ (+48 71) 347 35 22

✉ joanna.kowalska@awf.wroc.pl

Piśmiennictwo

1. Jasielska A. Funkcjonowanie emocjonalne osób w wieku 60–85 lat na przykładzie regulacji emocji. *Gerontol Pol* 2011, 19 (2):112-8.
2. Maciejuk-Płońska A, Nasiłowska-Barud A, Kostecka P i wsp. Psychologiczne aspekty rehabilitacji osób starszych po złamaniu szyjki kości udowej. *Pol Merk Lek* 2012;32(187):79-81.
3. Mielczarek A. Człowiek starszy w rodzinie i w placówce opiekuńczej. *Medi Forum opieki długoterminowej* 2009;1(39):21-5.
4. Niedzielski A, Humeniuk E, Błaziak P i wsp. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. *Wiad Lek* 2007;60(5-6):224-7.
5. Marzec A, Andruszkiewicz A, Banaszekiewicz M. Poczucie koherencji, akceptacja choroby a funkcjonowanie w chorobie przewlekłej osób chorych na chorobę nerek i chorych na cukrzycę, hemodializowanych – doniesienie wstępne. *Pielęg XXI w* 2011; 2(35):51-6.
6. Mąciak D, Fijałkowska S, Nycz K. Valuing crisis, acceptance of illness and social support among persons suffering from lung cancer. *Współcz Onkol* 2011;15(6):376-80.
7. Painter P. Physical functioning in end-stage renal disease patients: Update 2005. *Hemodial Int* 2005;9:218-35.
8. Felton B, Revenson T. Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *J Consult Clin Psychol* 1984;52:343-53.
9. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologii; 2001. str. 168-172..
10. Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J* 1965;14:61-5.
11. Dałek B, Czernicki J. Testy w ocenie sprawności funkcjonalnej pacjentów w wieku podeszłym. *Fizjoterapia* 1999;7(4):46-50.
12. Józefowska H, Majda A. Zasoby osobiste i wskaźniki kliniczne u pacjentów z POChP. *Onkologia Info* 2010;7(1):11-8.
13. Knapik A, Rottermund J, Myśliwiec A i wsp. Aktywność fizyczna a samoocena zdrowia osób w starszym wieku. *Prz Med Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2011;2:195-204.
14. Kunikowska B, Lewandowska M, Glińska J i wsp. Analiza porównawcza jakości życia chorych z różnymi dysfunkcjami narządu ruchu. *Kwart Ortop* 2011;4:329.
15. Szczepańska-Gieracha J, Kowalska J, Rymaszevska J. Skuteczność fizjoterapii w przypadku osób starszych usprawnianych w warunkach zakładu opiekuńczo-leczniczego: badania pilotażowe. *Gerontol Pol* 2010;18(1):41-7.
16. Kamusińska E, Rojowska A. Akceptacja niepełnosprawności przez osoby po przebytych udarach mózgu. Kielce: Studia Medyczne 2012;25(1):37-42.