

Piotr Pyrcz, Grzegorz Przysada, Mariola Kędra, Małgorzata Majka-Sibiga

Realizacja zaleceń lekarskich przez pacjentów wypisanych z oddziału rehabilitacji

Z Klinicznego Oddziału Rehabilitacji z Pododdziałem Wczesnej Rehabilitacji
Neurologicznej Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie
Z Instytutu Fizjoterapii Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego

Rehabilitacja, a zwłaszcza rehabilitacja w chorobach neurologicznych jest procesem żmudnym, trudnym i długotrwałym. Wymaga ona zaangażowania nie tylko całego zespołu rehabilitacyjnego, lecz także samych pacjentów oraz ich rodzin. Każdy pacjent hospitalizowany w oddziale rehabilitacji przy wypisie otrzymuje kartę informacyjną, która zawiera zalecenia lekarskie dotyczące dalszego postępowania dla pacjenta i jego rodziny. Są to zalecenia dotyczące kontynuacji kinezyterapii, przyjmowania leków, diety, specjalistycznych wizyt kontrolnych oraz trybu życia.

Celem pracy jest przeanalizowanie, w jakim zakresie pacjenci z niedowładem połowicznym wypisywani do domu z klinicznego oddziału rehabilitacji realizują zalecenia dotyczące dalszego postępowania, oraz w jakim stopniu wykonywanie tych zaleceń jest uwarunkowane czynnikami społecznymi.

Badaniem ankietowym objęto 183 pacjentów z niedowładem połowicznym rehabilitowanych w klinicznym oddziale rehabilitacji w okresie 6 miesięcy 2008 roku. Do badań wykorzystano ankietę autorską składającą się z 20 pytań.

Z badania wynika, że czynniki społeczne determinują realizację zaleceń lekarskich.

Słowa kluczowe: udar mózgu, rehabilitacja, realizacja zaleceń lekarskich.

Carrying out doctor's orders by patients with hemiparesis rehabilitated at the rehabilitation department in 2008

Rehabilitation and in particular rehabilitation in neurological diseases is a laborious, difficult and long-lasting process. It requires involvement of not only the whole rehabilitation team but also patients themselves and their families. When discharged, each patient hospitalized at the Rehabilitation Department receives a data sheet including doctor's orders regarding further procedures for the patient and his family. These are orders concerning the continuation of kinesitherapy, medicine taking, diet, consultant's checks and lifestyle.

The aim of this thesis is to analyze the extent to which patients with hemiparesis discharged from the Rehabilitation Department carry out the orders for further procedures and the extent to which carrying such orders is determined by social factors.

The hypothesis formulated was that older, poorly-educated people living in the county are less likely to carry out doctor's orders, which have an effect on their independence and a general health condition.

The questionnaire survey covered 146 patients with hemiparesis rehabilitated at the rehabilitation department in 2008. A self-prepared questionnaire consisting of 20 questions was used for conducting the survey.

From the questionnaires received back it appears that social factors determine the extent to which doctor's orders are carried out.

Key words: *cerebral stroke, rehabilitation, carrying out doctor's order.*

Rehabilitacja neurologiczna jest procesem zmuszonym i długotrwałym. W celu osiągnięcia zamierzonego celu wymagane jest zaangażowanie nie tylko zespołu rehabilitacyjnego, lecz także rodziny pacjenta, a przede wszystkim świadomego uczestnictwa pacjenta w tym procesie [1]. Przestrzeganie zaleceń lekarskich jest kluczowym warunkiem efektywnej terapii. Według różnych autorów, najlepszą współpracę pacjenta z personelem medycznym obserwuje się w stanach ostrych, krótkotrwałych i przebiegających z bólem. Realizacja zaleceń lekarskich to nie tylko terminowe przyjmowanie leków, lecz całościowe akceptowanie instrukcji medycznych. Zachowania te wiążą się z zażywaniem leków, stosowaniem diety, wykonywaniem gimnastyki leczniczej oraz zmianą stylu życia korespondującą z rekomendacjami prowadzącego terapię. Wymaga to od pacjenta świadomości i zgody w odniesieniu do rekomendacji [1]. Pacjent staje się wówczas aktywnym partnerem lekarza i zespołu leczącego. W literaturze fachowej wymienianych jest 5 rodzajów determinatów wpływających na stopień realizacji zaleceń medycznych: społeczne i ekonomiczne, związane z opieką medyczną, związane z kontekstem choroby (*condition-related factors*), związane z możliwościami terapii oraz związane bezpośrednio z pacjentem i jego zachowaniem [4].

Zadaniem lekarza i innych pracowników opieki medycznej jest zwrócenie uwagi na przestrzeganie zaleceń. Ważne jest, aby nie straszyć chorego konsekwencjami braku współpracy, lecz podkreślać korzyści z niej wynikające [5]. Podejmowane są próby włączenia schematów terapeutycznych w cykl stałych czynności dnia codzien-

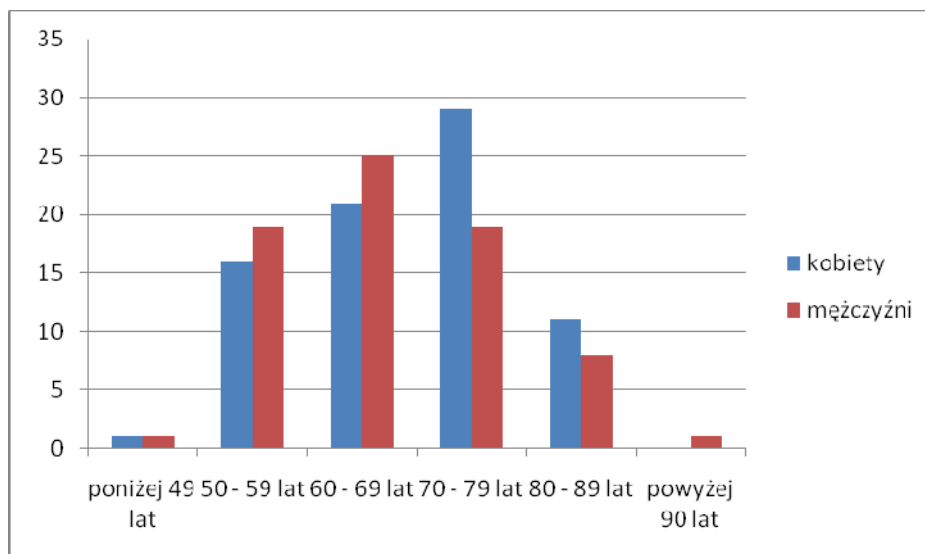
nego, aby wytworzyć rodzaj odruchu warunkowego [1]. Nieprzestrzeganie zaleceń medycznych zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań chorobowych oraz podnosi koszty leczenia [6, 7]. Jedną z teorii wyjaśniających brak współpracy pacjenta z personelem medycznym jest opisana przez Brehma teoria reaktancji [2]. Jest to teoria utrzymania swobody działania i wolności wyboru. Proces leczenia narzuca pewną dyscyplinę i ograniczenia. Aby utrzymać wolność wyboru i swobodę działania pacjenci często negatywnie odnoszą się do zaleceń personelu medycznego, zarzucając często niekompetencję i nieudolność.

Literatura fachowa dotycząca realizacji zaleceń lekarskich przez pacjentów jest stosunkowo niewielka. Dotyczy głównie problematyki związanej z leczeniem chorób wewnętrznych: nadciśnienia tętniczego krwi, cukrzycy i POChP.

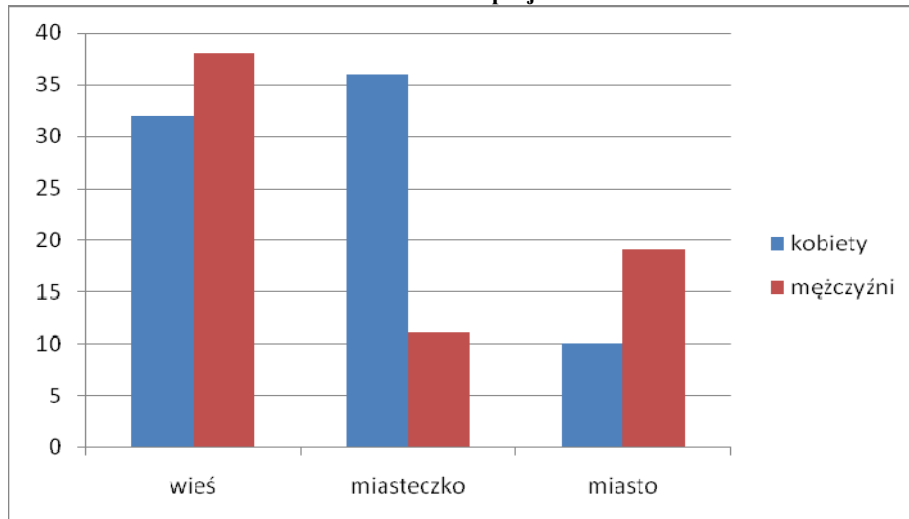
Celem pracy jest próba wyjaśnienia, które czynniki społeczne decydują o stopniu realizacji zaleceń lekarskich.

MATERIAŁ I METODA

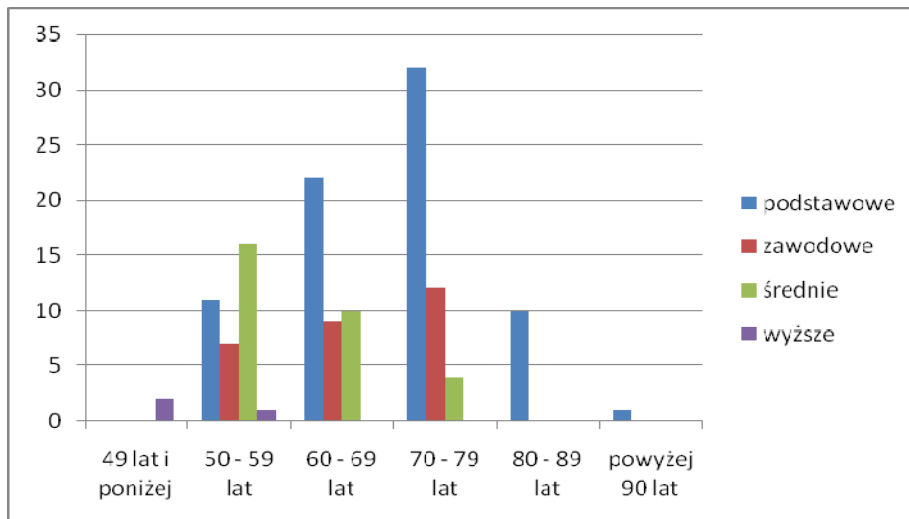
Do przeprowadzenia badań wybrano grupę 183 pacjentów leczonych w I półroczu 2008 roku w oddziale rehabilitacji z powodu niedowładu połowicznego będącego następstwem udaru mózgu. Badanie przeprowadzono za pomocą ankiety anonimowej własnej konstrukcji zawierającej 20 pytań. Ankiety wysłano pocztą, a odpowiedzi uzyskano od 146 pacjentów (78 kobiet i 68 mężczyzn). Wiek respondentów wahał się w granicach od 49 do 91 lat; średnia wieku wynosiła 72 lata (ryc. 1).



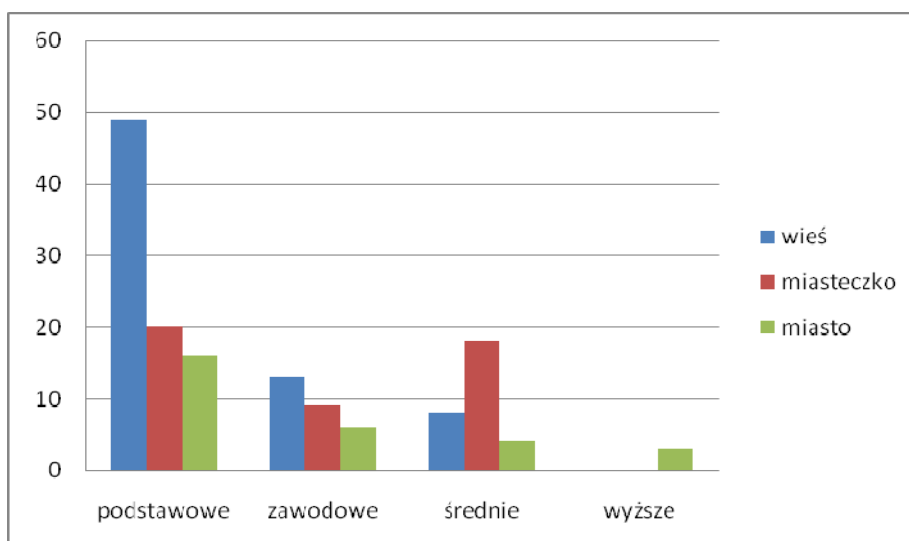
RYC. 1. Wiek pacjentów



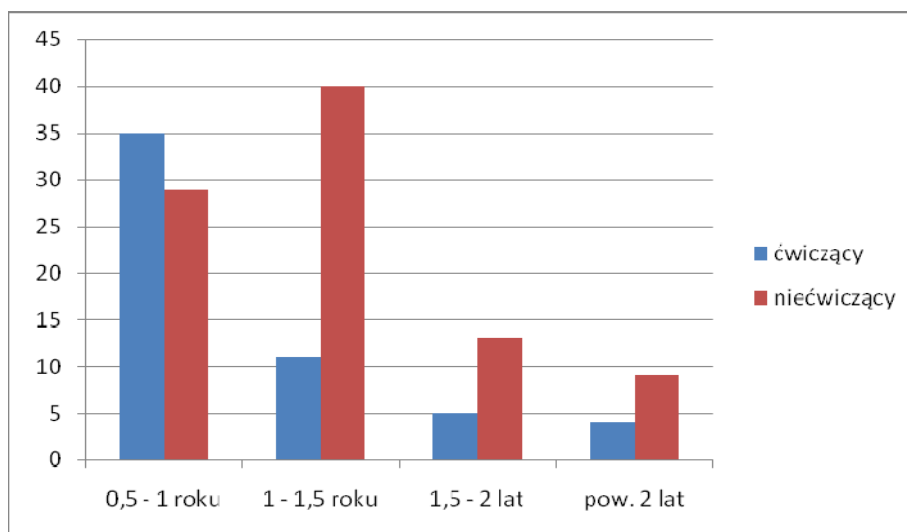
RYC. 2. Pacjenci ze względu na miejsce zamieszkania



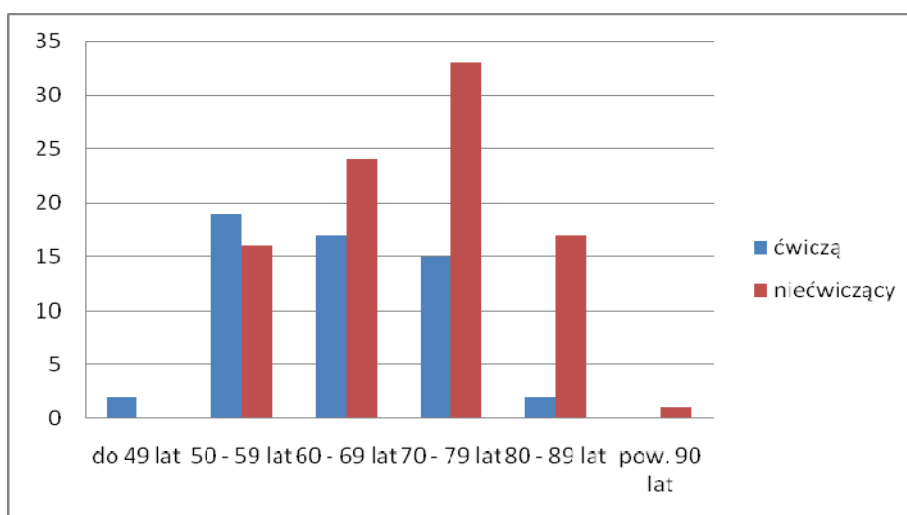
RYC. 3. Pacjenci – wykształcenie a wiek



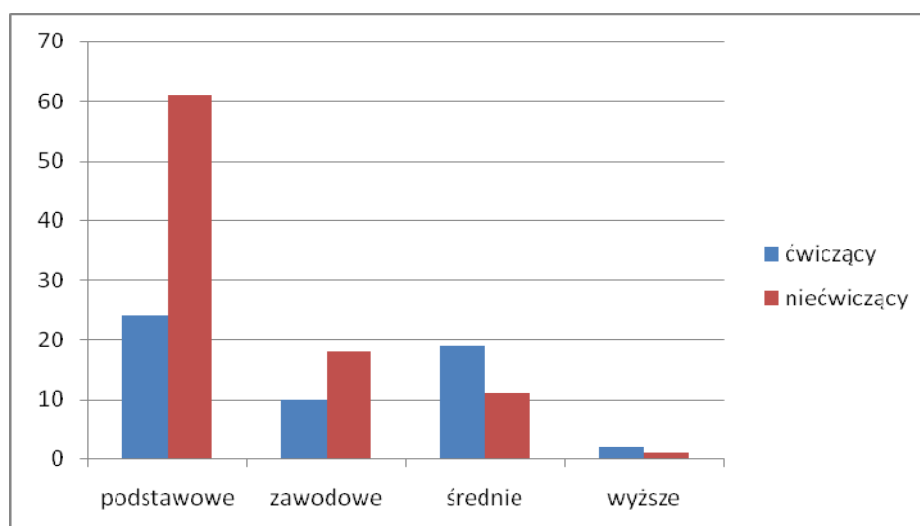
RYC. 4. Pacjenci – wykształcenie a miejsce zamieszkania



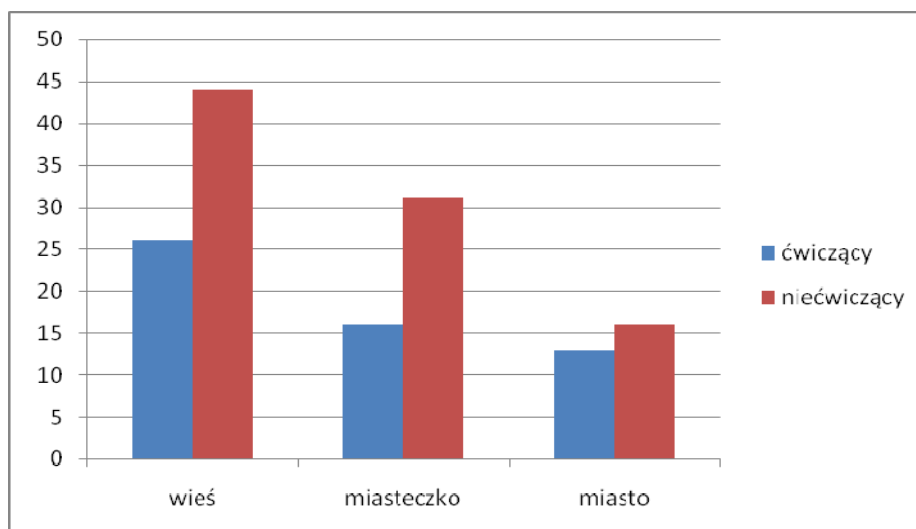
RYC. 5. Pacjenci ćwiczący w zależności od czasu od wystąpienia udaru



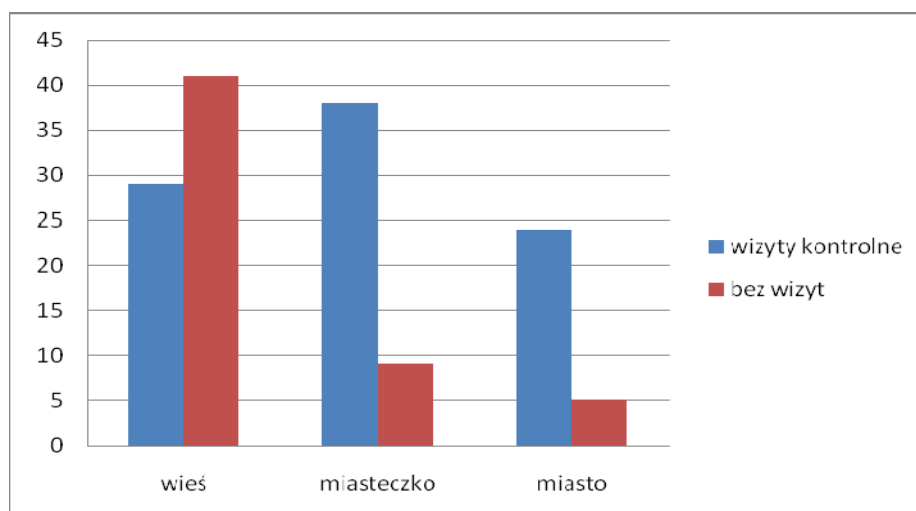
RYC. 6. Pacjenci ćwiczący w zależności od wieku



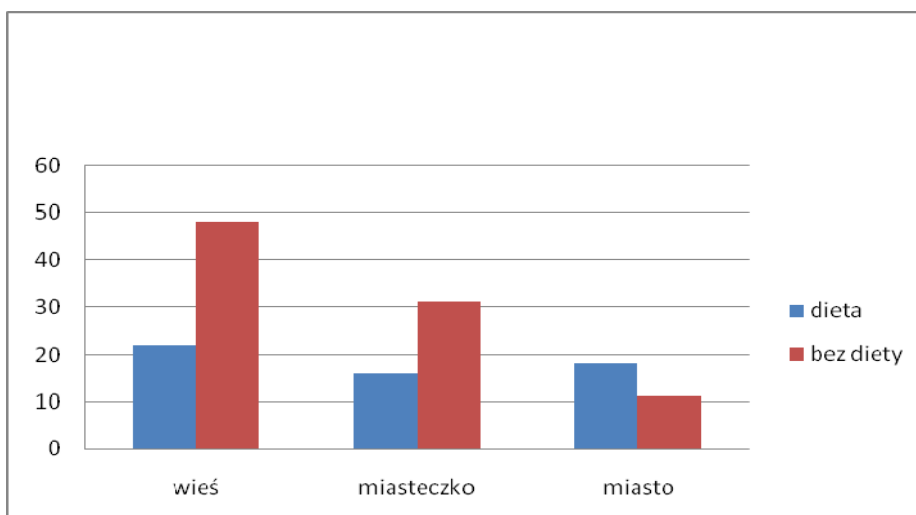
RYC. 7. Pacjenci ćwiczący w zależności od wykształcenia



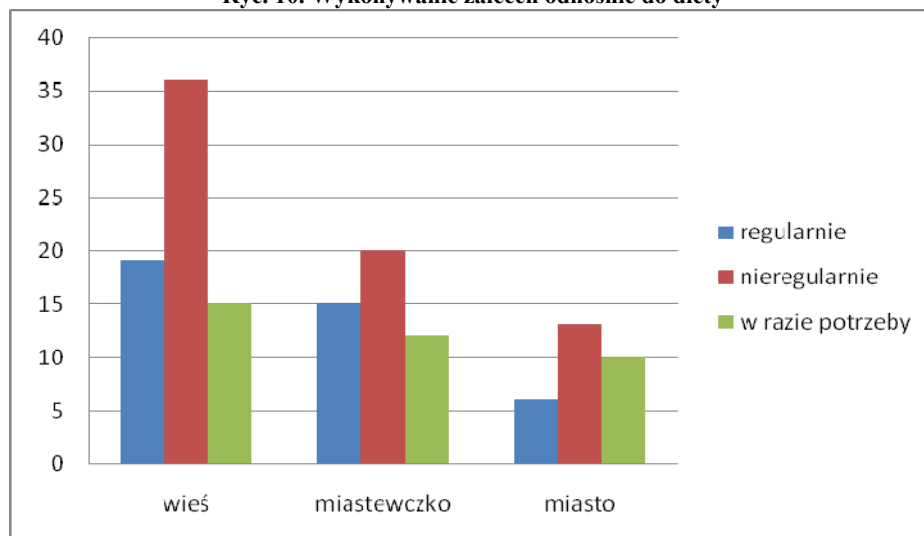
Ryc. 8. Pacjenci ćwiczący w zależności od miejsca zamieszkania



Ryc. 9. Wizyty kontrolne a miejsce zamieszkania



Ryc. 10. Wykonywanie zaleceń odnośnie do diety



Ryc. 11. Leki – zalecenia - miejsce zamieszkania

Pacjentów ze względu na miejsce zamieszkania podzielono na 3 grupy:

- miasto – obejmująca 4 główne miasta regionu Krosno, Przemyśl, Rzeszów, Tarnobrzeg (dawne miasta wojewódzkie);
- miasteczko – pozostałe miejscowości posiadające prawa miejskie;
- wieś.

Największą grupę ankietowanych stanowili mieszkańcy wsi, natomiast najmniejsza grupa to mieszkańcy miast (ryc. 2).

W badanej grupie najwięcej osób było z wykształceniem podstawowym, najmniej zaś legitymowało się ukończeniem studiów wyższych. W badanej grupie starsi pacjenci mieli wykształcenie podstawowe. Strukturę wykształcenia w stosunku do wieku przedstawia ryc. 3.

Mieszkańcy wsi legitymowali się niższym wykształceniem niż mieszkańcy miast. Strukturę wykształcenia w stosunku do miejsca zamieszkania przedstawia ryc. 4.

Wyodrębniono 4 rodzaje zaleceń lekarskich:

- kontynuacja wyuczonych ćwiczeń;
- przyjmowanie przepisanych leków (farmakoterapia);
- przestrzeganie diety;
- okresowa kontrola w poradni rehabilitacyjnej.

Te zalecenia są odnotowywane na kartach informacyjnych pacjentów wypisywanych z oddziału.

WYNIKI I OMÓWIENIE

Realizacja zaleceń lekarskich w badanej grupie przebiegała różnie. Zależała ona zarówno od rodzaju zaleceń, jak i od zmiennych środowisko-

wych, takich jak wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania czy czas od wystąpienia udaru. Badane typy zaleceń są realizowane lepiej we wczesnym okresie od wystąpienia udaru. Najwyraźniej daje się zauważyć tę tendencję w przypadku ćwiczeń usprawniających (ryc. 5).

Utrzymujący się stosunkowo niski poziom niećwiczących w grupie do pierwszego roku po udarze, wzrasta trzykrotnie w grupie od 1 do 1,5 roku po wystąpieniu udaru. Autorzy sugerują, że jest to spowodowane zniechęceniem sporej grupy pacjentów i ich rodzin brakiem spodziewanych rezultatów. Kontynuacja zaleconych ćwiczeń jest najgorzej realizowanym zaleceniem lekarskim w badanej grupie. Nie ćwiczą głównie osoby w podeszłym wieku, natomiast w grupie wiekowej do 59 lat przeważają osoby ćwiczące (ryc. 6).

Programu ćwiczeń leczniczych nie realizują przeważnie osoby z niskim wykształceniem (ryc. 7) i mieszkańcy wsi (ryc. 8). W miastach przeważają również osoby niećwiczące, ale odsetek osób ćwiczących jest większy.

Najczęściej podawaną przyczyną zaniechania ćwiczeń jest brak oczekiwanych rezultatów. Mieszkańcy wsi z badanej grupy najrzadziej realizują zalecenia okresowej kontroli w poradni rehabilitacyjnej (ryc. 9).

Może to świadczyć o braku specjalistów z dziedziny rehabilitacji w małych ośrodkach. Ten problem rozwiązywała działająca w latach dziewięćdziesiątych Rehabilitacyjna Ekspedycja Wyjazdowa, której działalność została niestety zakończona ze względu na brak funduszy. Większość badanej grupy nie stosuje się do zmiany diety (ryc. 10).

Przyczyną są głęboko zakorzenione niewłaściwe nawyki żywieniowe oraz przekonanie panujące zwłaszcza wśród osób starszych, że jedzenie niskokaloryczne jest synonimem ubóstwa, oraz że chory musi dużo i dobrze jeść. Stosunkowo najlepiej realizowanym zaleceniem jest przyjmowanie leków (ryc. 11).

Może to świadczyć o przeświadczeniu ankietowanych o tym, że tabletki pomogą na wszystko. Ponadto, aby wykonać określone ćwiczenia potrzebne jest odpowiednio przygotowane miejsce, i często pomoc drugiej osoby. Natomiast połknięcie tabletki (lekarstwa) nie wymaga większego zaangażowania.

WNIOSKI

1. Zalecenia lekarskie dotyczące kontynuacji w warunkach domowych wyuczonych ćwiczeń są realizowane w niewielkim stopniu, zwłaszcza po upływie pierwszego roku od wystąpienia udaru i u osób w starszym wieku.
2. Na wizyty kontrolne w poradni rehabilitacyjnej rzadziej zgłaszają się pacjenci zamieszkujący wiejskie obszary niż pacjenci z miast
3. Wskazane jest, aby w trakcie hospitalizacji chorych w oddziale uczyć ich rodziny i opiekunów pomocy w systematycznym i prawidłowym wykonywaniu ćwiczeń leczniczych.
4. Należy w większym zakresie dążyć do tworzenia poradni rehabilitacyjnych na obszarach

gmin wiejskich województwa podkarpackiego.

PIŚMIENNICTWO

1. Cofta S.: *Przestrzeganie zaleceń medycznych w leczeniu schorzeń pulmonologicznych*, Przewodnik Lekarza 2008 77–80.
2. Gaciong Z.: *Adherence, compliance, persistence – współpraca, zgodność, wytrwałość – podstawowy warunek sukcesu terapii*, Medycyna po Dyplomie. Marzec 2008. 8–12.
3. Kuna P.: *Problem współpracy lekarz-pacjent u chorych na astmę oskrzelową*, Medycyna po Dyplomie. Marzec 2008. 25–30.
4. Mokrowiecka A.: *Współpraca pacjenta w leczeniu chorób przewodu pokarmowego*, Medycyna po Dyplomie. Marzec 2008., 21–24.
5. Pietras T.: *Problemy współpracy lekarz – pacjent u chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP)*, Medycyna po Dyplomie, Marzec 2008, 31–33.
6. Sewerynek E.: *Czynniki wpływające na przestrzeganie zasad terapii i efektywność leczenia osteoporozy – rola współpracy lekarz – pacjent*, Medycyna po Dyplomie. Marzec 2008. 39–41.
7. Szulc R.: *Zagrożenia relacji lekarz-pacjent we współczesnej praktyce medycznej*, Medycyna Praktyczna 6/2008.

Piotr Pyrcz
Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny nr 2

Praca wpłynęła do Redakcji: 11 sierpnia 2009
Zaakceptowano do druku: 28 sierpnia 2009