

Joanna Przeszłowska

Znaczenie rehabilitacji w chorobie Parkinsona w ocenie pacjentów

Z Instytutu Fizjoterapii Uniwersytetu Rzeszowskiego

Celem pracy jest ocena rehabilitacji oraz zbadanie znaczenia rehabilitacji w chorobie Parkinsona w ocenie pacjentów.

Materiał i metoda: Grupę badaną stanowi 47 pacjentów z rozpoznaną chorobą Parkinsona, w tym 23 pacjentów z Rzeszowa oraz 24 pacjentów ze Stowarzyszeń Osób z Chorobą Parkinsona. W badaniu została wykorzystana ankieta oraz skala Webster-Rating-Scale.

Wyniki: Z analizy wynika, że rehabilitacja w ocenie pacjentów ma duże znaczenie w chorobie Parkinsona. Wiek oraz czas trwania choroby mają wpływ na ocenę rehabilitacji. Nie jest ona zależna od płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia, stanu cywilnego oraz stopnia ciężkości choroby określonego za pomocą skali Webstera. Pacjenci ze stowarzyszeń wskazują na większe znaczenie rehabilitacji oraz regularnie z niej korzystają. Wykazali oni wyższą ocenę rehabilitacji w porównaniu do pacjentów z Rzeszowa.

Wnioski: Rehabilitacja ma duże znaczenie w leczeniu choroby Parkinsona, a ocena rehabilitacji jest zależna od wieku i czasu trwania choroby. Istnieje potrzeba stworzenia stowarzyszenia dla osób z chorobą Parkinsona w Rzeszowie. Takie instytucje są pomocne w dostarczaniu informacji oraz zapewniają lepszy dostęp do rehabilitacji dla osób chorych.

Słowa kluczowe: choroba Parkinsona, rehabilitacja, ocena rehabilitacji, stowarzyszenia

The importance of rehabilitation in Parkinson's disease in the patients' evaluation

The aim of the thesis: The aim of the thesis was the physical rehabilitation appraisal as well as assessment of the significance of the physical rehabilitation in Parkinson's disease in patients' rating.

Materials and methods: In the study, 47 patients were analyzed with identified Parkinson's disease. Among them 23 patients from Rzeszów, 24 patients from associations for patients with Parkinsons' disease. In the research the author's questionnaire and the Weber-Rating Scale were used.

The results: As it can be seen from the analysis, the physical rehabilitation in the patient rating has a great importance in the Parkinson disease treatment. The age of patients and the time of the disease have an influence on the estimation of the physical rehabilitation. It has no relation to the gender, place of residence, educational background, civil status and the degree of the Parkinson disease that was estimated by the Weber scale. The patients from the associations indicate the greater meaning of the physical rehabilitation. They gave greater evaluation of the rehabilitation in comparison to patients from Rzeszów.

Conclusions: The physical rehabilitation has got an unquestionable importance in medical treatment of the Parkinson disease. The rehabilitation appraisal depends on the age and the time of the dis-

ease. The institutions like patients' associations are helpful in supplying information and provide better access to rehabilitation for the sick.

Key words: Parkinson Disease, physical rehabilitation, rehabilitation appraisal, patient associations

Choroba Parkinsona (PD – Parkinson's Disease) jest jedną z najczęstszych, przewlekle postępujących chorób zwyrodnieniowych ośrodkowego układu nerwowego, która nie skraca życia, ale powoduje stopniowe upośledzenie czynności ruchowych utrudniających codzienne funkcjonowanie [1].

Pod pojęciem rehabilitacji według definicji Światowej Organizacji Zdrowia rozumie się 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 [2].

Rehabilitacja jest bardzo ważnym elementem kompleksowego leczenia choroby Parkinsona. Według Wiktora Degi „Ruch jako lek, nie ma substancji ani opakowania. Substancją tego leku jest pomysł zrodzony z nauki i doświadczenia. Jego podanie wymaga prawdziwego mistrzostwa. Przekazanie go choremu wraz z osobowością i sercem czyni ten lek niezastąpionym” [3].

Rehabilitacja jako składowa kompleksowego leczenia choroby Parkinsona stanowi ogromną wartość dla osób chorych. Uzyskane wyniki badań własnych wykazały, że pacjenci w większości badanej populacji wskazują na duże znaczenie rehabilitacji w pokonywaniu trudności, jakie stawia przed nimi choroba. W grupie badanej 67% pacjentów dostrzega widoczne korzyści rehabilitacji oraz aż 94% jej korzystny wpływ na walkę z chorobą.

Z wielu badań wynika, że rehabilitacja wpływa na zmniejszenie wskaźnika umieralności, poprawę ogólnej sprawności, utrzymanie zdolności do ćwiczeń fizycznych i większej wydolności [4]. Wszelkie badania dowodzą, że korzystne jest jak najwcześniejsze rozpoczęcie terapii [5]. Zgodnie z Guide to Physical Therapist Practice głównym zadaniem fizjoterapeuty w zespołach wielodyscyplinarnych jest uczenie osób z chorobą Parkinsona strategii radzenia sobie z utrudnieniami i niepełnosprawnością [6].

W literaturze znajdują się liczne doniesienia potwierdzające duże znaczenie rehabilitacji w chorobie Parkinsona [7, 8, 9, 10]. Badania przeprowadzone przez Schenkmana i wsp. wskazują, że ćwiczenia wzmacniające odpowiednich mięśni synergistycznych, a także ćwiczenia relaksacji w celu zwiększenia długości mięśni

i koordynacji wpłynęły korzystnie na funkcję 46 osób z chorobą Parkinsona [11].

Badacze, którzy dokonali pomiarów biomechanicznych różnych czynności w odpowiedzi na działanie leczenia rehabilitacyjnego wykazali, że może być to metoda leczenia klinicznego choroby Parkinsona [12, 13].

Pomoc w rehabilitacji niosą Stowarzyszenia Osób z Chorobą Parkinsona. Zapewniają osobom chorym dostęp do rehabilitacji jako składowej kompleksowego leczenia. Dzięki ich istnieniu chorzy mogą zwiększyć swoją wiedzę na temat choroby, która ich dotknęła i w większym stopniu przyczynić się do dbania o własne zdrowie.

CEL PRACY

Celem pracy jest ocena rehabilitacji oraz zbadanie znaczenia rehabilitacji w chorobie Parkinsona w ocenie pacjentów, jak również porównanie rehabilitacji pacjentów zamieszkałych w Rzeszowie z pacjentami, którzy są członkami Stowarzyszeń Osób z Chorobą Parkinsona.

MATERIAŁ I METODY

W pracy przedstawiono rezultaty badań 47 pacjentów z chorobą Parkinsona. W grupie badanej znajduje się 19 kobiet, i 28 mężczyzn. Wiek badanych mieści się w przedziale od 51–84 lat, średnia wieku wynosiła 69 lat. W badaniach wzięło udział 15 pacjentów z rejonów wiejskich oraz 32 pacjentów pochodzących z miasta. Wśród badanych znajduje się 39 mężatek/zonatyh oraz 8 pacjentów w stanie wolnym. Chorzy z wykształceniem wyższym stanowią 40% populacji (19 pacjentów). Wykształcenie średnie posiada 43% badanej populacji (20 pacjentów), natomiast pacjenci z wykształceniem podstawowym stanowią 17% badanych (8 pacjentów).

Stadium wczesnego zaawansowania choroby Parkinsona ocenione za pomocą skali Webstera wystąpiło u 16 pacjentów. Umiarkowanie nasiloną niepełnosprawność stwierdzono u 26 pacjentów, natomiast ciężką i zaawansowaną niepełnosprawność u 5 pacjentów.

Badaną populację podzielono na dwie grupy. Kryterium podziału stanowi miejsce, w którym były prowadzone badania. Pierwszą grupę stanowią pacjenci z Rzeszowa i okolic. Badania przeprowadzono w Szpitalu Wojewódzkim nr 2, w Szpitalu Powiatowym w Łańcucie, w Wojewódzkim Zespole Specjalistycznym w Rzeszowie na ulicy Warzywnej, Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Rudek. W tej grupie znajduje się 23 pacjentów.

Drugą grupę stanowią pacjenci z okolic Krakowa i Warszawy uczestniczący w spotkaniach Krakowskiego oraz Stołecznego Stowarzyszenia Osób z Chorobą Parkinsona. W celu przeprowadzenia badań udano się na spotkanie do Krakowskiego Stowarzyszenia Osób z Chorobą Parkinsona oraz Stołecznego Stowarzyszenia Osób z Chorobą Parkinsona. Łącznie w tej grupie przebadano 24 pacjentów.

Kryteria zakwalifikowania stanowią:

- zgoda pacjenta na przeprowadzenie badań
- styczność pacjenta z rehabilitacją w czasie trwania choroby

Kryteria eliminacji stanowią:

- brak zgody pacjenta na przeprowadzenie badań
- brak korzystania z rehabilitacji przez pacjenta w czasie trwania choroby.

W celach badawczych do pracy magisterskiej posłużono się ankietą oraz skalą Webster-Rating-Scale.

Skala Webster-Rating-Scale służy do oceny stopnia ciężkości choroby Parkinsona. Ocenia pojedyncze objawy. Za pomocą tej skali zostały przebadane takie elementy jak bradykineza rąk, sztywność, postawa, balans kończynami, chód, drżenie, twarz, łojotok, mowa, samodzielność.

Każdy z wyżej wymienionych elementów jest dokładnie określony w skali i ma przypisaną wartość, w zależności od stopnia jego zaburzenia. Stopień niepełnosprawności określa się na podstawie zsumowania wartości wszystkich badanych elementów. Skala określa przedział punktowy stopnia zaawansowania niepełnosprawności osób z chorobą Parkinsona.

Ankieta użyta do pracy jest ankietą anonimową. Zawiera pytania dotyczące danych osobowych pacjenta, typowych objawów występujących w chorobie Parkinsona oraz rehabilitacji.

W celu sprawdzenia istotności przeprowadzonych badań posłużono się testem kolejności par Wilcoxona, testem U Manna-Whitneya oraz Anova rang Kruskala-Wallisa.

WYNIKI

Spośród badanych 62% wskazuje na duże znaczenie rehabilitacji. Według 30% pacjentów rehabilitacja nie jest wystarczającą metodą leczenia choroby Parkinsona. Na małe znaczenie rehabilitacji wskazuje zaledwie 8% badanych (ryc. 1). W zakresie oceny znaczenia rehabilitacji 25 pacjentów pochodzących z miast wskazuje na duże znaczenie rehabilitacji, co stanowi 78% badanych. W przypadku pacjentów pochodzących z rejonów

wiejskich duże znaczenie rehabilitacji wskazało 27% badanych (4 osoby). Mężatki/zonaci wskazują na duże znaczenie rehabilitacji w 64%. W przypadku pacjentów w stanie wolnym (wdowa/ wdowiec, kawaler/panna) na duże znaczenie rehabilitacji wskazało 50% badanych. Z analizy wyników dotyczącej oceny znaczenia rehabilitacji zależnej od wykształcenia wynika, że osoby z wykształceniem wyższym wskazują na duże znaczenie rehabilitacji w chorobie Parkinsona (79%). Pacjenci z wykształceniem średnim również wskazują na duże znaczenie rehabilitacji (60%). W przypadku badanych z wykształceniem podstawowym zaledwie 25% stwierdza, że rehabilitacja ma duże znaczenie. We wczesnym stadium zaawansowania choroby na duże znaczenie rehabilitacji wskazuje 75%, w stadium umiarkowanym 62% badanych. Natomiast wśród pacjentów z ciężką i zaawansowaną niepełnosprawnością zaledwie 20% badanych wskazuje na duże znaczenie rehabilitacji.

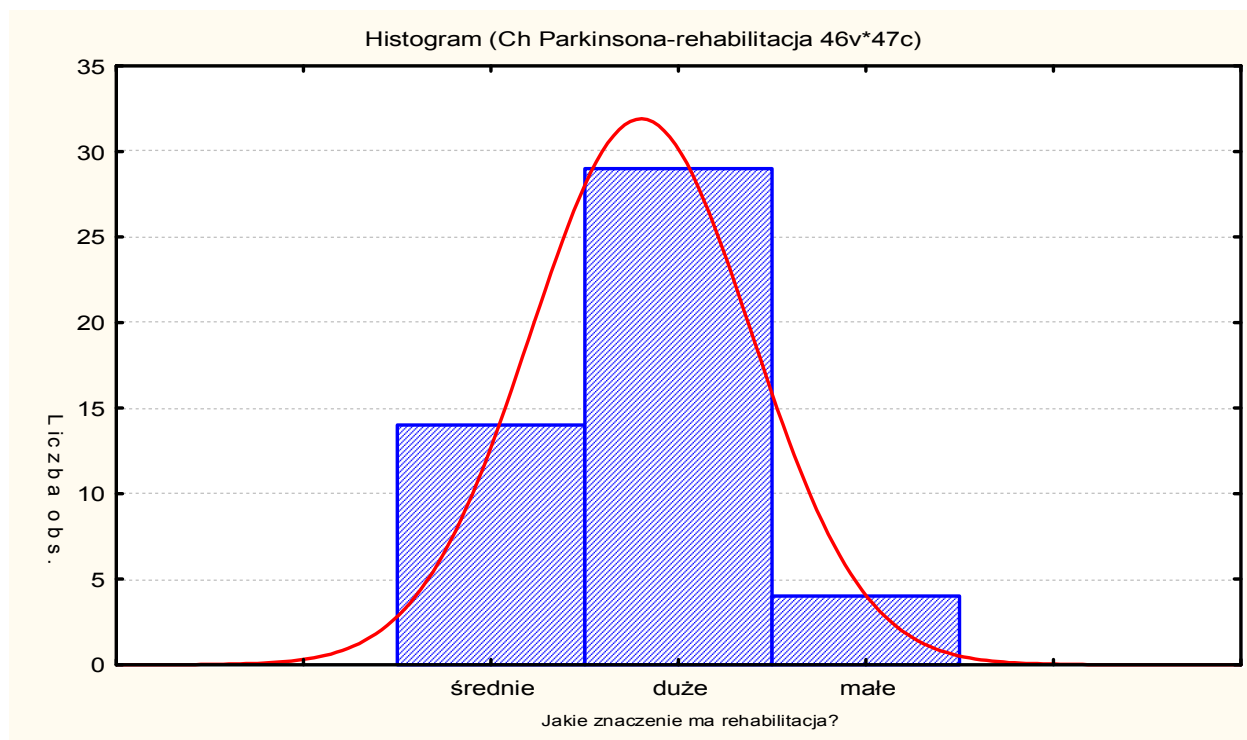
W ocenie braków w rehabilitacji w stosunku do osób z chorobą Parkinsona zaledwie 36% badanych wskazuje na poprawny system rehabilitacji. 23% badanych stwierdziło braki w dostępie do rehabilitacji. Według 19% badanych brak jest informacji o rehabilitacji dla osób z chorobą Parkinsona, natomiast 15% badanych wskazało na brak powszechności stosowania rehabilitacji. Brak odpowiedniego przeszkolenia rehabilitantów do pracy z chorymi na Parkinsona stwierdza 6% pacjentów (ryc. 2). Ogólna ocena rehabilitacji jest zależna od wieku i czasu trwania choroby (tab. 1). Zależność ta jest istotna statystycznie. W celu sprawdzenia istotności badania wykorzystano test kolejności par Wilcoxona.

Ocena rehabilitacji nie jest zależna od płci (tab. 2). Test U Manna-Whitneya nie wykazał istotności statystycznej. Zarówno kobiety jak i mężczyźni wykazują podobny poziom rehabilitacji.

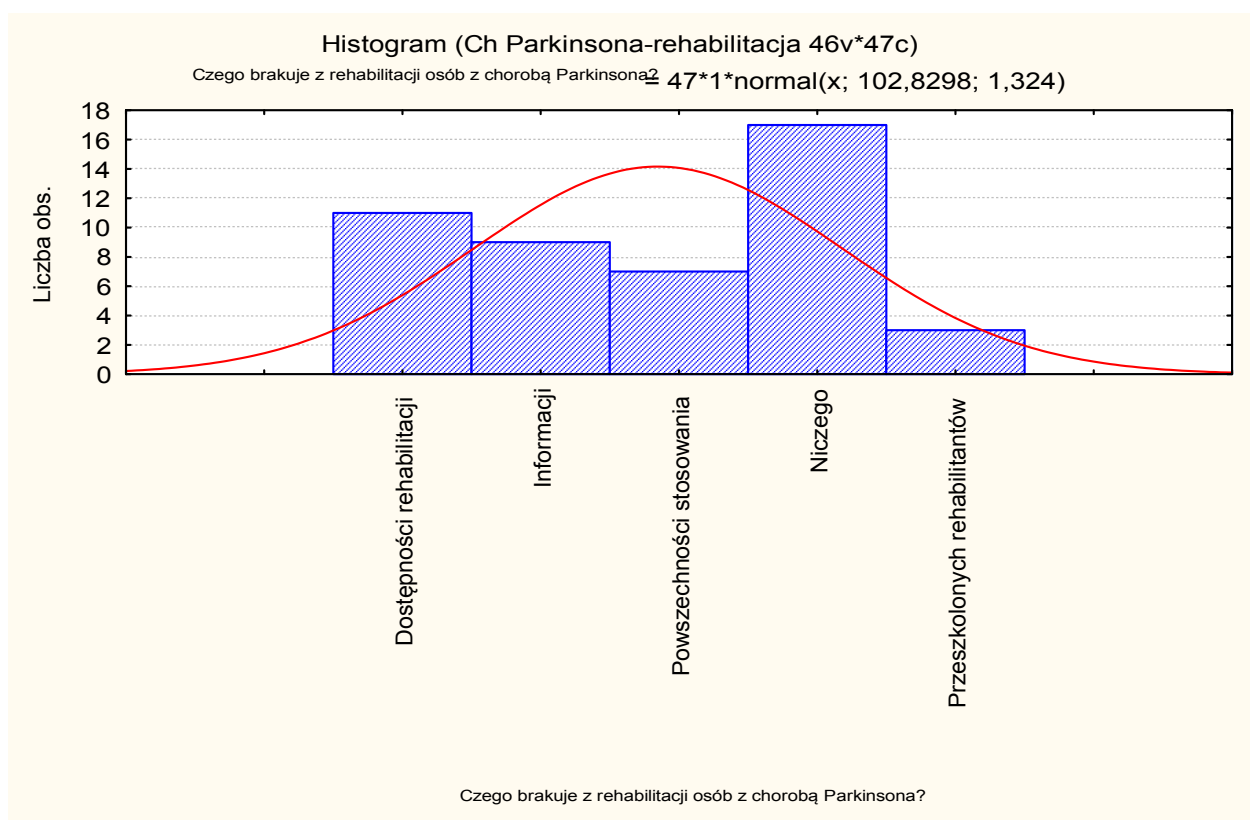
Ocena rehabilitacji nie jest zależna od miejsca zamieszkania (tab. 3). Test U Manna-Whitneya nie wykazał istotności statystycznej. Różnice w rehabilitacji między pacjentami pochodzącymi z miasta i z rejonów wiejskich nie są na tyle duże, aby były istotne statystycznie.

Ocena rehabilitacji nie jest zależna od stanu cywilnego (tab. 4). Test U Manna-Whitneya nie wykazał istotności statystycznej. Zarówno mężatki/zonaci jak i pacjenci w stanie wolnym wykazują podobny poziom rehabilitacji.

Ocena rehabilitacji nie jest zależna od wykształcenia (tab. 5). Test U Manna-Whitneya nie wykazał istotności statystycznej.



RYC. 1. Znaczenie rehabilitacji w chorobie Parkinsona w ocenie pacjentów
FIG. 1. The importance of rehabilitation in Parkinson's disease in the patients' evaluation



RYC. 2. Ocena braków w rehabilitacji
FIG. 2. Assessment of shortages in rehabilitation

TABELA 1. Wpływ wieku i czasu trwania choroby na ocenę rehabilitacji
TABLE 1. Effect of age and disease duration to assess rehabilitation

Para zmiennych	Test kolejności par Wilcoxon (Choroba Parkinsona – rehabilitacja)			
	Zaznaczone wyniki są istotne z $p < 0,05$			
	N ważnych	T	Z	poziom p
Wiek & ocena	47	0,00000	5,968338	0,000000
Czas trwania choroby & ocena	47	49,50000	4,845588	0,000001

TABELA 2. Ocena rehabilitacji zależna od płci
TABLE 2. Evaluation of rehabilitation depends on gender

zmienna	Test U Manna-Whitneya (Choroba Parkinsona – rehabilitacja)								
	Według zmiennej: Płeć. Zaznaczone wyniki są istotne z $p < 0,05$								
	sum. rang kobieta	sum. rang mężczyzna	U	Z	poziom p	Z popraw.	poziom p	N ważnych kobieta	N ważnych mężczyzna
Ocena	439,00	689,00	249,00	-0,3685	0,7124	-0,3817	0,7026	19	28

TABELA 3. Ocena rehabilitacji zależna od miejsca zamieszkania
TABLE 3. Evaluation of rehabilitation depends on the place of residence

zmienna	Test U Manna-Whitneya (Choroba Parkinsona – rehabilitacja)								
	Według zmiennej: Miejsce zamieszkania. Zaznaczone wyniki są istotne z $p < 0,05$								
	sum. rang wieś	sum. rang miasto	U	Z	poziom p	Z popraw.	poziom p	N ważnych wieś	N ważnych miasto
Ocena	332,000	796,000	212,000	-0,63901	0,52281	-0,66194	0,50800	15	32

TABELA 4. Ocena rehabilitacji zależna od stanu cywilnego
TABLE 4. Evaluation of rehabilitation depends on the status

zmienna	Test U Manna-Whitneya (Choroba Parkinsona – rehabilitacja)								
	Według zmiennej: Stan cywilny. Zaznaczone wyniki są istotne z $p < 0,05$								
	sum. rang mężatka/zonaty	sum. rang stan wolny	U	Z	poziom p	Z popraw.	poziom p	N ważnych mężatka/zonaty	N ważnych stan wolny
Ocena	960,00	168,00	132,00	0,6793	0,4969	0,7037	0,4815	39	8

TABELA 5. Ocena rehabilitacji zależna od wykształcenia
TABLE 5. Evaluation of rehabilitation depends on education

zmienna	Test U Manna-Whitneya (Choroba Parkinsona – rehabilitacja)								
	Według zmiennej: Wykształcenie. Zaznaczone wyniki są istotne z $p < 0,05$								
	sum. rang średnie	sum. rang podstawowe	U	Z	poziom p	Z popraw.	poziom p	N ważnych średnie	N ważnych podstawowe
Ocena	292,00	114,00	78,00	0,1017	0,9189	0,1052	0,91616	20	8

TABELA 6. Ocena rehabilitacji zależna od stopnia niepełnosprawności ocenionego za pomocą skali Webstera
TABLE 6. Evaluation of rehabilitation depends on the degree of disability assessed by the Webster scale

Zależna: ocena	ANOVA rang Kruskala-Wallisa, ocena Zmienna niezależna (grupująca): Skala Web-ster-Rating-Scale Test Kruskala-Wallisa: $H(2, N=47) = 6,8010$ $p = 0,334$		
	kod	N ważnych	Suma rang
umiarkowanie nasiloną niepełnosprawność	101	26	570,000
stadium wczesne	102	16	485,000
ciężka i zaawansowana niepełnosprawność	103	5	73,000

TABELA 7. Regularne korzystanie z rehabilitacji zależne od miejsca przeprowadzenia badań
TABLE 7. Regular use of rehabilitation depend on the place of testing

		Tabela liczebności (Choroba Parkinsona – rehabilitacja)			
		Liczebność oznacz. komórek > 10 (nie oznaczono sum brzegowych)			
		Miejsce badań	Regularna rehabilitacja NIE	Regularna rehabilitacja TAK	Wiersz razem
Liczba		Rzeszów	15	8	23
% z kolumny			78,95%	28,57%	
% z wiersza			65,22%	34,78%	
Liczba		Warszawa/Kraków	4	20	24
% z kolumny			21,05%	71,43%	
% z wiersza			16,67%	83,33%	
Liczba		Ogół grupy	19	28	47

TABELA 8. Ocena znaczenia rehabilitacji zależna od miejsca przeprowadzenia badań
TABLE 8. Assessment of the role of rehabilitation depends on the place of testing

		Tabela liczebności (Choroba Parkinsona – rehabilitacja)				
		Liczebność oznacz. komórek > 10 (nie oznaczono sum brzegowych)				
		Miejsce badań	Znaczenie rehabilitacji ŚREDNIE	Znaczenie rehabilitacji DUŻE	Znaczenie rehabilitacji MAŁE	Wiersz razem
Liczba		Rzeszów	11	10	2	23
% z kolumny			78,57%	34,48%	50,00%	
% z wiersza			47,83%	43,48%	8,70%	
Liczba		Warszawa/Kraków	3	19	2	24
% z kolumny			21,43%	65,52%	50,00%	
% z wiersza			12,50%	79,17%	8,33%	
Liczba		Ogół grupy	14	29	4	47

TABELA 9. Ocena rehabilitacji zależna od miejsca przeprowadzenia badań
TABLE 9. Evaluation of rehabilitation depends on the place of testing

		Test U Manna-Whitneya (Choroba Parkinsona – rehabilitacja)							
		Według zmiennej: Miejsce badań. Zaznaczone wyniki są istotne statystycznie z $p < 0,05$							
zmienna	sum. rang	sum. rang	U	Z	poziom p	Z popraw.	poziom p	N ważnych	N ważnych
	Rzeszów	Warszawa/Kraków						Rzeszów	Warszawa /Kraków
Ocena	488,000	640,000	212,000	-1,362	0,17319	-1,4109	0,15827	23	24

Ocena rehabilitacji nie jest zależna od stopnia niepełnosprawności określonego za pomocą skali Webstera (tabela 6). Test Anova nie wykazał istotności statystycznej ($p = 0,0334$) między oceną punktową rehabilitacji a skalą Webstera.

Z analizy badań wynika, że pacjenci uczestniczący w spotkaniach stowarzyszeń dla osób z chorobą Parkinsona wskazują na regularne korzystanie z rehabilitacji w większym procencie (83%) niż osoby mieszkające w Rzeszowie (35%) (tab. 7). Dla sprawdzenia istotności wykorzystano test U- Manna-Whitneya.

Ze względu na to, że poziom $p > 0,005$ hipotezy zerowej nie można odrzucić, co oznacza, że wpływ stowarzyszeń na regularne uprawianie gimnastyki przez osoby z chorobą Parkinsona nie jest istotne statystycznie. Pacjenci uczestniczący w spotkaniach stowarzyszeń wskazują na duże

znaczenie rehabilitacji – w 79%. Średnie znaczenie rehabilitacji w chorobie Parkinsona wystąpiło u tych pacjentów w 13%. W przypadku oceny znaczenia rehabilitacji przez pacjentów pochodzących z Rzeszowa na duże znaczenie rehabilitacji wskazuje zaledwie 43% badanych, natomiast na średnie 45% (tab. 8). Pacjenci ze stowarzyszeń uzyskali wyższą ocenę rehabilitacji w porównaniu do pacjentów z Rzeszowa (tab. 9). Dla sprawdzenia istotności statystycznej wykorzystano test U- Manna-Whitneya. Ze względu na to, że poziomu $p > 0,05$ hipotezy zerowej nie można odrzucić.

DYSKUSJA

Rehabilitacja ma duże znaczenie w leczeniu choroby Parkinsona, co potwierdzają przeprowadzone badania jak również liczne doniesienia literatury.

Średnie znaczenie rehabilitacji ocenione przez 30% badanych może wynikać z krótkiego czasu jej trwania, braku dostępności lub złego podejścia do rehabilitacji, co utrudnia, a czasami uniemożliwia uzyskanie oczekiwanych efektów terapeutycznych.

Z procentowej analizy wynika, że zaledwie 17% badanych korzysta z zajęć muzykoterapii. Jest to bardzo niewielka grupa zważając na fakt, jakie korzyści niesie ze sobą ta metoda rehabilitacji.

Wielu doświadczonych kinezyterapeutów przyznaje, że ograniczony repertuar ruchów w chorobie Parkinsona staje się przyzwyczajeniem zapomina się wiele wariantów ruchów. Stąd istnieje potrzeba codziennej gimnastyki, wykonywanej przy muzyce [15].

Istnieje wiele dowodów na korzystne działanie muzykoterapii. Opublikowano wiele artykułów na temat terapii muzyką. Badania nad korzystnym wpływem muzykoterapii prowadzili dr Michael Thaut z Colorado State University [16], Pachettini [17], badacze z Washington University School of Medicine w st. Louis [18]. Wobec powyższych badań niewątpliwie staje się stwierdzenie korzyści, jakie niesie ze sobą muzykoterapia. Tak niewielki odsetek badanych korzystających z terapii muzyką może być przyczyną braku dostępu do tej metody aktywności z powodu małej liczby ośrodków prowadzących takie zajęcia. Mała liczba ośrodków może być wynikiem niemożności skupienia w odpowiednim czasie i miejscu odpowiedniej liczby pacjentów, którzy wyraziliby chęć korzystania z terapii muzyką. Jest to szczególnie wyrażone wśród pacjentów z Rzeszowa gdzie brak jest stowarzyszeń, które mogłyby zapewnić taką formę terapii. Alternatywą dla muzykoterapii prowadzonej grupowo mogłoby być wykonywanie takich ćwiczeń samodzielnie w domu. Wymaga to jednak dostarczenia informacji chorym i przeszkolenia ich w tym zakresie.

Największą przydatność rehabilitacji osoby z chorobą Parkinsona widzą w znacznym wpływie na poprawę chodu (43% badanych). Wpływ rehabilitacji na poprawę chodu potwierdzają także inne badania.

Piśmiennictwo dostarcza wiele dowodów na to, że sygnały wzrokowe normalizują przestrzenne i czasowe zmienne chodu [19, 20].

Ponadto Behrman i wsp. wykazali, że strategie związane z koncentracją, w których pacjent reaguje na różne układy instrukcji są skuteczne

w krótkoterminowym wydłużeniu stawiania kroków i zwiększeniu szybkości chodzenia [16].

Duże znaczenie rehabilitacji stwierdzono podczas wstawania z łóżka, krzesła i wykonywania zwrotów. Na poprawę w tym zakresie wskazało 23% badanych. Również liczne badania potwierdzają wpływ rehabilitacji na te czynności.

W badaniach nad czynnością wstawania Kamsma i wsp. zaobserwowali, że 4 sesje treningowe pozwoliły na zredukowanie błędów w planowaniu i wykonywaniu tej czynności u 10 pacjentów z chorobą Parkinsona [21].

Zaledwie 36% badanych wskazało na poprawny system rehabilitacji w stosunku do osób z chorobą Parkinsona. Pozostali pacjenci wskazują na liczne braki w leczeniu, a szczególnie na brak dostępności do rehabilitacji i brak informacji dotyczącej rehabilitacji.

Badania przeprowadzone przez Fundację Życ z chorobą Parkinsona pokazują, że chorzy w większości przypadków nie są zadowoleni z warunków leczenia [14]. Połowa badanych (51%) uważa, że ich potrzeby nie są zaspokojone, szczególnie w zakresie leczenia wspierającego leczenie farmakologiczne [14].

Według doktora Friedmana dostępność do rehabilitacji w Państwowej Służbie Zdrowia jest ograniczona, dlatego pacjenci muszą ją sobie sami organizować [22].

Z analizy badań wynika, iż 96% badanych stwierdza potrzebę istnienia stowarzyszeń na rzecz osób z chorobą Parkinsona. Potwierdzeniem badań jest ankieta przeprowadzona przez Stołeczne Stowarzyszenie Osób z Chorobą Parkinsona, gdzie podkreślona była potrzeba spotkań ze specjalistami i udział w prelekcjach na temat leczenia, żywienia, rehabilitacji i wymiany doświadczeń między chorymi [23].

Same stowarzyszenia stwierdzają wzrastającą liczbę członków, co świadczy o większym szerzeniu wiedzy na temat choroby Parkinsona. Swój sukces potwierdzają także tym, że jest około 70 osób biorących udział w rehabilitacji [24].

W badanej grupie pacjentów z regularnej rehabilitacji korzysta 83% członków stowarzyszeń. Procent ten jest bardzo duży w porównaniu z grupą pochodzącą z Rzeszowa, która nie ma możliwości rehabilitacji w stowarzyszeniach. W tej grupie ciągłość rehabilitacji stwierdza tylko 35% badanych. Brak istotności statystycznej tego badania mogło być rezultatem zbyt małej liczebności badanej grupy. Tutaj należy również podkreślić fakt, że obie badane grupy w większości

przypadków oceniono według skali Webstera, na umiarkowanie zaawansowaną niepełnosprawność.

Członkowie stowarzyszeń w 79% wskazują na duże znaczenie rehabilitacji w chorobie Parkinsona, w porównaniu do osób z Rzeszowa, gdzie zaledwie 43% badanych wskazało na duże znaczenie rehabilitacji. Takie dane mogą być wynikiem popularyzacji wiedzy na temat choroby Parkinsona i jej leczenia, która ma miejsce w stowarzyszeniach. Mimo takiej rozbieżności wyników poziom rehabilitacji w obu badanych grupach nieznacznie się różni na korzyść stowarzyszeń, co nie daje wyników istotnie statystycznych. Jednak przy zwiększeniu liczebności grupy wyniki te mogłyby ulec zmianie.

Zarówno wiek jak i czas trwania choroby mają istotny statystycznie wpływ na ocenę rehabilitacji. Wraz z wiekiem dochodzi do zmian w organizmie człowieka, co jest związane z naturalnym procesem starzenia się. Zmiany, jakie zachodzą w ciele człowieka wymagają odpowiedniego dostosowania terapii. Również wraz z czasem trwania choroby dochodzi do pogorszenia funkcjonalności i pojawienia się trudności w wykonywaniu niektórych zadań.

Płeć oraz stan cywilny nie mają istotnego wpływu na ocenę rehabilitacji. Zarówno kobiety jak i mężczyźni, mężatki/żonaci i osoby w stanie wolnym w większości przypadków wskazują na duże znaczenie rehabilitacji w przebiegu choroby. Również miejsce zamieszkania nie wpływa na poziom rehabilitacji. Z badań wynika, że osoby pochodzące z miasta w większym procencie oceniają znaczenie rehabilitacji jako duże (78%) w porównaniu do osób z rejonów wiejskich (27%). Jednak ogólna ocena rehabilitacji, mimo większej liczby punktów, jakie uzyskali mieszkańcy miasta, nie jest istotna statystycznie. Można przypuszczać, że ta różnica bierze się stąd, iż osoby z miasta mają większy dostęp do instytucji wspierających.

W przypadku wykształcenia jedynie osoby z wykształceniem podstawowym nie wskazały na duże znaczenie rehabilitacji w chorobie Parkinsona. Jednak ocena rehabilitacji, jaką uzyskano w zależności od wykształcenia nie ma wpływu istotnego statystycznie, co oznacza, że niezależnie od wykształcenia poziom rehabilitacji wśród pacjentów jest taki sam.

Stopień niepełnosprawności określony za pomocą skali Webstera wskazuje, że wraz z pogorszeniem stanu zdrowia znaczenie rehabilitacji maleje. Na największe znaczenie rehabilitacji

wskazano we wczesnym stadium zaawansowania choroby. Takie podejście do rehabilitacji mogło być powodem szoku, z jakim spotyka się wiele osób po postawieniu diagnozy. W wyniku tego chorzy szukają wiele metod walki o swoje zdrowie i utrzymanie sprawności.

Badania przeprowadzone przez Canning i WSP potwierdzają korzyści płynące z wczesnego rozpoczęcia terapii [20].

Systematyczność i różnorodność ćwiczeń opóźnia postęp choroby i odwleka inwalidztwo na długi czas [25].

W późnej fazie zaawansowania choroby wymagane jest indywidualne podejście do każdego chorego. Poprzestanie tylko na farmakoterapii osiowych objawów ruchowych nie daje dobrych efektów. Potrzebne jest także zwalczanie depresji, zaburzeń wegetatywnych, bólu [26]. Wszystkie te problemy wymagają odpowiedniego wkładu terapeuty w przygotowanie programu rehabilitacji, co jest sprawą trudną. Brak widocznych efektów oraz pogarszający się stan zdrowia może u części chorych obniżać wartość rehabilitacji.

WNIOSKI

1. Rehabilitacja jako składowa kompleksowego leczenia choroby Parkinsona w opinii większości badanych ma duże znaczenie.
2. W rehabilitacji osób z chorobą Parkinsona brak jest dostępności, powszechności stosowania, przeszkolonych terapeutów oraz brak informacji o rehabilitacji, co stwierdza większa część badanej grupy.
3. Wiek oraz czas trwania choroby mają istotny statystycznie wpływ na ocenę rehabilitacji. Ocena rehabilitacji nie jest zależna od wykształcenia, płci, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego.
4. Stopień niepełnosprawności określony za pomocą skali Webstera nie ma znaczenia istotnego statystycznie w ocenie rehabilitacji.
5. Korzystne byłoby stworzenie stowarzyszenia dla osób z chorobą Parkinsona w Rzeszowie.

PIŚMIENNICTWO

1. Annecke R., Evelyn L., Fritsch I., Löbring E.: *Choroba Parkinsona*, Kraków 2003, wyd. eSPe.
2. http://www.medisystem.pl/index.php/site/site_show/22/Rehabilitacja.html
3. Kuran W.: *Żyję z chorobą Parkinsona*, Wyd. lek. PZWL, Warszawa 2002.
4. Kwolek A.: *Rehabilitacja neurologiczna* [w:] Kwolek A.: *Rehabilitacja medyczna*, tom II, Wyd. Urban&Partner 2003, 61–67.

5. Grochmal S., Zielińska-Charszewska S.: *Rehabilitacja w chorobach układu nerwowego*, Warszawa 1986, 239.
6. Morris M.E.: *Zaburzenia ruchowe u pacjentów z chorobą Parkinsona – model dla celów rehabilitacji*, *Rehabilitacja Medyczna* 2001, 5, 2, 18–36.
7. Cutson T.M., Kuchibhatia M., Schenkman M., i wsp.: *Exercise to improve spinal flexibility and function for people with Parkinson's disease: a randomized, controlled trial*, *J. Am Geriatr. Soc.*, 1998, 46, 16–1207.
8. *The Future's Bright*. EPDA Focus 2003, 24.
9. *Z punktu widzenia fizjoterapeuty, ćwiczenia fizyczne w chorobie Parkinsona*, *Biuletyn Stołecznego Stowarzyszenia Osób z Chorobą Parkinsona* 2004, 2, 6–8, 9–10.
10. Cytowicz-Karpiłowska W., Karpiłowski B., Zawiatowska A.: *Ocena postępowania usprawniającego osób z chorobą Parkinsona*, *Fizjoterapia Polska* 2006, 2, 133–137
11. Matyas T.A., Morris M.E., Summers J.J.: *The length regulation in Parkinson's disease: normalization strategies and underlying mechanism*, *Brain* 1996, 2, 68–551.
12. Behman A.L., Cauraugh J.H., Teitelbaum P.: *Verbal instructional sets to normalise the temporal and spatial gait variables in Parkinson's disease*, *Neural. Neurosurg Psychiatry* 1998, 65, 2–580.
13. McIntosh G.C., Rice R.R., Thaut M.H.: *Rhythmic auditory stimulation in gait training for Parkinson's disease patients*, *Mov. Disord.*, 1996, 11, 193–200.
14. Wozicka A.: *Powiedz jak ci pomóc. Raport opracowany na podstawie badań ankietowych przeprowadzonych wśród osób z chorobą Parkinsona*, Wyd. Fundacja Życ z chorobą Parkinsona Warszawa 2008.
15. *Terapie uzupełniające*, *Biuletyn Stołecznego Stowarzyszenia Osób z Chorobą Parkinsona* 2007, 1, 9–10.
16. *Terapie kreatywne. Rola muzyki w leczeniu choroby Parkinsona*, *Biuletyn Stołecznego Stowarzyszenia Osób z Chorobą Parkinsona* 2002, 2, 6–7, 10–11.
17. *Rola ruchu tanecznego w parkinsonizmie*, *Biuletyn Stołecznego Stowarzyszenia Osób z Chorobą Parkinsona* 2004, 1, 9–11.
18. Bagley S., Kelly B., Tunnicliffe N.: *The effect of visual cues on the gait of independently mobile Parkinson's disease patient*, *Physiotherapy* 1991, 5, 20–405.
19. Huxham F., McGinley J., Morris M.E.: *Kinetic, kinematic, and spatiotemporal constraints on gait in Parkinson's disease*, *Human Movement Science* 1999, 18, 83–461.
20. Pinhasov A., Shahar G., Sroka H., Yekutieli M.P.: *A clinical trial of the re-education of movement in patients with Parkinson's disease*, *Clinical Rehabilitation* 1991, 5, 14–207.
21. Alien N.E., Alison J.A., Canning C.G., Groellier H.: *Parkinson's disease an investigation of exercise capacity, respiratory function, and gait*, *Arch. Phys. Med. Rehabilitation*. 1997, 78, 199–207.
22. Obrzydowska A.: *Wczesna rehabilitacja*, *Biuletyn Stołecznego Stowarzyszenia Osób z Chorobą Parkinsona* 2003, 2, 6–7.
23. *Omówienie ankiety*, *Biuletyn Stołecznego Stowarzyszenia Osób z Chorobą Parkinsona* 2001, 1, 11–12.
24. *Z punktu widzenia fizjoterapeuty, ćwiczenia fizyczne w chorobie Parkinsona*, *Biuletyn Stołecznego Stowarzyszenia Osób z Chorobą Parkinsona* 2004, 2, 6–8, 9–10.
25. Obrzydowska A.: *Wczesna rehabilitacja*, *Biuletyn Stołecznego Stowarzyszenia Osób z Chorobą Parkinsona* 2003, 2, 6–7.
26. Sienkiewicz J.: *Opieka neurologiczna w późnej fazie choroby Parkinsona*, *Biuletyn Stołecznego Stowarzyszenia Osób z Chorobą Parkinsona* 2003, 3, 2–9.

Joanna Przesłowska
tel. 604750504
e-mail: asiaap@o2.pl