

OCENA EFEKTYWNOŚCI PROGRAMU REHABILITACJI LECZNICZEJ ROLNIKÓW W WYBRANYM CENTRUM REHABILITACJI ROLNIKÓW KRUS

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE MEDICAL REHABILITATION PROGRAM FOR FARMERS AT A SELECTED FARMERS' REHABILITATION CENTRE

Jadwiga Bubińska

*Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy
w Olsztynie*

STRESZCZENIE

Wstęp. Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego zapewnia rolnikom uprawnionym do korzystania ze świadczeń Kasy rehabilitację leczniczą.

Cel badań. Motywem skłaniającym do podjęcia badań nad oceną efektywności programu rehabilitacji leczniczej rolników było przekonanie, że między oceną ustaloną przez lekarza – na podstawie różnic stwierdzanych w badaniu wstępnym i końcowym – a prezentowaną przez kuracjuszy, zachodzą zasadnicze rozbieżności w postaci zanizania jej przez rolników.

Materiał i metody. Badania prowadzono w Centrum Rehabilitacji Rolników w Jedlcu od 01 stycznia 2000 r. do 30 czerwca 2005 r. Do badań wylosowano 1100 rolników spośród 8312, odbywających rehabilitację leczniczą. Głównym schorzeniem, z powodu którego rolnicy trafiali na rehabilitację, była choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa oraz dyskopatie, a wśród stanów pourazowych – skutki urazów kończyny dolnej. Jako narzędzi badawczych użyto historii chorób, a szczególnie kart badania układu ruchu. Dane uzyskane z wywiadu, badania przedmiotowego: wstępnego i końcowego oraz dokumentacji lekarskiej zestawiono w formie tabel i przeanalizowano. Porównując wynik badania końcowego z badaniem wstępnym oceniano efekty rehabilitacji.

Omówienie wyników. W ocenie lekarskiej stwierdzono poprawę po rehabilitacji w 82,9% przypadków. Wyniki te bardzo wyraźnie odbiegały od pozytywnych ocen

wyrażanych przez rolników; tylko 23% spośród nich zgłosiło poprawę w badaniu końcowym.

Wnioski. Ocena efektywności programu rehabilitacji leczniczej rolników jest bardzo złożona, jednak jego pozytywny wpływ na zdrowie pacjentów jest wyraźnie zauważalny. Uwidacznia się bardzo duży wpływ czynników natury pozazdrowotnej na ocenę efektu rehabilitacji, zgłaszaną przez rolników. Ocena efektywności programu rehabilitacji rolników dokonana przez lekarza Centrum przedstawia się o wiele korzystniej niż ocena oparta na odczuciach pacjenta, zgłaszanych w czasie badania końcowego. Potrzeby rehabilitowanych w Centrum rolników w zakresie promocji i edukacji zdrowotnej są bardzo duże. Program promocji zdrowia należy skierować do wszystkich rolników, nie tylko do uczestników turnusów rehabilitacyjnych.

ABSTRACT

Introduction. KRUS (Farmer's Social Security Fund) provides medical rehabilitation to all farmers entitled to it.

Aim. The research concerning the effectiveness of the medical rehabilitation program for farmers was undertaken following the assumption that there existed significant differences between the evaluation of patients' health condition by physicians (based on the differences between the preliminary and final examinations) and patients' own opinions, presumably underestimated, concerning their health.

Materials and methods. This study was conducted between January 1, 2000 and June 30, 2006 in the Farmers' Rehabilitation Centre in Jedlec. 1100 farmers were randomly selected to be examined from among 8312 participants of the medical rehabilitation program. Spondylosis and slipped disc were the main conditions which necessitated rehabilitation, as well as lower limb injuries among post-traumatic conditions. Research tools included patients' case records, especially locomotor system examination cards. Data obtained from patients' medical histories and preliminary and final physical examinations as well as medical documentation were compared. The results were presented in a tabular form. A comparison of preliminary and final examinations provided grounds for evaluating medical rehabilitation results.

Results and discussion. According to medical evaluations, improvement after the rehabilitation course was observed in 82.9% of the cases. These results significantly differed from positive assessments expressed by the farmers themselves. Only 23% reported improvement during their final examination.

Conclusions. The evaluation of the effectiveness of the medical rehabilitation program for farmers is a very complex issue; nevertheless, its positive impact on patients' health is clearly noticeable. We can observe a great impact of extra-health factors on the evaluation of rehabilitation effects reported by the farmers. The evalu-

ation of the effectiveness of the medical rehabilitation program for farmers carried out by the Centre physician was much more positive than the subjective evaluation reported during their final examinations by the farmers themselves. The needs of the farmers who undergo rehabilitation in the Centre concerning health care promotion and education are extensive. The program of health care promotion should be directed to all farmers, not only those who participate in structured rehabilitation courses.

Słowa kluczowe: efektywność rehabilitacji, prewencja rentowa KRUS.

Key words: rehabilitation efficiency, KRUS disability pension prevention.

WSTĘP

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), zgodnie ze swym ustawowym obowiązkiem, tworzy rolnikom uprawnionym do korzystania ze świadczeń Kasy możliwości rehabilitacji leczniczej. Całość działań rehabilitacyjnych, prowadzonych przez Centrum, wraz z realizacją programu promocji zdrowia, ma na celu nie tylko poprawę stanu zdrowia rolników i zwiększenia ich wydolności psychofizycznej, ale również spowodowanie, by zrozumieli, iż mają wpływ na własne zdrowie [12]. Można się spotkać z opiniami, które potwierdzają obserwacje własne, że stan zdrowia większości rolników jest bardzo zły [21]. Jest to między innymi wynikiem braku nawyków dbania o zdrowie, mniejszej niż w mieście dostępności do opieki zdrowotnej oraz trudniejszych warunków pracy i życia. Ujemnie na stan zdrowia rolników wpływa też nadal wysoka wypadkowość przy pracy, powodująca poważne konsekwencje zdrowotne [5, 29, 32].

Głównym celem rehabilitacji, prowadzonej w ramach KRUS, jest zapobieganie niezdolności do pracy lub ograniczenie jej do poziomu umożliwiającego ubezpieczonemu dalsze wykonywanie pracy w gospodarstwie rolnym.

CELE PRACY

Ocena efektywności programu rehabilitacji leczniczej rolników, organizowanej w jednym z centrów rehabilitacji KRUS w ramach prewencji rentowej, w formie 21-dniowych turnusów, w celu przywrócenia zdolności do pracy rolnikom zagrożonym jej utratą z powodu następstw przewlekłych chorób narządu ruchu i/lub urazów.

Cele szczegółowe:

1. Ocena efektywności programu rehabilitacji rolników dokonana przez lekarza Centrum Rehabilitacji Rolników na podstawie porównania wyników badania klinicznego przy przyjęciu i przy wypisie z Centrum.
2. Analiza efektywności programu rehabilitacji, odzwierciedlająca odczucia pacjenta wyrażane w czasie badania końcowego.

3. Porównanie oceny lekarza z odczuciami pacjenta, dotyczącymi efektywności rehabilitacji.
4. Próba ustalenia przyczyn rozbieżnych ocen efektywności przebytej rehabilitacji.
5. Określenie potrzeb osób rehabilitowanych w Centrum w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w Centrum Rehabilitacji Rolników w Jedlcu w latach 2000–2005. Ogółem od 01 stycznia 2000 r. do 30 czerwca 2005 r. rehabilitowano w Centrum 8312 rolników, spośród których wylosowano do badań 1100. Losowano po 200 rolników spośród rehabilitowanych w latach 2000, 2001, 2002, 2003 i 2004 oraz 100 rolników rehabilitowanych w pierwszym półroczu 2005 r.

Zebrano i przeanalizowano informacje:

- Ze szczegółowego wywiadu lekarskiego oraz dwukrotnego badania rehabilitowanych rolników: badania wstępnego, przeprowadzanego w dniu przyjęcia, i badania końcowego, realizowanego na koniec turnusu. Wykorzystano również informacje z obserwacji lekarskich z wykonanych w Centrum badań dodatkowych (laboratoryjnych, radiologicznych, ultrasonograficznych);
- Z wniosków ze zleconych konsultacji specjalistycznych:
 - a) spisane z dokumentacji lekarskiej: historii chorób, orzeczeń lekarskich, będących podstawą skierowania na rehabilitację, skierowań na leczenie uzdrowiskowe od lekarzy rodzinnych,
 - b) zawarte w ocenie wyników rehabilitacji, które opracowali pracownicy:
 - 1) Centrali KRUS w Warszawie – w ramach okresowych kontroli,
 - 2) Najwyższej Izby Kontroli (NIK) – w ramach kontroli.

Jako narzędzi badawczych użyto historii chorób, a szczególnie kart badania układu ruchu według wzoru KRUS SR-56. Dane uzyskane od pacjentów podczas badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wyciągnięte z dokumentacji lekarskiej zestawiono w formie tabel. Następnie dokonano analizy opisowej.

W celu oceny efektów rehabilitacji, odnoszących się do poszczególnych pacjentów, porównywano wynik badania końcowego z wynikiem badania wstępnego. Dało to możliwość rozstrzygnięcia czy objawy kliniczne ustępowały, nie zmieniały się, bądź ulegały nasileniu.

Celem zobiektywizowania otrzymanych w toku badań wyników rehabilitacji odniesiono je do dostępnych wyników rehabilitacji z innych Centrów i Ośrodków KRUS oraz wyników rehabilitacji leczniczej ZUS.

Przy przyjęciu kuracjusza na turnus w badaniu wstępnym oceniano dokładnie narząd ruchu – wypełniając kartę badania układu ruchu (druk SR-56), na której odnotowywano ocenę: chodu [39], zakresu ruchów kręgosłupa z opisem zmian patologicznych [18, 19, 36, 47], zakresu ruchów w stawach kończyn górnych i dolnych, siły mięśniowej [9, 10, 43, 50].

W badaniu lekarskim, przeprowadzanym na zakończenie turnusu rehabilitacyjnego, stosowano te same metody oceny co w badaniu wstępnym. Szczególny nacisk kładziono na ocenę porównawczą stwierdzonej przy przyjęciu nieprawidłowości. Porównywano częstość występowania określonej cechy, dotyczącej stanu pacjenta przed i po rehabilitacji. Na podstawie różnicy w częstości występowania cech dokonywano obiektywnej oceny wyniku rehabilitacji [33]. Otrzymane wyniki rehabilitacji przedstawiono na ryc. 4. Zestawienie wyników rehabilitacji 1100 osób, badanych w ciągu 5,5 roku, pozwoliło na analizę efektywności prowadzonego w Centrum programu rehabilitacji.

We wszystkich centrach KRUS stosuje się 5-stopniową skalę oceny wyniku rehabilitacji.

W pracy zmodyfikowano powyższą skalę ocen w ten sposób, że wynik „4” oznaczający poprawę rozdzielono na: „4a” – poprawa sprawności bez zmniejszenia dolegliwości bólowych i „4b” – poprawa sprawności ze zmniejszeniem dolegliwości bólowych. Zrobiono to w celu określenia odsetka niezgodności efektów rehabilitacji w odczuciach rolników z oceną lekarza. Po zakończeniu badania zapoznawano się z oceną kuracjusza efektów przebytej rehabilitacji, dokonaną według ustalonego schematu. Jeżeli w badaniu końcowym stwierdzano ewidentną poprawę kliniczną – co wynikało ze zmniejszenia występowania ocenionych w badaniu wstępnym odchyień od stanu prawidłowego, tymczasem rolnik zgłaszał brak poprawy twierdząc, że „nic nie pomogło” – to fakt taki skłaniał mnie do podjęcia próby ustalenia: 1) dlaczego tak jest i 2) skąd bierze się ta rozbieżność ocen. Znalezienie odpowiedzi na te pytania było jednym z celów szczegółowych tej pracy.

Z dokumentacji lekarskiej (historii chorób, orzeczeń lekarskich, skierowań na leczenie uzdrowiskowe od lekarzy rodzinnych) spisywano i zestawiano w formie tabel następujące dane wylosowanych do badań pacjentów: płeć, wiek, częstość korzystania z turnusów rehabilitacyjnych, chorobę główną i choroby współistniejące według ICD-10, masę ciała i wysokość ciała, z których wyliczano BMI. Pytając rolników o wielkość gospodarstw rolnych, informowano ich do jakiego celu posłużą zebrane informacje. Dane charakteryzujące poszczególnych badanych zestawiano w sposób umożliwiający ocenę ich związku z wynikiem rehabilitacji. Oceniane parametry przedstawiono w formie tabel i rycin.

Dostępne oceny wyników rehabilitacji, odnoszące się do wyników rehabilitacji większości rolników leczonych w Centrum, opracowane przez pracowników Centrum KRUS i kontrolerów NIK, przedstawiono w tab. 3.

WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

Charakterystykę 1100 rolników wylosowanych do badań (według płci i wieku), rehabilitowanych w Centrum od 01 stycznia 2000 r. do 30 czerwca 2005 r., przedstawiono w tab. 1.

Tab. 1. Charakterystyka 1100 rolników wylosowanych do badań – wg płci i wieku**Tab. 1.** Characteristics of 1100 farmers chosen randomly for the study – by sex and age

Rok	Wiek (w latach)											
	poniżej 20		20–29		30–39		40–49		50–59		powyżej 60	
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
2000	0	0	3	3	12	14	50	47	36	35	0	0
2001	0	0	3	5	5	12	43	48	40	44	0	0
2002	0	0	1	2	3	7	54	44	35	50	1	3
2003	1	0	3	4	2	8	26	18	72	62	2	2
2004	0	1	1	2	11	8	65	66	15	26	0	5
I p. 2005	0	0	2	2	7	1	28	15	18	27	0	0
Razem	1	1	13	18	40	50	266	238	216	244	3	10

Najliczniejsza grupa wiekowa (45,8% wylosowanych do badań) była w przedziale wiekowym 40–49 lat. Druga pod względem liczebności grupa (41,8%) mieściła się w przedziale wiekowym 50–59 lat. Wśród wylosowanych do badań 1100 osób było 51% mężczyzn i 49% kobiet.

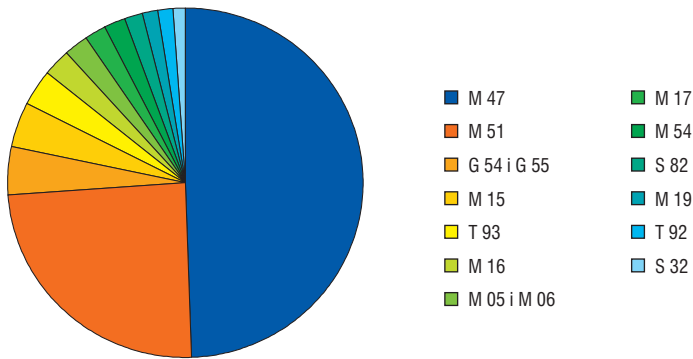
Rolnicy korzystający z rehabilitacji w Centrum po raz pierwszy stanowili 71,9%, a odbywający rehabilitację po raz kolejny 28,1% ogółu wylosowanych do badań (tab. 2).

Tab. 2. Rolnicy wylosowani do badań – rehabilitowani w Centrum: 1) po raz pierwszy, 2) po raz kolejny**Tab. 2.** Farmers chosen randomly for the study – rehabilitated in the Centre: 1) for the first time, 2) for another time

Rok	Liczba objętych badaniem	Liczba rehabilitowanych po raz:			
		pierwszy		kolejny	
		n	%	n	%
2000	200	151	75,5%	49	24,5%
2001	200	143	71,5%	57	28,5%
2002	200	148	74,0%	52	26,0%
2003	200	142	71,0%	58	29,0%
2004	200	148	74,0%	52	26,0%
2005	100	59	59,0%	41	41,0%
Ogółem	1100	791	71,9%	309	28,1%

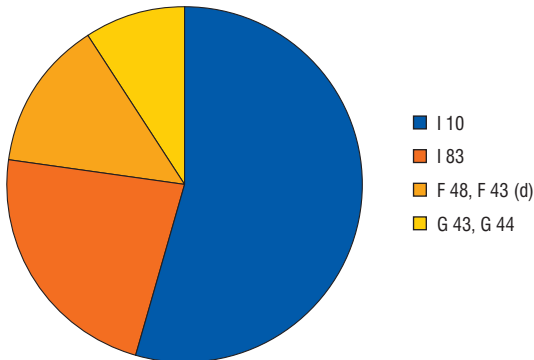
Zauważono, że pobyt na turnusie rehabilitacyjnym kolejny raz tylko w niewielkim stopniu przekładał się na lepszy wynik rehabilitacji.

W klasyfikowaniu rozpoznań klinicznych ostatecznych, stwierdzanych u badanych rolników w Centrum, posługiwano się ICD-10. Przeanalizowano nie tylko rozpoznania chorób zasadniczych (ryc. 1), ale i chorób współistniejących (ryc. 2) [3, 29, 37].



Ryc. 1. Choroby zasadnicze badanej grupy 1100 osób według ICD-10.

Fig. 1. Main diseases of the examined group of 1100 patients according to ICD-10.



Ryc. 2. Najczęstsze choroby współistniejące według ICD-10 wśród badanej grupy 1100 osób.

Fig. 2. Most common co-existing diseases in the examined group according to ICD-10.

W wylosowanej do badań grupie rolników najwięcej, bo 66% kuracjuszy przebywało na turnusach rehabilitacyjnych z powodu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa (M 47 według ICD-10) oraz chorób krążka międzykręgowego (M 51).

Ze stanów pourazowych najczęstszym powodem skierowań na rehabilitację były skutki urazów, odnoszące się ogólnie do kończyn dolnych (T 93) – 3,1%, oraz urazy podudzia (S 82) – 1,5%.

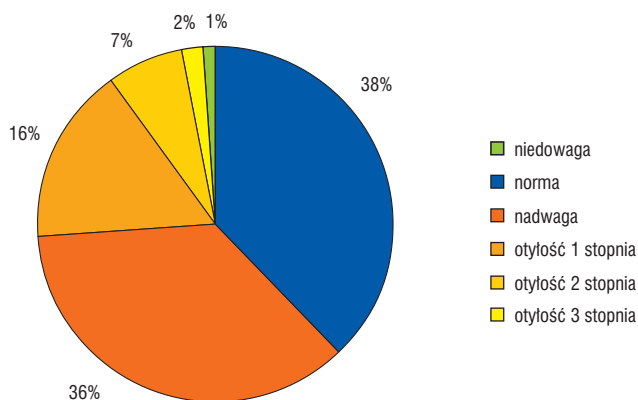
Stany po urazach kręgosłupa lędźwiowego, piersiowego i szyjnego były przyczyną rehabilitacji 2% rolników. Należy podkreślić, że urazom zarówno kończyn, jak i kręgosłupa rolnicy ulegają często na skutek lekkomyślności oraz rażącego zaniedbania lub nieznanomości zasad BHP [16, 25].

Dominującą chorobą współistniejącą było nadciśnienie tętnicze (ryc. 2), które stwierdzono u 18,2% badanych rolników (10,5% kobiet oraz 7,7% mężczyzn); po-

dobne wyniki przedstawiła Alicja Barwicka [4]. Dane te są korzystniejsze od ogólnych statystyk dotyczących całej populacji dorosłych Polaków, według których aż 30% spośród nich choruje na nadciśnienie tętnicze.

Następujące choroby współistniejące występowały 2–2,5 raza częściej u kobiet: I 10, I 83, F 48, F 43, G 43, G 44 (ryc. 2).

Body Mass Index (BMI) wylosowanych do badań rolników przedstawiono na ryc. 3. Z analizy wskaźnika BMI wynika, że 60,2% badanych wykazywało przekroczenie należnej masy ciała, w tym u 8,7% badanych masa ciała znacznie przekraczała normę (otyłość 2 i 3 stopnia). Kuracjusze ci charakteryzowali się ogólnie gorszym stanem zdrowia oraz zmniejszoną wydolnością fizyczną.



Ryc. 3. BMI badanych rolników – w odsetkach.

Fig. 3. BMI of the examined farmers – percentage.

Osoby otyłe mają sposobność w trakcie rehabilitacji uświadomić sobie, że otyłość jest główną przyczyną wielu chorób, między innymi choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych i płaskostopia [41].

Z wylosowanej do badań grupy rolników 78% prowadziło gospodarstwa rolne o powierzchni do 15 ha, a tylko 22% badanych gospodarowało na większej powierzchni [48].

Rolnicy z małych gospodarstw częściej zgłaszali brak poprawy po odbytych turnusach w stosunku do rolników prowadzących duże gospodarstwa. Miało to związek z obserwowaną chęcią szybkiego powrotu do pracy rolników z dużych, dochodowych gospodarstw.

Lekarska ocena wyników rehabilitacji w Centrum wyraźnie różniła się od podawanej przez rehabilitowanych rolników. Należy tutaj jednak dodać bardzo istotną uwagę – a mianowicie, że wyraźnie może się różnić ocena wyniku rehabilitacji podawana oficjalnie lekarzowi od tej rzeczywistej odczuwanej przez rehabilitowanego

rolnika. Otóż rolnik mający rentę, zgłaszając poprawę sprawności po rehabilitacji, liczy się z jej utratą.

Ocenę wyników rehabilitacji, dokonaną przez oddelegowanych na czynności kontrolne do Centrum pracowników: 1) Centrali KRUS w Warszawie, 2) NIK – przedstawiono w tab. 3.

Tab. 3. Ocena wyników rehabilitacji rolników w Centrum według innych źródeł

Tab. 3. Evaluation of farmers' rehabilitation results in the Centre according to outside sources

Rok/półrocze poddane kontroli	Ocena wyników rehabilitacji		Kontrola przeprowadzona przez pracowników
	brak poprawy	poprawa	
2000	28%	72%	KRUS
I półrocze 2001	19,5%	80,5%	KRUS
I półrocze 2002	9,6%	90,4%	KRUS
2003	16,2%	83,8%	NIK
2004	13,4%	86,6%	NIK
I półrocze 2005	16,3%	83,7%	NIK
Ogółem 2000–2005	17,2%	82,8%	

Własne wyniki oceny skuteczności rehabilitacji 1100 osób są prawie identyczne z wynikami pracowników Centrali KRUS i kontrolerów NIK, dotyczącymi większości rolników rehabilitowanych w tym czasie w Centrum.

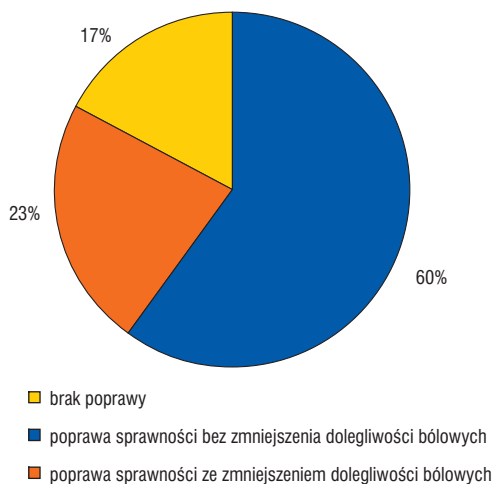
Celem obiektywizacji otrzymanych w toku badań wyników rehabilitacji odniesiono je do dostępnych wyników rehabilitacji z pozostałych czterech centrów i dwóch ośrodków KRUS. Średnia liczba kuracjuszy, u których uzyskano poprawę sprawności w tych centrach i ośrodkach KRUS, wyniosła:

- w 2000 r. – 75,4% – w Jedlcu (gdzie prowadzono badania) – 79,5%,
- w 2001 r. – 76,6% – w Jedlcu – 80%,
- w 2002 r. – 80,7% – w Jedlcu – 85,5%.

Poprawę sprawności, osiągniętą po rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS w latach 1997–2001, stwierdzano u 79,5% rehabilitowanych [4].

Podczas każdego z dotychczasowych turnusów rehabilitacyjnych stwierdzano niską świadomość rolników w zakresie higieny i edukacji zdrowotnej, dlatego wśród kuracjuszy przybyłych do Centrum realizowano program promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Szerzeniu oświaty prozdrowotnej w Centrum sprzyja zgromadzenie w jednym miejscu dużej liczby kuracjuszy, którzy wywodzą się z tego samego środowiska i zbliżonych warunków bytowych oraz cierpią z powodu podobnych chorób [22].



Ryc. 4. Ocena wyników rehabilitacji.

Fig. 4. Evaluation of rehabilitation results.

DYSKUSJA

Celem nadrzędnym utworzenia przez KRUS sieci centrów rehabilitacji rolników było zapobieganie niezdolności do pracy lub przynajmniej ograniczenie jej do poziomu, umożliwiającego dalsze wykonywanie pracy w gospodarstwie rolnym. Dlatego obiektywna ocena wyników rehabilitacji rolników – myśl przewodnia podjętej pracy – ma kluczowe znaczenie w ocenie działalności tychże centrów. Warto też zauważyć, że w warunkach gospodarki rynkowej należy przede wszystkim spojrzeć na te wyniki z punktu widzenia opłacalności ekonomicznej centrów rehabilitacji rolników.

W celu obiektywnej oceny efektów rehabilitacji warto w tym miejscu przyjrzeć się także poglądom tych osób, które uważają, iż leczenie sanatoryjne, a więc w warunkach zbliżonych do tych, które istnieją w centrach rehabilitacji KRUS, nie przedstawia większej wartości [23].

W polskich sanatoriach brakuje kadry medycznej wyspecjalizowanej w dziedzinie medycyny fizykalnej i balneologii, a to zmniejsza skuteczność stosowanej tam terapii [23].

Niska efektywność leczenia sanatoryjnego oraz względy ekonomiczne zdecydowały w ostatnim okresie o likwidacji części uzdrowisk lub przekształceniu ich w szpitale rehabilitacyjne.

Badania własne przeprowadzono w Centrum Rehabilitacji Rolników w Jedlcu koło Kalisza, które – z racji swojego położenia geograficznego zdala od złóż naturalnych surowców leczniczych – ma możliwość rehabilitowania rolników głównie opierając się na fizjoterapii wspomaganej farmakoterapią [37, 38].

Własne doświadczenia kliniczne, wynikające z sześcioletniej pracy w Centrum, są zgodne z opinią prof. Ireny Ponikowskiej, że większość przewlekłych chorób narządu ruchu najlepiej i najkorzystniej leczyć w sanatoriach lub centrach rehabilitacji, gdyż jest to leczenie stosunkowo tanie, a poprawa kliniczna utrzymuje się długo [42]. Podkreślić należy, że cennym uzupełnieniem kompleksowych metod i programów leczniczych w nich stosowanych jest fizjoterapia [45]. Skuteczność oddziaływania terapii fizykalnej – zarówno w stanach ostrych (pourazowych), jak i przewlekłych – jest trudna do podważenia. Właściwy dobór i odpowiednie kojarzenie zabiegów fizykalnych (w zależności od jednostki chorobowej) oraz uzupełnienie ich ćwiczeniami rehabilitacyjnymi pozwalają osiągnąć bardzo dobre efekty terapeutyczne [1, 2, 7, 8, 11, 13, 14, 20, 31, 46]. Jednak, aby te korzystne wyniki utrzymać, osoba rehabilitowana powinna kontynuować wyuczone ćwiczenia w warunkach domowych, jak też korzystać z zabiegów fizjoterapeutycznych w systemie ambulatoryjnym [35, 40].

Ocena wyników rehabilitacji zależy będzie głównie od tego, kto tej oceny dokonuje i w jakim celu. Ten stan rzeczy obrazują wyraźnie odmienne wyniki rehabilitacji w ocenie lekarskiej, dokonanej pod koniec turnusów, oraz według innych źródeł, jak: Centrala KRUS w Warszawie i wyniki kontroli NIK porównane z opinią rehabilitowanych rolników, zgłaszaną lekarzowi w badaniu końcowym.

Na pytania, zadawane przez lekarza rutynowo każdemu kuracjuszowi po zakończeniu turnusu, rzadko padają odpowiedzi pozytywnie oceniające efekty rehabilitacji. Tymczasem własna ocena wyników rehabilitacji badanej grupy (która jest zbliżona do podanej wyżej oceny przez kontrolujące źródła: Centrala KRUS, NIK) brak poprawy wykazała tylko w 17,1% przypadków.

Zdarzało się również, że pacjenci byli zadowoleni z efektu rehabilitacji, co jednoznacznie wyrażali w swoich ocenach. Na ogół potwierdzało to obiektywne badanie przedmiotowe. Opis w tych przypadkach kończący badanie wypisowe brzmiał: „poprawa sprawności ruchowej ze zmniejszeniem dolegliwości bólowych”. Takie efekty rehabilitacji badanych rolników osiągnięto u 23,5%.

Pozostali rehabilitowani, opisani jako poprawy kliniczne (59,9%) podczas poszczególnych turnusów, uzyskali tę ocenę w wyniku obiektywnego badania lekarskiego na koniec turnusu, pomimo subiektywnego braku poprawy w ich własnej opinii [33]. Rolnicy niezainteresowani uzyskaniem oficjalnego dobrego wyniku w końcowym badaniu lekarskim zgłaszali utrzymywanie się dolegliwości bólowych lub innych przykrych odczuć (np. mrowień, drętwień) bądź postrzegano u nich agravowanie. Epikryzę tych pacjentów kończono sformułowaniem: „uzyskano poprawę sprawności ruchowej bez zmniejszenia dolegliwości bólowych”.

Im doświadczenie lekarza jest większe, tym mniejszy jest odsetek przypadków, w których obiektywna ocena efektów odbytej rehabilitacji, choć różna od opinii wyrażanej przez pacjenta, jest błędna. Doświadczony lekarz – znający dobrze problemy zdrowotne oraz warunki życia rolników – już w trakcie pierwszej rozmowy z nimi

odczytuje ich intencje, wie dlaczego nie są oni zainteresowani przyznaniem się do poprawy klinicznej. Otóż jest to często równoznaczne z utratą świadczeń rentowych, które rolnicy ci już mają od jakiegoś czasu przyznane, lub zmniejszeniem szans na te świadczenia, jeżeli się o nie dopiero ubiegają [6, 15, 17, 34].

Przed laty prof. dr med. Paweł Gantkowski – kierownik Zakładu Higieny Ogólnej Uniwersytetu Poznańskiego stwierdził: „od lekarzy zależy los i powodzenie ubezpieczeń społecznych, orzekanie powierzchowne i niesprawiedliwe podkopywać będzie byt ekonomiczny ubezpieczeń społecznych” [49].

Stwierdzony w badaniach własnych wysoki odsetek poprawy stanu zdrowia – udokumentowany w wynikach końcowego badania lekarskiego – pozwala na stwierdzenie, że cele rehabilitacji leczniczej KRUS są osiągnane. Konsekwentnie utrzymywane korzystne zmiany w stylu życia przez rok i dłużej dadzą pożądane rezultaty, przejawiające się poprawą stanu zdrowia oraz lepszym pełnieniem ról społecznych [28]. Warto tutaj przypomnieć, że według ekspertów styl życia wpływa aż w 53% na stan zdrowia [27].

Skutek dobrego wyniku rehabilitacji odbytej ze wskazań profilaktycznych jest taki w skali kraju, że 91,7% tych rolników nie ma przyznanego prawa do renty.

Dla dużej grupy rolników z małych gospodarstw rolnych (powyżej 55% badanych miało gospodarstwa o powierzchni do 10 ha) renta jest jedynym pewnym przychodem w budżecie domowym. Wizja utraty tego świadczenia, przy braku innych sposobów na zarobkowanie, wiąże się z wyraźnym zubożeniem rodziny. Chcąc utrzymać rentę, rolnicy ci nie powiedzą prawdy o swym stanie zdrowia [44, 48].

Badania własne, zgodne z wynikami badań innych autorów, potwierdzają, iż po odbytej rehabilitacji ponad 80% kuracjuszy uzyskuje poprawę stanu zdrowia. Utrzymanie poprawy klinicznej wymaga jednak kontynuowania rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych lub okresowego ponawiania leczenia i rehabilitacji (często przez wiele miesięcy), jak też zmiany stylu życia na prozdrowotny poprzez wdrożenie „nowych” nawyków żywieniowo-higienicznych [12, 24, 26, 28].

WNIOSKI

1. Ocena efektywności programu rehabilitacji leczniczej rolników w ramach prewencji rentowej KRUS jest bardzo złożona, jednak jego pozytywny wpływ na zdrowie jest wyraźnie zauważalny, o czym świadczy blisko 83% pacjentów objętych tym programem, u których stwierdzono poprawę stanu zdrowia.
2. Zaobserwowano duży wpływ na opinię, dotyczącą skuteczności rehabilitacji wyrażaną przez uczestniczących w turnusach rehabilitacyjnych rolników, czynników natury pozazdrowotnej, związanych głównie z możliwością odmowy praw do świadczeń rentowych w razie oficjalnego potwierdzenia przez Centrum skutecznego efektu rehabilitacji.
3. Ocena efektywności programu rehabilitacji rolników dokonana przez lekarza Centrum przedstawia się o wiele korzystniej niż ocena oparta na subiektywnych

- odczeniach rolnika zgłaszanych w czasie badania końcowego, które potwierdzają jej skuteczność tylko u 23% kuracjuszy w badanej grupie.
4. Potrzeby rehabilitowanych w Centrum rolników w zakresie promocji i edukacji zdrowotnej są bardzo duże. Program promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej należy więc skierować do wszystkich rolników, a nie tylko tych uczestniczących w turnusach rehabilitacyjnych.
 5. U rolników korzystających kolejny raz z rehabilitacji zauważa się korzystny wpływ programu promocji zdrowia, realizowanego w centrach, na poprawę jakości ich życia.

PIŚMIENNICTWO

1. Appell H.J., Cabric M.: *Über den Einsatz der Elektrostimulation zur Muskelkräftigung in Therapie und Rehabilitation*. Physikalische Therapie in Theorie und Praxi., 1987; 8: 474–480.
2. Arnim von D.: *Physikalische Therapie in der Praxis*. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1970.
3. Avioli L.V.: *Significance of osteoporosis: a growing international health care problem*. Calcif Tissue Int., 1991; 49: 5–7.
4. Barlak M.: *Miejsce zdrowia w hierarchii wartości osoby*. Post. Rehab., 1996; 10(1): 7–10.
5. Białkowska J.: *Analiza socjomedyczna chorych w województwie warmińsko-mazurskim w systemie orzekania o niepełnosprawności dla potrzeb pozarentowych*. Rozprawa doktorska. Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Poznań 2000: 62–64.
6. Ciepliński M.: *Renty inwalidzkie w rolnictwie – mity i fakty*. Ubezpieczenia w Rolnictwie. Materiały i Studia, 2005; 1(25): 34–51.
7. Clarys P., Barel Z., Taeymans J.: *Percutane Penetration von Medikamenten Anwendung in der Physiotherapie*, Physiotherapie Med., 1998; 4: 40–50.
8. Cordes J.C., Zeibig B.: *Physiotherapie, Hydro- und Electrotherapie*. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1981.
9. Dega W., Milanowska K.: *Rehabilitacja Medyczna*. Wyd. II uzupełnione. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1993: 165–167.
10. Dziak A.: *Bóle krzyża*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1990: 376–377.
11. Dziak A., Czopik J.: *Ćwiczenia usprawniające w uszkodzeniach kości i stawów*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1990: 27–50.
12. Fiechtner J.: *Zapobieganie złamaniom bliższego końca kości udowej*. Medycyna po Dyplomie, 2005; 14: 81–88.
13. Fricke R.: *Lokale Kryotherapie bei chronisch entzündlichen Gelenkerkrankungen 3–4 mal täglich*. Z. Phys. Med. Baln. Med. Klim., 1988; 1: 196.
14. Gillert O., Rulffs W.: *Hydrotherapie und Balneotherapie*. Phlaum Verlag München 1982.
15. Górski W., Grossman J.: *Lecznicze, społeczne i zawodowe aspekty rehabilitacji schorzeń narządu ruchu*. Wyd. AWF, Warszawa 1988: 7–10, 77–85.
16. Haftak J.: *Urazy kręgosłupa i rdzenia kręgowego*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1986: 34–35, 124–125.
17. Kaczmarek T., Marcinkowski J.T.: *Ryzyko popełnienia błędu lekarskiego w postępowaniu orzecznictwem dotyczącym oceny niezdolności do pracy. Dylematy i problemy orzecznictwa lekarskiego u progu wejścia Polski do Unii Europejskiej*. Orzecznictwo Lekarskie, 2004; Tom I Supl. 184: 186–187.
18. Kiwerski J., Krasucki M., Jagodziński K.: *Patomechanika zespołu szyjno-barkowego w przebiegu zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa w odcinku szyjnym*. Post. Rehab., 1996. Supl. II: 161–165.
19. Kiwerski J.: *Skolioza reflektoryczna u chorych z przepukliną krążka międzykręgowego*. Post. Rehab., 1996; 10(2): 43–45.
20. Kloth L.C.: *Electrotherapeutic Alternatives for Treatment of Pain*. W: *Electrotherapy in rehabilitation*, (red.) Gersh M.R. Davis, Philadelphia 1992.

21. Kobielski W.: *Prewencja i rehabilitacja w działalności Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego*. Biuro Prewencji i Rehabilitacji KRUS, Warszawa 2002.
22. Kobielski W.: *Założenia programu promocji zdrowia wśród pacjentów przebywających w CRR KRUS*. Biuro Prewencji i Rehabilitacji KRUS, Warszawa 1997.
23. Konarska I., Wojtasiński Z.: *Kłamstwo sanatoryjne*. Wprost, 2005; 08(185): 84–88.
24. Konieczna D., Stryła W., Wachowska G., Milanowska K.: *Odległa ocena wyników kompleksowego leczenia chorych z zespołem bólowym kręgosłupa lędźwiowego*. Post. Rehab., 1996. Supl. II: 344–350.
25. Koradecka D.: *Bezpieczeństwo pracy na wsi*. Ubezpieczenia w Rolnictwie, Materiały i Studia, 2002; 1(13): 78–87, 91–92.
26. Księżpolska-Orłowska K.: *Ruch w profilaktyce osteoporozy*. W: *Osteoporoza poradnik dla lekarzy*. (red.) Lorenc R., Olszyński W. Wyd. Biuro Gamma mgr Bogusław Osuchowski, Warszawa 2004: 116–120.
27. Kulik T. B., Latałski M.: *Zdrowie Publiczne*. Wyd. Czelej, Lublin 2002: 75–94.
28. Kuński H., Janiszewski M.: *Poradnik lekarski aktywności ruchowej osób w wieku średnim*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1985: 125–128.
29. Lasota E.: *Potrzeby w zakresie rehabilitacji osób niepełnosprawnych województwa piotrkowskiego*. Praca doktorska. Akademia Medyczna w Łodzi, Łódź 1999: 72–81.
30. *Ludność i gospodarstwa domowe związane z rolnictwem 2002*. Narodowy Spis Powszechny, GUS, Warszawa 2003; 11: 51–52.
31. Łoza T., Karpilowska W.: *Skojarzona metoda postępowania fizjoterapeutycznego w zespołach bólowych odcinka piersiowego kręgosłupa*. Post. Rehab., 1992; 6(4): 49–51.
32. Łuczak A. i wsp.: *Bezpieczeństwo pracy. Nauka i praktyka*. Wyd. CIOP, Warszawa 2002: 4–5.
33. Mach-Ossowska U.: *Ocena efektów rehabilitacji u chorych ze zmianami zwyrodnieniowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa*. Post. Rehab., 2000; 1: 23–28.
34. Marcinkowski J.T.: *Socjomedyczne i orzecznicze aspekty zespołów bólowych kręgosłupa*. Rozprawa habilitacyjna. Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 1993.
35. Milanowska K.: *Podstawy rehabilitacji ruchowej w dysfunkcjach narządów ruchu*. Wyd. Sport i Turystyka, Warszawa 1981; 1: 142–146, 161–166.
36. Minta P., Śliwiński Z., Permoda A., Szapałow N.: *Badania nad występowaniem objawów korzeniowych w wypuklinie jądra miazdżystego*. Wydział Fizjoterapii AWF Wrocław, Symposium Naukowe, 21–23.03.2003, Zgorzelec 2003: 40–41.
37. Morehead K., Keuneth E.: *Osteoarthritis*. Medycyna po Dyplomie, 2004; 13(7): 84–94.
38. Moskovitz M.: *Farmakoterapia neuropatycznego bólu okolicy lędźwiowej*. Medycyna po Dyplomie, 2004; 2: 46–53.
39. Piątkowski S.: *Ortopedia, traumatologia i rehabilitacja narządów ruchu*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1990: 13–24, 39–40.
40. Pluskiewicz K., Sigmundzik A.: *Rehabilitacja laserowa zespołów szyjnych w warunkach ambulatoryjnych*. Post. Rehab., 1996. Supl. II: 245–248.
41. Polisson R.: *Nowe metody leczenia choroby zwyrodnieniowej stawów*. Medycyna po Dyplomie, 2003; 5: 141–151.
42. Ponikowska I.: *Kompendium balneologii*. Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2002: 151–154, 156–157.
43. Popiel A., Rapała K.: *Ocena siły mięśni prostowników i zginaczy kolana po przebytych stawowym złamaniu bliższego odcinka kości piszczelowej leczonego różnymi sposobami*. Post. Rehab., 1992; 4: 73–75.
44. Przeździak B., Słupecka-Wilhelm B., Matuszewska S.: *Problemy socjalne chorych z przewlekłymi zaburzeniami narządów ruchu*. Post. Rehab., 1996; 10(3): 105–108.
45. Rhodes H.: *Designed for walking*. Physiotherapy, 1999; 85(3): 173–176; Rehab. Med., 2000; 4(2): 81–84.
46. Straburzyńska-Lupa A., Straburzyński G.: *Fizjoterapia*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2004: 669–679.
47. Styczyński T., Sadowski A.: *Zespoły korzeniowe i rzekomokorzeniowe w obrazie klinicznym przepukliny lędźwiowych krążków międzykręgowych*. Post. Rehab., 1996; 10(2): 37–40.
48. Toczyński T.: *Raport z wyników Powszechnego Spisu Rolnego 2002*. Systematyka i charakterystyka

- gospodarstw rolnych 2002. Wybrane elementy sytuacji ekonomicznej gospodarstw rolnych. Narodowy Spis Powszechny, GUS, Warszawa 2003; 12: 33–35, 98–99, 101–102.*
49. Witaszek F., *Zarys orzecznictwa inwalidzkiego*, Wyd. Drukarnia Spółdzielni Wydawniczej UZS w Poznaniu, Poznań 1935.
 50. *Wskazówki metodyczne dotyczące podstawowego badania przedmiotowego narządów ruchu oraz sposobu opracowania karty badania na formularzu wg wzoru KRUS SR-56*. Biuro Świadczeń Centrali KRUS, Warszawa 2004.