

Pielęgniarstwo rehabilitacyjne w Polsce – zasadność, celowość i możliwości

Rehabilitation specialty nursing in Poland – is it justified?

Diana Słota, Joanna Niezbecka, Mirosław Jabłoński

Klinika Rehabilitacji i Ortopedii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Mirosław Jabłoński
Katedra i Klinika Rehabilitacji i Ortopedii
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. K. Jaczewskiego 8, 20-094 Lublin
e-mail: mbjablonski@gmail.com

STRESZCZENIE

PIELĘGNIARSTWO REHABILITACYJNE W POLSCE – ZASADNOŚĆ, CELOWOŚĆ I MOŻLIWOŚCI

Pielęgniarka jest osobą, która ma najczęstszy kontakt z pacjentem spośród członków zespołu terapeutycznego, zarówno w środowisku szpitalnym jak i domowym. Funkcja rehabilitacyjna jest pełniona przez nią w szerokim zakresie, zależnie od potrzeb, co przyczynia się bezpośrednio do usprawniania, zapobiegania powikłaniom ogólnoustrojowym i poprawy jakości życia. Szczególnie istotna jest u osób niepełnosprawnych ruchowo i z wielochorobowością.

W dobie starzejącego się społeczeństwa, należy rozwijać wiedzę i umiejętności pielęgniarek z zakresu rehabilitacji ze względu na ich duży potencjał pod kątem potrzeb chorych. Istnieją akty prawne dające swobodę działania i możliwości w zakresie pełnienia tej funkcji przez pielęgniarki, jednak nie ma w Polsce pielęgniarskiej specjalizacji z zakresu rehabilitacji. Na świecie pojawiają się trendy i specjalizacje z pielęgniarstwa rehabilitacyjnego, modelowym przykładem jest Kanada.

Słowa kluczowe:

pielęgniarstwo rehabilitacyjne, specjalizacja pielęgniarska, funkcja rehabilitacyjna, model kanadyjski

ABSTRACT

REHABILITATION SPECIALTY NURSING IN POLAND – IS IT JUSTIFIED?

Nurses enjoy a special status in the treatment teams due to their most intimate and frequent relations to the patients, both ambulatory and stationary ones. Hence, appropriate nursing care serves vast rehabilitation purposes and helps to prevent undesired events improving patient's quality of life. Particularly important is rehabilitation performed by nurses during care of the disabled and aged persons with co-morbidities.

In light of the fact that the population is aging, it is essential to introduce the appropriate rehabilitation learning programs as part of the nursing faculty. Although some of these practical treatment aspects are defined by the Polish law, nurses still cannot obtain a specialization degree in the field of rehabilitation in Poland. Yet, it is well established and developed in other countries, like Canada which could serve as a model.

Key words:

rehabilitation nursing, nurse specialty, function of rehabilitation, canadian method

WSTĘP

Wśród funkcji zawodowych pielęgniarek pracujących przy chorym bardzo istotna jest funkcja rehabilitacyjna. Jej realizowanie ma szczególne znaczenie w opiece nad osobami niesprawnymi ruchowo i w wielochorobowości osób starszych.

Funkcja rehabilitacyjna pielęgniarki została zdefiniowana jako zespół czynności, które są ukierunkowane na pomoc pacjentowi w ponownym odzyskiwaniu zdolności motorycznych utraconych w wyniku urazu, choroby, gwałtownego wypadku lub wady wrodzonej [1]. Dotyczy zatem pracy pielęgniarek na wszystkich oddziałach szpitalnych a także pielęgniarek środowiskowo – rodzinnych.

CEL PRACY

Celem pracy była analiza dotychczasowych publikacji, które ukazują zasadność udziału pielęgniarek w reha-

litacji, zakres ich działań w funkcji rehabilitacyjnej oraz przedstawienie obowiązujących na świecie modeli i trendów pielęgniarstwa rehabilitacyjnego.

Artykuł ma na celu wyjaśnienie roli pielęgniarki w rehabilitacji i zasygnalizowanie kwestii, które należy wziąć pod uwagę w praktyce klinicznej.

ZASADNOŚĆ REHABILITACJI PIELĘGNIARSKIEJ

Rehabilitacja lecznicza jest postępowaniem umożliwiającym przyspieszenie procesu naturalnej regeneracji oraz zmniejsza niedostosowanie fizyczne i psychiczne spowodowane chorobą lub urazem. Jest to działanie kompleksowe i zespołowe, mające na celu przywrócenie danej osobie pełnej lub maksymalnie możliwej sprawności psy-

chicznej, fizycznej, zdolności do pracy i brania udziału w życiu [2].

Rehabilitacja psychiczna jest działaniem, którego celem jest przywrócenie utraconej lub zaburzonej przez chorobę sprawności psychicznej, zdolności do pracy czy życia społecznego. Dotyczy ona najbardziej skrytych i subtelnych struktur osobowości ludzkiej. Posiadane przez pielęgniarki zdolności do empatii, powołanie zawodowe, pokora w odniesieniu do własnej wiedzy medycznej, a także wieloletnie doświadczenie, pomagają rozwiązywać wiele trudnych problemów w relacjach i rozmowach z chorymi, a także osiągnięcie wspólnych sukcesów [3].

Dzięki rozwojowi medycyny wydłuża się wiek oraz zwiększa liczba osób w tej grupie społecznej. Należy jednak wziąć pod uwagę nie tylko przedłużanie ale także poprawę jakości życia. Jako, że wraz z wiekiem stan zdrowia pogarsza się, zwiększa się liczba osób niepełnosprawnych, konieczne jest położenie nacisku na rehabilitację przedoperacyjną, pooperacyjną i pourazową oraz w chorobach przewlekłych [4].

Uzasadnieniem wizyt u pacjentów przedoperacyjnych jest oczekiwanie lepszej jakości terapii i współpracy z pacjentem w pierwszym etapie po zabiegu. Oddziaływanie psychoterapeutyczne skupia się zwykle na zmniejszeniu napięcia emocjonalnego pacjenta a także na zmotywowaniu go do podjęcia współpracy z zespołem terapeutycznym i późniejszego regularnego wykonywania ćwiczeń [5].

Po zabiegu operacyjnym pacjentowi zaleca się stosowanie ćwiczeń oddechowych, przeciwzkrzepowych kończyn dolnych, ćwiczeń czynnych wolnych stawów kończyn górnych i dolnych oraz jak najwcześniejszą pionizację i uruchamianie [6]. Jest to element terapii, który stosowany i egzekwowany jest zarówno przez fizjoterapeutów jak i pielęgniarki.

Brak aktywności ruchowej prowadzi do ograniczania wydolności organizmu osoby leżącej, hospitalizowanej. Najbardziej narażone na wszelkiego rodzaju nieprawidłowości są osoby po 65 roku życia, które często cierpią na wielochorobowość.

Istotną rolę w ograniczaniu wydolności ruchowej i funkcjonalnej odgrywają zmiany w strukturach kostno-stawowych, spadek siły mięśniowej, oraz sarkopenia. Unieruchomienie wpływa na rozwój zaburzeń metabolicznych, hiperlipidemii oraz zmniejsza wrażliwość tkanek na insulinę. Sprzyja również rozwojowi klasycznych zespołów geriatrycznych, takich jak zaburzenia opróżniania pęcherza moczowego i nietrzymanie moczu, spowolnienie perystaltyki jelit i zaparcia, zaburzenia funkcji poznawczych oraz zaburzenia emocjonalno-behawioralne [7]. Aby ograniczyć możliwość wystąpienia tych symptomów u osób w podeszłym wieku rehabilitacja przyłóżkowa powinna być jednym z najważniejszych elementów niefarmakologicznego postępowania leczniczego [8].

Zgodnie z prognozami demograficznymi odnośnie starzejących się społeczeństw na całym świecie, a także w Polsce, rosną wymagania w związku z planowaniem i organizowaniem działań, które zabezpieczą potrzeby zdrowotne osób w wieku poprodukcyjnym [9].

Proces demograficznego starzenia się ludności Polski będzie przebiegać ze znacznie większą intensywnością niż dotychczas. Istotny jest spodziewany wzrost odsetka osób w wieku powyżej 65 lat oraz proces tzw. podwójnego starzenia się ludności, opisujący nie tylko populację w wieku 65 i więcej lat ale również zwiększający się odsetek osób w wieku 80 i więcej lat [10].

Biorąc pod uwagę prognozy GUS z 2009 roku, w Polsce w 2035 roku osób w wieku 65 lat i więcej będzie 8358 tys., a w wieku 80 lat i więcej 2574 tys. Jeszcze bardziej istotny wydaje się fakt, że większość z tych osób będzie prowadzić jednoosobowe gospodarstwa domowe [11]. Prognoza demograficzna Eurostat podaje, że po 2035 roku, proces starzenia się ludności Europy będzie przebiegał jeszcze szybciej, a Polska pod tym względem będzie jednym z krajów czołowych [12].

Patrząc na te liczby łatwiej dostrzec, jak wielkie jest to wyzwanie dla służb medycznych. Osoby mieszkające samotnie z chorobą wielonarządową powinny mieć dostęp do odpowiednio przeszkolonego personelu medycznego. Podopieczni ci powinni w jak największym stopniu zachować sprawność, aby funkcjonować samodzielnie. Dlatego bardzo ważny jest aspekt odpowiedniego wykształcenia kadr medycznych w zakresie rehabilitacji pod kątem zapewnienia jak najlepszej opieki specjalistycznej.

Dzięki prawidłowo realizowanemu procesowi usprawniania przez pielęgniarkę pacjenci mogą całkowicie lub częściowo odzyskiwać niezależność i samodzielność, co poprawi jakość ich życia i ogólne samopoczucie [13].

Pielęgniarki czuwają nad pacjentami w czasie wykonywania przez nich wyuczonych ćwiczeń w łóżku, przemieszczania się z pomocą kul lub sprzętu pomocniczego. Pokazują one, równocześnie pouczając, jak bezpiecznie i efektywnie wykonywać ćwiczenia, uczą siadania na niskich siedziskach z wyprostowanymi kończynami w wypadku zmęczenia i potrzeby odpoczynku lub wystąpienia nagłego bólu. Nawet w przypadku zlecenia konkretnego ćwiczenia przez lekarza i nauczania przez fizjoterapeutę, jak ma je wykonywać, to pielęgniarka jest zwykle tą osobą, która egzekwuje pracę i systematyczność chorego [14].

Dzięki temu, że pielęgniarki są pewnego rodzaju obserwatorem, mogą aktywnie tworzyć proces leczenia chorego poprzez czuwanie nad tym, czy pacjent stosował się do wskazań zaleconych przez zespół rehabilitacyjny, informowaniu zespołu o postępach oraz spostrzeżeniach i uwagach na temat danego pacjenta [15]. Przekonanie pacjenta o konieczności współpracy z zespołem terapeutycznym, zachęcenie do zaangażowania bywa częstym elementem kontaktu z pacjentem chociażby podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych. Podejście pielęgniarki do pacjenta z uwzględnieniem jego nastawienia wobec samego siebie i choroby, pełen profesjonalizm i życzliwość warunkuje często powodzenie rehabilitacji. Rolą pielęgniarek jest również pobudzanie chorych do samodzielnej aktywności fizycznej. Motywując pacjenta do aktywności, dążą do osiągnięcia jego maksymalnej samodzielności we wszystkich czynnościach życia codziennego.

Obecnie nie istnieje specjalność medyczna, w której rehabilitacja nie byłaby częścią leczenia. Model rehabili-

tacji funkcjonującej w Polsce zakłada, że powinna być ona powszechna, wczesna, kompleksowa i ciągła.

ZAKRES DZIAŁAŃ PIELĘGNIARSKICH W REALIZACJI FUNKCJI REHABILITACYJNEJ

Pielęgowanie obecnie określa się jako proces, w którym następuje indywidualizacja opieki nad pacjentem, przy której pielęgniarka wykazuje dużą samodzielność zarówno w planowaniu, realizacji, jak i ocenie podejmowanych działań [16]. Zawód pielęgniarki (podobnie jak fizjoterapeuty) stał się zawodem autonomicznym i nie powinien być postrzegany wyłącznie przez pryzmat zleceń i poleceń lekarskich. Pielęgniarka to osoba pracująca z pacjentem, ukierunkowana na osobę, a nie na chorobę. Jej rola nie polega na pracy dla lekarza, lecz współdziała z nim w zespole terapeutycznym [17]. Odpowiednie przygotowanie i rozwój personelu pielęgniarskiego są cechami generującymi jego profesjonalizm i wiążącą się z nim wysoką jakością usług medycznych. Podczas ustalania zakresu i warunków kształcenia pielęgniarek, uwzględnia się między innymi zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia, Międzynarodowej Rady Pielęgniarek oraz dyrektywy Unii Europejskiej.

Zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039.) wykonywanie zawodu pielęgniarki polega między innymi na samodzielnym świadczeniu opieki w zakresie rehabilitacji oraz wykonywaniu zleceń lekarskich, które dotyczą rehabilitacji.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 listopada 2007 roku, w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wykonywanych samodzielnie przez pielęgniarkę, bez zlecenia lekarza (Dz.U.2007.210.1540), w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych uprawnia do prowadzenia:

- rehabilitacji przyłóżkowej w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z unieruchomienia,
- usprawniania ruchowego (siadanie, pionizacja, nauka chodzenia, nauka samoobsługi) oraz pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,
- aktywizacji podopiecznych z wykorzystaniem elementów terapii zajęciowej,
- terapii kreatywnej i rehabilitacji chorych wymagających opieki paliatywnej,
- prowadzenie instruktażu w zakresie treningu pęcherza moczowego u chorych z problemem nietrzymania moczu,
- prowadzenie instruktażu w zakresie hartowania i kształtowania kikuta amputowanej kończyny,
- rehabilitację podopiecznych z zaburzeniami psychicznymi,
- wnioskowanie o objęcie opieką społeczną.

Zakres prawnie ustalonych działań pielęgniarskich obejmuje również:

- naukę i przeprowadzanie ćwiczeń oddechowych – które mają na celu rozprężanie klatki piersiowej,

poprawę mechaniki i toru oddychania, nauczanie naturalnego ale świadomego oddychania (rehabilitacja przyłóżkowa) [18];

- częstą zmianę pozycji, z zachowaniem fizjologicznego ułożenia ciała (pozycja boczna, grzbietowa, Trendelenburga, wysoka – Fowlera, półwysoka – semi Fowlera, brzuszna); ułożenie w łóżku wielofunkcyjnym (terapia ułożeniowa) [19]. Specyficzne rodzaje ułożenia funkcjonalnego stosuje się zależnie od wielu czynników i chorób np. przy karmieniu, w niewydolności sercowo-oddechowej, urazach czaszkowo-mózgowych – pozycja wysoka. Pozycja niska stosowana jest przykładowo w zaburzeniach krążenia tętniczego lub złamaniach odcinka szyjnego kręgosłupa. Chorych po operacjach płuc oraz z niedowładem połowicznym układać się powinno w pozycji bocznej natomiast ułożenie na brzuchu dotyczy chorych z oparzeniami a także w zapobieganiu i leczeniu odleżyn [20].

Długie pozostawianie pacjenta w łóżku jest szczególnie niebezpieczne ze względu na ryzyko wystąpienia zapalenia płuc. Leżąc beczynnym wątroba, żołądek, śledziona i inne narządy trzewne wywierają ucisk na przeponę, uciskając podstawę płuc. Już kilka godzin po unieruchomieniu, jeśli nie nastąpi zmiana pozycji ciała, w płucach zaczynają powstawać ogniska niedodmy. Proces ten dotyczy szczególnie osób starszych, palących papierosy, z chorobami układu oddechowego i krążenia. U tych pacjentów pielęgniarka wprowadzać powinna jak najszybciej ćwiczenia oddechowe, efektywnego kaszlu, inhalacje, pozycje drenażowe ciała, wysoką pozycję ułożeniową oraz oklepywanie klatki piersiowej [21].

Na oddziałach szpitalnych, przez pielęgniarki prowadzona jest przede wszystkim rehabilitacja przyłóżkowa. Jest to kompleksowe usprawnianie osób, które są unieruchomione w łóżku, prowadzone czasowo lub przewlekłe, w ramach zawodowej funkcji rehabilitacyjnej. Zapobiega ona objawom zespołu unieruchomienia spowodowanego brakiem lub ograniczeniem ruchu. Wyróżniamy dwa rodzaje rehabilitacji przyłóżkowej: układowa (ruchowa, oddechowa) oraz narządowa (jelit, pęcherza moczowego) [22].

Istotne jest również zwrócenie uwagi na angażowanie przez pielęgniarki rodziny pacjentów w terapię i rehabilitację. Są one najbardziej „dostępne” dla pacjentów i ich rodzin ze wszystkich członków zespołu terapeutycznego, stąd mają możliwość edukować całe rodziny, dostarczać wyczerpujących informacji, wsparcia emocjonalnego, delegować zadania. Wpływać tym samym na udział członków rodziny w rehabilitacji chorego, dzięki czemu zwiększy się jej efektywność [23].

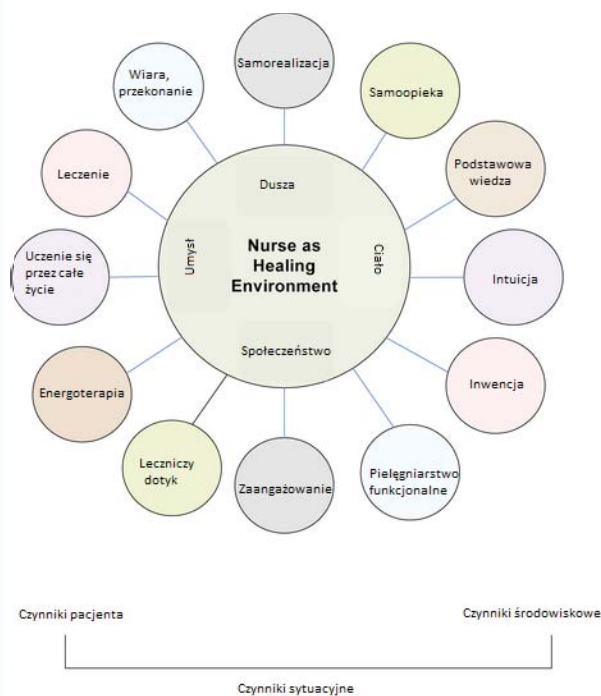
MODELE REHABILITACJI PIELĘGNIARSKIEJ NA ŚWIECIE

1. Integracyjny i Holistyczny Model Pielęgniarsstwa

Jest to model opieki, który obejmuje całościowe podejście do pacjenta zarówno w sferze ciała, umysłu, ducha, jak i w aspekcie zawodowym, rodzinnym i relacji spo-

łecznych. Opisuje mechanizmy przyczynowo – skutkowe. Praca zgodna z tym modelem ma na celu usprawnienie rehabilitacyjnych czynności pielęgniarzkich. W celu lepszego zrozumienia powstał diagram rysunkowy, pokazujący wzajemne relacje konkretnych aspektów życia współdziałających z opieką pielęgniarzką. Stwarza on korzyści zarówno dla pacjenta jak i dla pielęgniarki, która może odnaleźć nowy sens i kierunek swoich działań.

Opisywany model koncepcyjny podkreśla również znaczenie autentyczności w zawodzie pielęgniarki. By móc nieść pomoc musi ona zdawać sobie sprawę, jak ważna jest jej rola oraz zaangażowanie. Musi być osobą o niezawodnej intuicji, wiedzy, poczuciu własnej wartości i tożsamości. Relacje pomiędzy jej ciałem, duchem, umysłem i społeczeństwem muszą łączyć się i współgrać aby mogła być wzorem do naśladowania dla pacjenta. Ważne jest zatem żeby pielęgniarka, która jest głównym źródłem uzdrawiania, była osobą w pełni świadomą swoich zadań wynikających z funkcji rehabilitacyjnej, gdyż bez tej świadomości i spełnienia wszystkich podstawowych czynników nie może wystarczająco dobrze realizować się zawodowo [24].



Ryc. 1. Integracyjny i Holistyczny Model Pielęgniarstwa

PIELĘGNIARSTWO REHABILITACYJNE JAKO SPECJALIZACJA

Kanadyjskie Stowarzyszenie Pielęgniarek (*Canadian Nurses Association – CNA*) oferuje certyfikację z 20 różnych specjalności w obszarach praktyki pielęgniarzkiej. Między innymi specjalizację z pielęgniarstwa rehabilitacyjnego, której jeszcze nie ma w Polsce.

Na stronie internetowej CNA (www.nurseone.ca) jest dostępny wykaz instrukcji i wytycznych dotyczących kompetencji, wiedzy i umiejętności a także bibliografia pomagająca w przygotowaniu się do egzaminu certyfikacyjnego. Istnieje również Kanadyjskie Stowarzyszenie

Pielęgniarek Rehabilitacyjnych (*Canadian Association of Rehabilitation Nurses – CARN*), które zrzesza certyfikowane specjalistki w tej dziedzinie.

Misją tego stowarzyszenia jest reprezentacja jego pielęgniarek, promocja i szerzenie postępu sztuki, nauki i praktyki profesjonalnej rehabilitacji pielęgniarzkiej przez edukację, obronę interesów, współpracę i badania naukowe w celu poprawy jakości życia Kanadyjczyków z przewlekłymi chorobami, dysfunkcjami, zespołem kruchości oraz starzenia.

Projekt egzaminu z pielęgniarstwa rehabilitacyjnego składa się z dwóch elementów – zakresu mierzonego obszaru oraz sposobu mierzenia wymaganych treści. Obszar zawiera listę kompetencji, które są wymagane w celu przystąpienia oraz zaliczenia egzaminu a także informację odnośnie konieczności przepracowania minimalnie dwóch lat w zawodzie, w celu zdobycia doświadczenia i możliwości przystąpienia do egzaminu.

Założenia wyszczególnione w projekcie to między innymi rola pielęgniarki rehabilitacyjnej, która:

- współpracuje z klientami w każdym wieku przez cały czas pełnienia przez nią opieki, uwzględniając ich prawa i obowiązki,
- ustanawia terapeutyczną relację z klientem, którego postrzega i traktuje całościowo,
- współpracuje z klientem jak i członkami interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego,
- pracuje zgodnie z kodeksem etyki zawodowej oraz standardami opieki,
- zna i rozumie swoją wielowymiarową rolę w zespole terapeutycznym,
- stosuje i rozpowszechnia w praktyce, wyspecjalizowaną wiedzę opartą na dowodach naukowych,
- wykorzystuje wyniki leczenia i uczestniczy w inicjatywach poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki. Z założeń specjalizacji wynika, że klient:
- jest to osoba, rodzina, grupa, jak i społeczność,
- jest traktowany holistycznie,
- posiada zarówno doświadczenia z przeszłości jak i oczekiwania, które należy brać pod uwagę podczas opieki.

Testowy egzamin specjalizacyjny z zakresu pielęgniarstwa rehabilitacyjnego zawiera 165 pytań wielokrotnego wyboru. W ramach programu specjalizacji wyróżniono dziewiętnaście kategorii pytań:

1. Mobilność.
2. Seksualność.
3. Sen i odpoczynek.
4. Zmysły/ Percepcja.
5. Ból.
6. Komunikacja.
7. Zaburzenia poznawcze.
8. Odżywianie i połykanie.
9. Wypróżnianie.
10. Czystość skóry.
11. Opieka nad Klientem po udarze mózgu.
12. Opieka nad Klientem z urazowym lub nabytym uszkodzeniem mózgu.
13. Opieka nad Klientem z chorobami aparatu ruchowego.
14. Opieka nad Klientem z chorobą oparzeniową.

15. Opieka nad Klientem z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.
16. Opieka nad Klientem z Rakiem.
17. Dbalność o Klienta z chorobami układu nerwowego.
18. Opieka nad Klientem z chorobami układu krążenia i chorobami płuc.
19. Opieka nad Klientem z Wygaszaniem.

W celu zapewnienia, że kompetencje są mierzone na różnych poziomach zdolności poznawczych, każde pytanie egzaminu należy do jednego z trzech poziomów: wiedza/rozumienie, stosowanie i krytyczne myślenie.

1. Wiedza/Rozumienie – poziom ten łączy w sobie możliwość zastosowania nauczonego materiału aby zrozumieć jego znaczenie. Obejmuje poznanie i rozumienie definicji, faktów, zasad i interpretacji danych.
2. Zastosowanie – poziom odnoszący się do umiejętności zastosowania wiedzy i uczenia się nowych rzeczy w sytuacji praktycznej. Obejmuje stosowanie zasad, metod i teorii w praktycznej opiece nad klientami.
3. Krytyczne myślenie – dotyczy procesów myślowych wyższego poziomu. Obejmuje zdolności do oceny istotności danych, myślenia abstrakcyjnego i rozwiązywania problemów (np. określenie priorytetów opieki lub oceny skuteczności interwencji). Pielęgniarka rehabilitacji z co najmniej dwuletnim doświadczeniem powinna być w stanie zidentyfikować związki przyczynowo-skutkowe, odróżniać istotne i nieistotne danych, formułować poprawne wnioski i osądy dotyczące potrzeb klientów [25].

PODSUMOWANIE

Nie ulega wątpliwości, że w pracy każdej pielęgniarki usprawnianie pacjenta stanowi ważny element, niezależnie od tego w jakim kraju, czy też na jakim oddziale pracuje. Pielęgniarki mają istotny wpływ na to, czy powrót do zdrowia przebiegnie szybciej w trakcie kompleksowego, wczesnego i ciągłego procesu rehabilitacyjnego. To właśnie one regularnie oraz niemal stale kontaktują się z pacjentami i mogą dlatego istotnie wpływać na ich aktywność podczas pobytu w szpitalu lub środowisku.

Istnieje szereg podstaw, które świadczą o potrzebie utworzenia, najlepiej w oparciu o sprawdzony model kanadyjski, specjalizacji rehabilitacyjnej w zakresie pielęgniarstwa. Nasze kraje łączy wspólność problemów demograficznych, cywilizacyjnych i położenia geograficznego. Polskie pielęgniarstwo rehabilitacyjne powinno więc zostać powołane jako nowa specjalizacja i rozwijać się, spełniając potrzeby i oczekiwania społeczne.

PIŚMIENNICTWO

1. McCormack B. A conceptual framework for person-centred practice with older people, *International Journal of Nursing Practices*. 2003; 9(3): 202-209.
2. Pyszora A, Graczyk M. Rehabilitacja w opiece paliatywnej. *Polska Medycyna Paliatywna*, 2006; 5(2): 82-86.
3. Tchórzewska-Korba H. Rehabilitacja chorych na nowotwory z elementami psychoonkologii. Warszawa: Wyd. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, 2011.
4. Madejska I, Doroszevska-Szczepanik A. Rehabilitacja przed- i okołoperacyjna chorych w wieku podeszłym – rehabilitacja ruchowa. *Postępy Nauk Medycznych*. 2008; 12: 804-810.
5. Powoda A, Jastrzębska B. Optymalizacja wczesnej rehabilitacji pacjentów poddawanych zabiegom kardiochirurgicznym – doświadczenia własne. *Rehabilitacja Medyczna*. 2005; 9(2): 39-47.
6. Kwolok A. *Rehabilitacja Medyczna*. Wrocław: Wyd. Urban&Partner; 2003, s. 374-375.
7. Kozak-Szkopek E, Galus K. Wpływ rehabilitacji ruchowej na sprawność psychofizyczną osób w podeszłym wieku. *Gerontologia Polska*. 2009; 17(2): 79-84.
8. Heath JM, Stuart MR. Prescribing exercise for frail elders. *J. Am. Board Fam. Pract.* 2002.
9. Staszewska A. Problem Starzenia się społeczeństwa w programach Unii Europejskiej. *Nowiny Lekarskie*. 2013; 82(1): 101-107.
10. Mossakowska M, Więcek P, Błędowski P. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne, 2012, s.11-23.
11. GUS. Prognoza ludności na lata 2008-2035. Warszawa: GUS. 2009.
12. Eurostat. Demography report 2010. Older, more numerous and diverse Europeans. Luxemburg: Eurostat. 2011.
13. Kwaśniewska A, Kamusińska E. Rola pielęgniarki w rehabilitacji pacjentów. *Studia Medyczne*. 2012; 25(1): 73-80.
14. Kozłowska D, Wojciechowska M. Realizowanie zadań funkcji rehabilitacyjnej przez pielęgniarki w opinii pacjentów niepełnosprawnych ruchowo. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2007; 15(2): 162-167.
15. Leedham K. District nurses' views on the role of rehabilitation in palliative care. *Intern. J. Palliat. Nurs.* 1995; 3: 141-144.
16. Glińska J. i wsp. Analiza poziomu świadomości pielęgniarek w zakresie autonomii zawodowej. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2010; 18(4): 477-482.
17. Griffiths P. Nursing-led in-patient units for intermediate care: a survey of multidisciplinary discharge planning practice. *Journal of Clinical Nursing*. 2002; 11(3) 322-330.
18. Miller E. Rola pielęgniarki w rehabilitacji i opiece nad chorym po udarze mózgu. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2009; 17(2): 152-156.
19. Kozłowska D. Rehabilitacja przyłóżkowa prowadzona przez pielęgniarki w profilaktyce powikłań zespołu unieruchomienia w opiece długoterminowej, Konferencja Naukowa, Łódź, 2010.
20. Kiwerski J. *Rehabilitacja Medyczna*. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL. 2007, s. 40-48, 71-80.
21. Kapała W. Rehabilitacja oddechowa pacjentów po operacjach. *Magazyn pielęgniarki i położnej*. 2001; 9: 24-25.
22. Jaror J. i wsp. Specyfika rehabilitacji ruchowej osób starszych. *Nowiny Lekarskie*. 2013; 82(1): 89-96.
23. Long AF et al. The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 35(1): 70-78.
24. Nathenson P. Application of Holistic Nursing in the Rehabilitation Setting. *Rehabilitation Nursing*. 2012; 37(3): 114-118.
25. www.nurseone.ca (20.06.2015)

Praca przyjęta do druku: 07.07.2015

Praca zaakceptowana do druku: 06.08.2015