



Ziemia Lubliniecka

MAGAZYN SPOŁECZNO-KULTURALNY

EGZEMPLARZ BEZPŁATNY

GAZETA POWIATOWA

ISSN 1641-1935

NR 2/2023 (194)



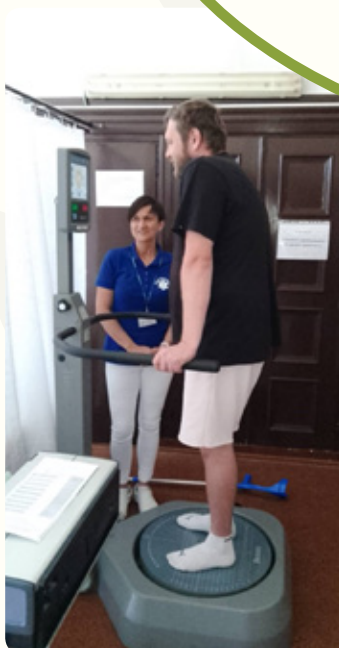


Z okazji Jubileuszu 60-lecia Szpitala Rehabilitacyjnego w Kochcicach składam najserdeczniejsze wyrazy uznania i gratulacje dla Dyrekcji i wszystkich Pracowników tej placówki.

W tym uroczystym dniu życzę, aby Państwa praca, która wymaga nie tylko profesjonalizmu, ale towarzyszenia drugiemu człowiekowi była źródłem satysfakcji i dawała poczucie wyjątkowości wynikającej z możliwości przywracania chorym radości życia.

Słowa uznania należą się również osobom, które tworzyły bogatą historię tego miejsca. Swoimi działaniami sprawili oni, iż w tym miejscu w dalszym ciągu można korzystać z profesjonalnej opieki lekarzy i rehabilitantów i – jak mówi motto tego miejsca- „dać szansę zdrowiu”.

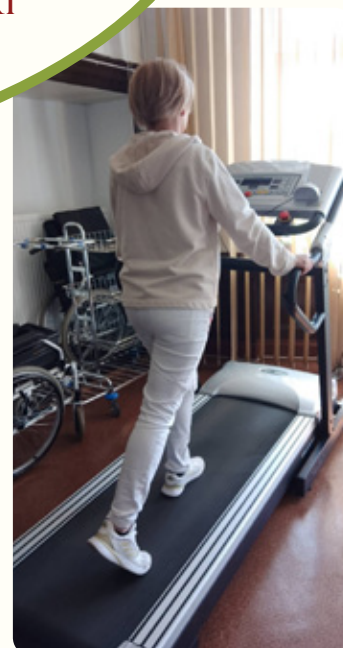
STAROSTA LUBLINIECKI
Joachim Smyła



Platforma balansowa



Park, stawy w Kochcicach. Od lewej: Ewa Greupner, Katarzyna Brzezina, Ewa Szuster, Małgorzata Puchała, Julia Pyka, Anna Mańka-Falkowska, Małgorzata Pielat



Bieżnia rehabilitacyjna



Uroczyste przekazanie sprzętu rehabilitacyjnego zakupionego z darowizn oraz z 1% podatku PIT za 2021 rok. Od lewej, na rowerkach rehabilitacyjnych, w pierwszym rzędzie: Małgorzata Pielat, Renata Zawisza-Byłak; w drugim rzędzie: Ireneusz Czech (Wójt Gminy Kochanowice), Roman Borszcz, Maria Podyma, Witold Kluba, Henryk Kromołowski, Ryszard Faltus, Elżbieta Lukosek, Marek Grzeńczyk, Elżbieta Jabłońska, Jerzy Kuźnik

Zarys dziejów rehabilitacji zdrowotnej – od starożytności do współczesności

HISTORIA REHABILITACJI JEST PRAWDOPODOBNIENIE TAK STARA JAK HISTORIA LUDZKOŚCI. FORMA, ZAKRES DZIAŁALNOŚCI ORAZ KOMPETENCJE LECZĄCYCH ZMIENIAŁY SIĘ WIELOKROTNIENIE, JEDNAK CEL BYŁ ZAWSZE JEDEN – UTRZYMAĆ CZŁOWIEKA W JAK NAJLEPSZEJ FORMIE FIZYCZNEJ.

Życie człowieka pierwotnego było niezwykle surowe, a walka o przetrwanie stanowiła podstawę istnienia. W tym czasie liczyli się tylko silni i szybcy. Osoby chore i słabe były ciężarem dla całej grupy i bardzo często zdarzało się, że pozbywano się ich, nie zważając na ich los. Wyjątki stanowili przywódcy plemion szanowani za zasługi, które poczynili dla swojego ludu. Stąd też, z całą dozą prawdopodobieństwa należy domniemywać, że fizjoterapia mniej lub bardziej świadomie jest obecna w naszym życiu od tysiącleci.

W kulturze japońskiej i chińskiej wszelkiego rodzaju ruch i ćwiczenia oddechowe znane były jako element wpływający na prawidłowy rozwój człowieka, kształtując jego tętno fizyczne. Prowadzono badania nad wpływem ruchu i ćwiczeń na zdrowie i siłę człowieka.

Pierwsze wzmianki dotyczące rehabilitacji sięgają czasów Chińskiego cesarza Hoong-Ti – 3 tys. lat p.n.e. Formy wykorzystywane w późniejszych latach, jak leczenie światłem, ciepłem, wodą czy bodźcami manualnymi stanowią podwaliny dzisiejszej pracy z ciałem prowadzonej przez fizjoterapeutów.

Równoległe swoją wiedzę powiększała inna cywilizacja starożytnego Wschodu – Indie. Liczyło się tam utrzymywanie czystości oraz odpowiedniej higieny ciała. Zasady te wraz ze wskazówkami dotyczącymi uprawiania ćwiczeń dla Hindusów spisane były w świętych księgach *Wedy*. Dwóch starożytnych lekarzy Suaruta i Charaka dużą wagę przywiązywali do systematyki ćwiczeń, rozważań na temat uprawiania wysiłku fizycznego. Można śmiało uznać owych medyków za twórców termo- i wodolecznictwa. Także, około 2 tys. lat p.n.e. w Indiach powstał system gimnastyki leczniczej stosowany do dziś – *Joga*. Miała ona na celu pomóc w osiągnięciu równowagi pomiędzy ciałem, umysłem i duszą.

Z kolei w starożytnym Egipcie kapłani dbali o odpowiednią kondycję faraonów. Stosowano masaże z nacieraniem olejkami, kąpiele zimne i ciepłe oraz elementy gimnastyki leczniczej.

Największy jednak rozwój rehabilitacji medycznej miał swój początek w starożytnej Grecji, gdzie przywiązywano dużą wagę do gimnastyki. Zauważono zbawienny wpływ ćwiczeń oddechowych na organizm człowieka, a kapłani w świątyniach Asklepiosa, które usytuowane były w górzystym terenie, wykorzystywali wody mineralne, ćwiczenia, chodzenie na bosą, masaże czy jazdę konno, tworząc ośrodki pełniące funkcje uzdrowisk.

Hipokrates (460–377 r. p.n.e.) uznawany za jednego z ojców medycyny zauważał powiązania pomiędzy uprawianiem wysiłku fizycznego a wzmocnieniem ciała oraz jakie mogą być skutki bezczynności. Nie bagatelizował przy tym ćwiczeń i masażu, które miały wpływać na dobre zdrowie pacjentów, a ponadto, zalecał kuracje powietrzno-klimatyczne i spacer.

W starożytnym Rzymie również zajmowano się leczeniem ruchem, a wiadomości na ten temat zostały przejęte od Greków. Galen (133–199 n.e.) grecki lekarz pracujący w Rzymie opisywał wiele zagadnień związanych z rehabilitacją. Usystematyzował wiedzę na temat anatomii ludzkiego mózgu, układu nerwowego, kości, stawów i mięśni. Dzięki niemu do medycyny weszły do dziś stosowane terminy dotyczące wad postawy jak: skolioza, lordoza czy kifoz. Zalecał on ćwiczenia z partnerem, ćwiczenia rytmiczne, ćwiczenia z oporem oraz grę w piłkę. Podzielił ćwiczenia na lecznicze, wojskowe i atletyczne.

dr Henryk Kromołowski • CD. NA STR. 4

Ziemia Lubliniecka – Magazyn Społeczno-Kulturalny

Wydawca: Powiat Lubliniecki

Redaktor naczelny: Bogusław Hrycyk; sekretarz redakcji: Aneta Konieczny; pismo redagowane przez Kolegium Redakcyjne w składzie: Arkadiusz Baron, Zbigniew Chromik, Krzysztof Kanclerz, Marzena Koza, Andrzej Musioł, Edward Przebieracz, Sebastian Ziółek, Mariusz Żymierski

Zdjęcie na okładce: Mirosław Włodarczyk

Adres redakcji: Starostwo Powiatowe w Lublińcu, ul. Paderewskiego 7, tel. (34) 35–10–500, wew. 601,

e-mail: promocja@lubliniec.starostwo.gov.pl

Nakład: 3000 egz.

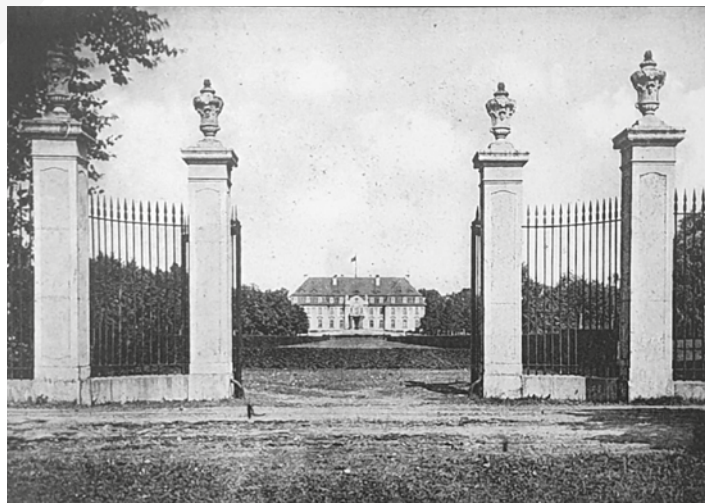
Skład i druk: Drukarnia Sil-Veg-Druk; www.svd.pl; tel.: 34 356 29 61

Materiały do gazety przyjmowane są w siedzibie Starostwa Powiatowego w Lublińcu, pokój 21. Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych. Zastrzega sobie także prawo ich skracania. Nieprzyjmowane są artykuły niepodpisane. Redakcja nie odpowiada za treść artykułów.

ZARYS DZIEJÓW REHABILITACJI CD.



Pałac na początku XX wieku



Brama wjazdowa zamknięta w 1945 roku

Tak więc, wszystkie informacje wskazują, że leczenie usprawniające już w czasach starożytnych zajmowało czołowe miejsce w medycynie jako najbardziej „fizjologiczny” środek profilaktyczny i terapeutyczny. Należy wspomnieć, że w czasach starożytnych pojawiły się nie tylko pierwsze przykłady kinezyterapii, ale również zabiegi z zakresu fizykoterapii i masażu. Nazwę „fizykoterapia” wywodzącą się od greckiego słowa *physis* (natura, przyroda) oznaczającą zastosowanie metod przyrodniczych w leczeniu i rehabilitacji oraz profilaktyce – wprowadzono dużo później.

W czasach średniowiecznych, w których potępiano kult ciała, a hołdowano umartwianiu się, nie rozwijano działalności na rzecz osób niepełnosprawnych, a rozwój kinezyterapii stanął w miejscu aż do XIII wieku, kiedy to wynaleziono proch, który zaczęto stosować na polach walki. Liczba rannych i inwalidów rosła, co w sposób naturalny musiało doprowadzić do rozwoju chirurgii oraz rehabilitacji pokrzywdzonych w działaniach wojennych. W tych czasach religia z medycyną pozostawały w ścisłym związku i wszelkie *zniekształcenia ciała* uważano za zesłaną za grzechy karę niebios. Był to „dopust Boży” i dlatego ówczesne społeczeństwo miało zapewniony spokój sumienia w stosunku do losów ludzi upośledzonych fizycznie. Pomimo takiego stanowiska w imię chrześcijańskiej miłości bliźniego powstawało w tym czasie wiele zakładów dla chorych, kalekich i starców, a stowarzyszenia religijne stawiały sobie jako jeden z celów niesienie pomocy osobom potrzebującym.

Na przeciwnym biegunie stał świat islamu, który szeroko czerpał z nauk kultury antycznej i rozwijał u siebie praktyki medyczne. Wystarczy wspomnieć o słynnym Awicennie propagatorze ruchu i masażu jako metod leczniczo-profilaktycznych.

W epoce Renesansu odżyło zainteresowanie ludzką anatomią. W tym okresie urodził się Ambroise Paré (1510–1590), lekarz i humanista, który uczestniczył w wojnach – między innymi, potrafił podwiązywać naczynia krwionośne podczas amputacji, a po operacji zaopatrywał chorych w stworzone przez siebie protezy. Stosował również gorsety, szyny unieruchamiające, obuwie korekcyjne, prowadził

badania nad fizjologią masażu. Uważa się go w nowożytnej Europie za prekursora rehabilitacji.

Równoległe w tym czasie w Polsce działał Wojciech Oczko, lekarz nadworny króla Stefana Batorego, który doceniał balneologię i kinezyterapię. Jako pierwszy w Polsce w praktyce stosował ćwiczenia fizyczne, a także gorąco zachęcał do wodolecznictwa w postaci kąpeli i kuracji pitnych. To on jest autorem słów – *ruch może zastąpić wszystkie lekarstwa, ale żadne lekarstwo nie jest w stanie zastąpić ruchu.*

Epokę Oświecenia można uznać za dynamiczną pod względem rozwoju w naukach medycznych. Wykorzystując wiedzę Williama Gilberta w 1740 r. stworzono *maszynę do elektryzacji* – podwaliny dzisiejszej elektroterapii.

Rozwój rehabilitacji współcześnie rozumianej zaczął się w XIX wieku. Ale dopiero Douglas C. McMurtie, dyrektor Nowojorskiego Instytutu Czerwonego Krzyża w 1918 roku przedstawiając wyniki leczenia inwalidów wojennych, używa określenia *rehabilitacja*. Żyjący w latach 1776–1839 Henryk Ling, uważany za ojca dzisiejszej gimnastyki leczniczej, w 1813 roku utworzył Królewski Centralny Instytut Gimnastyczny z siedzibą w Sztokholmie. Ćwiczenia w modelu Linga są prowadzone przez kinezyterapeutę, który ma za zadanie wspomagać ruch. Udowodnił on, że część schorzeń można wyleczyć stosując dobrze wykonany masaż oraz wykonując określone ćwiczenia specjalnie dobrane pod pacjenta i rodzaj choroby. W swoim Instytucie szkolili pierwszych fachowców w dziedzinie leczenia ruchem. Następował również gwałtowny rozwój ortopedii, która do dziś nieodzownie połączona jest z powrotem do sprawności fizycznej. Zasłużyły się w tej materii takie osoby, jak Szwajcar Jean-André Venel, który jest powszechnie uznawany za twórcę pierwszego zakładu ortopedycznego. Jednym z pierwszych stowarzyszeń, które użyło słowa *fizjoterapia* było stowarzyszenie założone w 1894 roku przez cztery angielskie pielęgniarki – Chartered Society of Physiotherapy. Jak wspomniano XIX wiek owocuje powstawaniem nowych metod wykorzystywanych w leczeniu rozmaitych

ZARYS DZIEJÓW REHABILITACJI CD.



Hol pałacowy



Pałac sprzed 100 lat

schorzeń. Dzieje się tak, między innymi, na skutek odkryć w dziedzinie elektryczności, a więc odkrycia w 1800 roku ogniwa galwanicznego przez włoskiego naukowca, fizyka doświadczalnego Alessandro Giuseppe Voltę (1745–1827) – (jego bateria była pierwszym wynalezionym w czasach nowożytnych źródłem ciągłego prądu elektrycznego), zjawiska indukcji elektromagnetycznej dokonanej w 1831 roku przez angielskiego fizyka doświadczalnego i chemika Michael’a Faraday’a (1791–1867) – (jego osiągnięcie było przełomowe zarówno dla fizyki jak i techniki – umożliwiło konstrukcję pierwszych prądnic i silników elektrycznych, przyczyniając się do drugiej rewolucji przemysłowej i mazurowej elektryfikacji), co w efekcie doprowadziło do wykozystania i zastosowania przez francuskiego lekarza i neurologa Guillaume’a Duchenne (1806–1875) prądu faradycznego i galwanicznego w leczeniu porażań, niedowładów, dystrofii mięśniowej.

Ponadto, pod koniec XIX wieku pojawiają się różne trendy w, jak to wówczas nazywano lecznictwie przyrodniczym i naturalnym. Popularna staje się kuracja Sebastiana Kneipp’a (1821–1897), bawarskiego księdza katolickiego, proboszcza z Wörishofen, propagatora oraz zwolennika hydroterapii, urozmaiconej i pełnej diety oraz ziołolecznictwa, nazywanego „wodnym doktorem” – był pierwszym propagatorem odnowy biologicznej w Europie. Ten „papież *wellness*” opracował metodę w postaci kompleksowego programu regeneracyjno-leczniczego opartego na dobroczynnym działaniu wody, polegającą na wykorzystywaniu kąpiele i oblewaniu wodą ciała. Dziś jego terapia wodą uważana jest za skuteczny środek leczniczy i odprężający. Prostota i zadziwiająca skuteczność terapii wodą czynią jej założenia aktualnymi po dziś dzień. Lista problemów zdrowotnych, które zwalcza kuracja Sebastiana Kneipp’a jest niewiarygodnie długa: zaburzenia pracy serca i krążenia, migreny, astma, zapalenie oskrzeli, zaburzenia snu, nieprawidłowe działanie systemu immunologicznego, osteoporoza i wiele innych. W tym czasie, na szeroką skalę zaczynają być wykorzystywane urządzenia do hydromasażu i kąpiele. Jego terapia jest nie tylko nieinwazyjna, ale wręcz przyjemna

i relaksująca. W swoich publikacjach i działalności zachęcał do podstawowych zabiegów higienicznych jak codzienne mycie całego ciała, mycie włosów, użycie do mycia bieżącej wody, regularnego prania odzieży i bielizny, wieczorne zmywanie makijażu, spacerowania, ćwiczeń fizycznych czy odpoczynku. Był także jednym z pierwszych, który propagował oraz zalecał stosowanie podstawowych zabiegów higienicznych u dzieci. Obok zabiegów leczenia wodą drugim ważnym filarem kuracji Kneipp’a jest odpowiednia, pełnowartościowa dieta.

Przełom wieku XIX i XX to rozwój *kriogeniki* (dział techniki wytwarzający, mierzący i utrzymujący skrajnie niskie temperatury; nie są one zdefiniowane ściśle, lecz czasem za granicę przyjmuje się -150°C). Początkowo udało się uzyskać skroplony tlen i azot, a następnie wodór i hel. Na początku XX wieku (w 1908 roku) wprowadzono termin *krioterapii* – dokonał tego amerykański lekarz William A. Pusey (1865–1940), wykonując zabiegi leczenia zmian skórnych za pomocą wymrażania. Obecnie krioterapia (terapia zimnem) jest jednym z podstawowych zabiegów fizykalnych wykorzystywanym w rehabilitacji do leczenia pacjentów. Wykorzystuje ona reakcję organizmu na działanie niskich temperatur, wywołując efekt przeciwbólowy, przeciwobrzękowy i rozluźniający.

Szczyt rozwoju leczenia usprawniającego następuje w okresie międzywojennym, gdyż w społeczności światowej przybyła olbrzymia rzesza inwalidów wojennych. Szczególnie zasłużoną osobą w rozwój nowoczesnej rehabilitacji miał wybitny amerykański lekarz Howard A. Rusk (1901–1989), uważany za twórcę *medycyny rehabilitacyjnej*. Według H.A. Ruska istotą rehabilitacji są takie działania, które skracają okres leczenia, umożliwiają powrót do codziennej egzystencji oraz do normalnie funkcjonującego życia zawodowego, przy jednoczesnej akceptacji ewentualnych trwałych następstw wad organizmu, chorób, czy urazów.

Światem też wstrząsają epidemie różnych chorób. W latach 30. XX wieku pojawiają się masowe zachorowania na



ZARYS DZIEJÓW REHABILITACJI CD.

chorobę Heinego-Medina, która w 1951 roku dociera również do Polski. Okazało się, że rehabilitacja była jedynym lekiem dla ofiar epidemii, który mógł usunąć kalectwo lub zmniejszyć jego rozmiar.

Lata sześćdziesiąte XX wieku to rozwój technik kinezyterapeutycznych, ćwiczeń biernych, ćwiczeń czynnych, czynnych w odciążeniu, czynnych oporowych. Pojawiają się techniki terapii manualnej.

Należy jednak podkreślić, że praktycznie do siódmej dekady XX wieku, rehabilitację traktowano jako trzecią fazę procesu terapeutycznego. Po rozpoznaniu choroby, wdrażano jej leczenie, a dopiero później budowano odpowiedni plan leczenia usprawniającego. Wczesność, kompleksowość rehabilitacji zaproponowane w latach siedemdziesiątych ubiegłego stulecia, stały się synonimem nowoczesnej rehabilitacji XX wieku. Od tej pory rehabilitację rozumiano jako integralną część właściwego leczenia chorego.

Wiek XX, zwłaszcza po II Wojnie Światowej cechował się podejmowaniem walki na rzecz ochrony życia ludzkiego, ochrony praw jednakowego startu życiowego dla wszystkich bez względu na rasę, wyznanie, płeć i sprawność biologiczną.

Należy podkreślić, że nowoczesne podejście do pacjenta opiera się na jak najszybszym objęciu go kompleksową opieką, której elementem jest *fizjoterapia*. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje fizjoterapię jako świadczenie usług mających na celu przywrócenie, rozwój i utrzymanie możliwości funkcjonalnych i ruchowych jednostki. Fizjoterapia należy do nauk medycznych. Jest formą usprawniania pacjentów z różnymi zaburzeniami, głównie w obrębie narządu ruchu. Fizjoterapeuci w procesie terapii posługują się bodźcami ruchowymi, termicznymi, energetycznymi, kinetycznymi, mechanicznymi, chemicznymi i świetlnymi.

Dla fizjoterapii zasłużyli się także Polacy – Jędrzej Śniadecki w 1805 r. publikuje dzieło *O wychowaniu fizycznym dzieci*, pisząc o problemach niepełnosprawności. W 1906 roku powstaje pierwsza w Polsce szkoła kształcąca ludzi na kształt dzisiejszych fizjoterapeutów.

Dużą rolę w rehabilitacji odgrywały uzdrowiska. Pierwsze wzmianki i informacje o wodolecznictwie pochodzą z odległego XI wieku. Przez wieki stosowano głównie zabiegi wodolecznicze. I tak, w Polsce, już w 1793 r. Józef Dietl utworzył pierwszy Zakład kąpielowy w Krynicy. Ponadto przeprowadził analizę chemiczną wód leczniczych.

Rozbiory wpłynęły negatywnie na rozwój polskiej balneologii. Pomimo tego, powstają i rozbudowują się nowe ośrodki, takie jak: Ciechocinek, Busko, Solec, Szczawnica, Żegiestów, Krzeszowice, Swoszowice, Rabka, Jastrzębie, Goczałkowice. Powstały pierwsze publikacje naukowe oraz podręczniki dotyczące leczenia balneologicznego. Wprowadzono leczenie borowinowe stosowane do dziś, kąpiele błotne i inhalacje.

Początki wieku XX charakteryzowały się dalszym rozwojem nauk medycznych, także fizjoterapia bardzo mocno się rozwinęła. Na coraz wyższym poziomie publikowano oraz nauczano. Zaczęto specjalizować się w różnych dziedzinach medycyny.

Polska nadal rozwijała ówczesną myśl rehabilitacyjną, co

doprowadziło do utworzenia w 1919 r. Studium Wychowania Fizycznego Uniwersytetu Poznańskiego, którym kierował Eugeniusz Piasecki. Zajęcia z zakresu masażu i gimnastyki leczniczej prowadził Ireneusz Wierzejewski i Wiktor Dega.

Niezwykle ważnym elementem standardu polskiej rehabilitacji w tym czasie, był *rozwój fizjoterapii balneologicznej*. Jednocześnie nastąpił rozwój fizjoterapii, która zaczęła być w II RP z powodzeniem stosowana w balneoterapii i rehabilitacji, gdyż fizjoterapia najlepiej rozwijała się właśnie w uzdrowiskach, mając doskonałe warunki do praktycznego zastosowania i oceny swojej skuteczności.

Wpływ na rozwój standardu rehabilitacji miała także *medycyna sportowa*, która od początku stała się sprzymierzeńcem rozwijającej się w Polsce w okresie międzywojennym kultury fizycznej i rehabilitacji.

Na skalę masową rehabilitacja lecznicza rozwinęła się w Polsce po II wojnie światowej w związku z ogromnymi potrzebami społecznymi, które były skutkami przede wszystkim działań wojennych. W ciągu pierwszych 25–30 lat od zakończenia II wojny światowej, w wyniku intensywnego rozwoju, rehabilitacja w Polsce stała się łącznikiem wszystkich dziedzin medycznych, służąc choremu i społeczeństwu. Stając się ważną częścią leczenia, przyczyniała się do *rehumanizacji medycyny*. Czas powojenny wpłynął na rozwój rehabilitacji leczniczej. Fizjoterapeuci kształcili się wtedy na Akademiach Wychowania Fizycznego, a pionierem nadal był prof. Wiktor Dega, który w 1950 r. został mianowany na Krajowego specjalistę do spraw rehabilitacji. Powstawało wiele oddziałów leczniczego usprawniania. Rehabilitacja zaczęła pojawiać się w kardiologii, neurologii, neurochirurgii, reumatologii, pulmonologii, psychiatrii. Tworzono również sanatoria dla dzieci.

Na kształt nowej dyscypliny terapeutycznej największy wpływ miała działalność jej prekursorów, którzy inicjowali proces tworzenia korzystnych warunków organizacyjnych i prawnych oraz stwarzali warunki do kształcenia odpowiedniej kadry. Jedną z takich osób był wybitny lekarz i uczyony, prekursor chirurgii i *pionier rehabilitacji polskiej* Rafał Józef Czerwiakowski, często nazywany „polskim Paré”. Czerwiakowski, jako pierwszy w Polsce opisał bardzo szczegółowo instrumenty i przyrządy chirurgiczne, spośród których można wyróżnić aparaty ortopedyczne, protezy oraz przyrządy do leczenia złamań i zwichnięć. Zajmował się leczeniem zniekształceń i dysfunkcji narządu ruchu.

Z kolei, znany poznański ortopeda prof. Wiktor Dega uważał, że rehabilitacja narządu ruchu w połączeniu z innymi specjalnościami medycznymi, tj. reumatologią, neurochirurgią, neurologią i ortopedią, stanowi zespół dyscyplin klinicznych wzajemnie się uzupełniających. Według koncepcji Wiktora Degi rehabilitację powinno się wdrażać możliwie jak najszybciej, aby w połączeniu z rehabilitacją społeczną, zawodową, psychologiczną móc przywracać pacjentowi utracone funkcje ruchowe.

Także, ogromne zasługi w dziedzinie rehabilitacji położył również prof. Marian Weiss, który był i jest uważany za współtwórcę polskiego modelu rehabilitacji. Weiss był wierny czterem podstawowym zasadom polskiej szkoły

dr Henryk Kromotowski • CD. NA STR. 7



ZARYS DZIEJÓW REHABILITACJI CD.

rehabilitacji: kompleksowości, wczesności wdrożenia, powszechności i ciągłości procesu leczenia. Za najważniejszą uważał jednak kompleksowość. Działania profesorów: Rafała J. Czerwiakowskiego, Wiktora Degi, Mariana Weissa i ich współpracowników, stworzyły podwaliny pod tzw. polski model rehabilitacji.

Polski model rehabilitacji zakładał następujące cele i posiadał następujące cechy:

1. **Wczesność zapoczątkowania**, czyli rehabilitacja rozpoczyna się możliwie już w okresie leczenia, od czasu przyjęcia chorego do szpitala lub ambulatorium.

2. **Powszechność**. Rehabilitacja jest dostępna wszystkim, którzy jej potrzebują i obejmuje wszystkie specjalności w lecznictwie szpitalnym, ambulatoryjnym i sanatoryjnym.

3. **Ciągłość**. Rehabilitacja medyczna jest ściśle powiązana z rehabilitacją zawodową i społeczną. Z chwilą zapoczątkowania rehabilitacja prowadzona jest aż do uzyskania pełnej sprawności, a u osób nie rokujących pełnego powrotu do zdrowia, do czasu uzyskania optymalnych mechanizmów kompensacyjnych, utrwalających wyniki usprawnienia lub utrzymania uzyskanej kondycji.

4. **Kompleksowość**. Uwzględnia się od początku wszystkie aspekty (etapy) rehabilitacji, tj. leczniczy, społeczny i psychologiczny traktowanych w sposób holistyczny jako jednorodna całość. Wszystkie etapy procesu rehabilitacji mogą być realizowane tylko przez grupę przygotowanych specjalistów, tworzących interdyscyplinarny zespół, którego skład zależy od programu usprawniania, jaki zostaje opracowany indywidualnie dla określonej osoby. Szerokie wdrażanie i stosowanie rehabilitacji medycznej daje wymierne korzyści w postaci skracania czasu leczenia i powrotu osoby chorej lub niepełnosprawnej do możliwie wysokiej sprawności fizycznej i psychicznej.

Obecnie rehabilitacja, a w tym także fizjoterapia jest prężnie rozwijającą się gałęzią medycyny mającą bogatą historię i tradycję oraz jest dyscypliną, która ciągle się zmienia oraz doskonalą metody i środki, którymi się posługuje. Nie ma osób, które negują wartości, jakie niosą ze sobą poszczególne ćwiczenia i masaże w walce z chorobami. W przeciągu zaledwie 100 lat medycyna rozwinęła się w większym stopniu niż miało to miejsce przez tysiąclecia. Dzisiaj fizjoterapeuci mogą korzystać z najnowocześniejszych sprzętów do rehabilitacji. Co ciekawe, pomimo rozwoju technologii oraz poszerzenia wiedzy bardzo mocno fizjoterapeuci czerpią wiedzę z praktyk opracowanych pięć tysięcy lat temu. Współczesny model fizjoterapii zakłada możliwie wczesną interwencję – często także przedoperacyjną, lub we wczesnych dobach po urazie czy operacji. W procesie rehabilitacji traktuje się pacjenta całościowo, biorąc pod uwagę jego pracę, środowisko, w którym żyje, etc. Taką formę opieki określa się mianem *rehabilitacji kompleksowej* bądź podejścia holistycznego. Stwarza ona szanse na osiągnięcie zarówno optymalnej wydolności psychofizjologicznej, jak i odpowiedniej jakości życia.

Dobitnie, rozwój rehabilitacji jest widoczny w dynamicznie rozwijającej się w ostatnich latach *fizjoprofilaktyce* (określa ona pewne działania fizjoterapeutyczne, których głównym celem jest zapobieganie, spowalnianie lub cofanie skutków nieprawidłowego stylu życia albo też procesów

chorobowych. Działania, jakie obejmuje to przede wszystkim: edukacja zdrowotna, promocja aktywności ruchowej, diagnostyka i redukcja czynników ryzyka). Trudno jest dziś znaleźć medyczną gałąź kliniczną, w której nie byłaby stosowana rehabilitacja.

Istotnym jest stwierdzenie faktu, że na dynamiczny rozwój fizjoterapii znaczący wpływ ma Inżynieria rehabilitacji. *Inżynieria rehabilitacji* jest dziedziną inżynierii biomedycznej, zajmującą się wykorzystaniem osiągnięć techniki w rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Obejmuje szereg zagadnień głównie z zakresu protetyki, biomechaniki i propedeutyki nauk medycznych. W procesie rehabilitacji ON (osób niepełnosprawnych) Inżynieria rehabilitacji pełni rolę pomocniczą w poszczególnych fazach procesu rehabilitacji danej osoby.

W tym miejscu należy też przypomnieć, że w dniu 30 listopada 2015 r. opublikowano w Dzienniku Ustaw Ustawę z dnia 25 września 2015 r. *O zawodzie fizjoterapeuty*. Według zapisów tej Ustawy wykonywanie zawodu fizjoterapeuty polega w szczególności na udzielaniu świadczeń zdrowotnych obejmujących: diagnostykę funkcjonalną pacjenta; kwalifikowanie, planowanie, prowadzenie fizykoterapii, kinezyterapii i masażu; działalność fizjoprofilaktyczną; zlecenie wyrobów medycznych; dobieranie wyrobów medycznych i nauczanie posługiwania się nimi; nauczanie pacjentów mechanizmów kompensacyjnych; wydawanie opinii i orzeczeń odnośnie stanu funkcjonalnego osób poddawanych fizjoterapii i przebiegu tego procesu.

Fizjoterapeuci na mocy Ustawy stali się nowym zawodem medycznym posiadającym bardzo szerokie kompetencje w zakresie wykonywanych przez nich świadczeń. Jedną z podstawowych zasad wykonywania tegoż zawodu jest współpraca z innymi zawodami medycznymi. Fizjoterapeuta, w zakresie niezbędnym mu do udzielenia świadczeń ma prawo wglądu do dokumentacji pacjenta a także uzyskiwania od podmiotów udzielających świadczeń pełnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu oraz proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych.

Ponadto, zgodnie z zapisami Ustawy, fizjoterapeuta w przypadku wątpliwości z zakresu fizjoterapii dotyczących zleceń wystawionych przez lekarza, może domagać się uzasadnienia potrzeby wykonania tych świadczeń a także ma prawo odmowy ich wykonania. Z drugiej strony przedstawiciele zawodów medycznym, w przypadku naruszenia zasad wykonywania zawodu przez fizjoterapeutę, powinni przekazywać fizjoterapeucie swoje uwagi, a jeżeli fizjoterapeuta dalej postępuje nieprawidłowo, co zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta, osoby te powinny informować Rzecznika Dyscyplinarnego.

Na przestrzeni lat rehabilitacja medyczna w Polsce zyskała pełne prawa i uznanie. Stała się integralną częścią leczenia, została oparta na podstawach naukowych. Stworzono sprawny system organizacyjny, zbudowano bazę materialną i wykształcono specjalistyczne kadry. Rehabilitację uznano za ważny element polityki socjalnej państwa. Wieloletni dorobek polskiej rehabilitacji stanowi również istotny wkład w rozwój rehabilitacji na świecie.

dr Henryk Kromołowski

Szpital Rehabilitacyjny w Kochcicach 60. lat działalności

PRZYPADAJĄCY W TYM ROKU PIĘKNY JUBILEUSZ 60-LECIA SZPITALA REHABILITACYJNEGO W KOHCICACH TO DOBRA OKAZJA DO TEGO, BY POCHYLIĆ SIĘ NAD JEGO HISTORIĄ ORAZ LUDŹMI, KTÓRZY JĄ TWORZYLI. TO TAKŻE DOBRY CZAS NA TO, ABY WRÓCIĆ PAMIĘCIĄ DO TYCH WYDARZEŃ, KTÓRE STWORZYŁY ORAZ WPŁYŃEŁY NA OBECNY WIZERUNEK SZPITALA.

Uchwałą Nr 21/304 z 2 lipca 1962 roku Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej w Katowicach zdecydowało uruchomić z dniem 22 lipca 1962 roku Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Kochcicach woj. katowickie (taką była pełna nazwa placówki) na 120 łóżek o profilu: internistycznym (60 łóżek – także z uwzględnieniem chorób kardiologicznych) oraz neurologicznym (60 łóżek – również z uwzględnieniem chorych z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, nerwicami). Szpital został zlokalizowany w przepięknym neobarokowym pałacu, powszechnie uznanym przez okolicznych mieszkańców za tzw. *prawdziwą perłę w koronie zabytków Ziemi Lublinieckiej*.

Pałac wybudowano w latach 1906–1909, którego ostatnim właścicielem (do 17 stycznia 1945 roku) był hrabia Ludwik Karol von Ballestrem (1875–1957). Po wojnie pełnił funkcję ośrodka kolonijnego dla okolicznych zakładów przemysłowych (w latach 1945–1952), a następnie do 1962 roku był Ośrodkiem szkolenia kadr rolniczych Centrum Ruchu Spółdzielczego (CRS).

Budynek Szpitala był skanalizowany, miał centralne ogrzewanie oraz ciepłą i zimną wodę, nie posiadał windy. Do Szpitala należał jeszcze drugi budynek z 1842 roku, tzw. Stary Zamek (obecnie nazywany budynkiem administracyjno-hotelowym) – w sposób radykalny przebudowany pod koniec lat 60. XX wieku, gdzie mieszkał personel, a na parterze zaczęto działać przedszkole, a także biuro administracji oraz duży, ładny park (16 ha) z dwoma stawami. Nieopodal budynku powstało zaplecze gospodarcze z warsztatami i garażami.

Przekształcenie pałacu w Kochcicach w placówkę świadcząca usługi medyczne jest w dużej mierze zasługą ówczesnego dyrektora szpitala psychiatrycznego w Lublińcu dr. Emila Cyrana (1886–1966), który wystąpił do władz wojewódzkich z wnioskiem o uruchomienie w tym obiekcie działalności medycznej o charakterze rehabilitacyjnym.

Z dniem 20 marca 1963 roku zaczęto przyjmować pierwszych pacjentów do *Kochcickiego Sanatorium*, zwanego też *Pałacem Zdrowia* (jak potocznie nazywano Szpital) z następujących wskazań: schorzeń płuc za wyjątkiem gruźlicy, choroby wrzodowej, nieżytów żołądka i jelit, choroby nadciśnieniowej. Chorzy byli kierowani przez Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach. Pierwszy turnus trwał od 20 marca 1963 roku do 29 kwietnia 1963 roku, następne miały trwać 28 dni.

W *Panoramie* – Śląskim Tygodniku Ilustrowanym (Nr 21/472 z dn. 26 maja 1963 roku), tak między innymi pisało o *Kochcickim Kurorcie* – (...) „jest to obiekt urzekający

wdziękiem, prostotą, a zarazem przemyślanym komfortem. Nie ma on w sobie nic z owej specyficznej atmosfery szpitalnej. Pełno tu słońca, zieleni, szerokiego oddechu. A nie jest to bynajmniej wyłączną zasługą budowniczych sprzed pół wieku. Z ogromnym znanstwem, smakiem oraz sercem dokonano tutaj generalnej renowacji i adaptacji, w stylowe wnętrza wkomponowując nowoczesne, wygodne meble... Z całą pewnością ten *szpital nie szpital*, w którym króluje luksus i medycyna, zajmie jedno z czołowych miejsc wśród sanatoriów krajowych”.

Bezpośredni nadzór medyczno-specjalistyczny nad działalnością leczniczą placówki pełniła konsultant wojewódzki ds. rehabilitacji prof. dr hab. n. med. Kazimiera Milanowska (1926–2018) oraz kierownicy I, II i III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kliniki Neurologicznej Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach.

Pierwszym dyrektorem placówki został lek. med. **Henryk Horzelski** (1920–1979), a jej stan zatrudnienia na początek grudnia 1963 roku był następujący: 1. lekarz stały, będący jednocześnie dyrektorem szpitala; 1. lekarz tzw. wahałowy – neurolog przysyłany co miesiąc z Kliniki neurologicznej z Zabrze; 8. pielęgniarek; 7. salowych; 2. sprzątaczk; 1. laborantka analityczna; 1. masażystka; 1. kąpielowa; 1. pielęgniarka prowadząca fizykoterapię; 22. osoby personelu gospodarczego i obsługi; 7. pracowników biurowych; 5. osób niepełnozatrudnionych (razem 57. pracowników) – są to dane z wizytacji przeprowadzonej w dniu 11.12.1963 roku przez wojewódzkiego specjalistę ds. rehabilitacji. We wnioskach końcowych zalecono dodatkowe zatrudnienie: 1. lekarza na pełnym etacie; 1. lekarza dentystę; 1. fizjoterapeutkę; 1. magistra wychowania fizycznego; 1. terapeutkę zajęciową.

Dla porównania, w 1993 roku w Szpitalu zatrudniano 121 pracowników, w tym: 6. lekarzy – o specjalizacjach: internista, neurolog, kardiolog, psychiatra, medycyna fizykalna; 32. osoby personelu medycznego z wyższym i średnim wykształceniem; 20 osób niższego personelu działalności podstawowej; 34. osoby personelu gospodarczego i obsługi; 15. osób niepełnozatrudnionych oraz 14. osób administracji.

Pokoje pacjentów zajmowały dwa piętra. Na parterze znajdowały się dwie jadalnie (normalna i dietetyczna), czytelnia z biblioteką (zgromadzono 1500 tomów książek), sala gier z bilardem, a w dawnej sali balowej – sala dla imprez i różnych wydarzeń o charakterze artystycznym (współpracowano z Zespołem Pieśni i Tańca „Śląsk” oraz Operetką

dr Henryk Kromołowski • CD. NA STR. 9



SZPITAL REHABILITACYJNY CD.

Gliwicką). Zakupiono fortepian i pianino, zaprenumerowano wiele tytułów czasopism i gazet. Była też kawiarnia z dostępnym tarasem. Na każdym piętrze były telewizory, a w pokojach głośniki radiowe. Na wyposażeniu był adapter i magnetofon. W 1967 roku otwarto w Szpitalu przytulne, panoramiczne kino dla pacjentów oraz mieszkańców Kochcic, w którym trzy razy w tygodniu były wyświetlane filmy. W latach 80. ubiegłego wieku sala kinowa została przystosowana do pełnienia funkcji sali gimnastycznej i kaplicy. Również odbywały się wycieczki autokarowe (dwa razy w miesiącu) oraz przeprowadzano fachowe prelekcje lekarskie. Były też inne atrakcje – zarybiono dwa stawy, a do dyspozycji chorych oddano kajaki i wędki. Na stawach powstało molo z przystanią dla kajaków i rowerów wodnych, pojawiło się boisko do siatkówki i ścieżka zdrowia. Zimą, na stawach, głównie dla młodzieży szkolnej urządzano dużą ślizgawkę, gdzie była nawet organizowana powiatowa spartakiada w jeździe szybkiej na lodzie.

W pierwszych miesiącach działalności Szpitala stosowano następujące rodzaje leczenia: farmakologiczne (określane przez kliniki kierujące); dietetyczne, klimatyczne, kinazyterapię, fizykoterapię, hydroterapię, balneoterapię, psychoterapię, kuracje pitne i logopedię – wszystkie te formy leczenia były ustalane przez lekarzy i pozostały personel medyczny.

Do dyspozycji pacjentów były następujące zabiegi: *natryski płaszczowe* (woda, pod dużym ciśnieniem, natryskiwanie jest z odpowiednio rozmieszczonych dysz, równomiernie masując ciało pacjenta); *bicze wodne, znane także jako bicze szkockie* (zabieg polegający na stymulacji ciała przy pomocy strumieni wody o zmiennym ciśnieniu oraz temperaturze. Te silne bodźce pobudzają krążenie ożywiają system nerwowy); *kąpiele czterokomorowe* (zabieg elektro-leczniczy, w którym części ciała, tj.: kończyny górne i dolne zanurzone w wanienkach z ciepłą wodą, są poddawane działaniu prądu stałego. Powodują pobudzenie układu nerwowego, zwiększenie odpływu krwi żyłnej oraz odpływu krwi z serca do płuc); *kąpiele kwasowęglowe* (jest to zabieg balneologiczny w wodzie nasyconej CO₂, czyli dwutlenkiem węgla. Wskazaniem do wykonania tego zabiegu jest m.in.: nadciśnienie, zaburzenia krążenia czy miażdżyca); *kąpiele Jana Żniniewicza* (twórca własnej metody hydroterapii polegającej na polewaniu strumieniem wody o malejącej temperaturze konkretnego obszaru ciała. Kuracja składała się z kilku serii takich polewań); *okłady borowinowe*; *masaże*; *helioterapię* (bazuje na wykorzystaniu światła słonecznego, oddziałuje na naturalne procesy zachodzące w organizmie człowieka, do których zaistnienia niezbędne są stosowne, odpowiednie dawki promieniowania ultrafioletowego); *jonoforezę* (wprowadzenie w chore miejsce na ciele pacjenta leku, którego wchłanianie przyspiesza się za pomocą przepływu prądu stałego); *elektroterapię* (zabieg leczniczy polegający na stosowaniu różnego rodzaju prądów. Na ciało pacjenta nakładane są elektrody, przez które przepuszcza się prąd stały lub zmienny – o odpowiedniej częstotliwości. Stosowana jest w leczeniu objawowym schorzeń, między innymi układu ruchu).

Ponadto, w indywidualnych kartach zaleceń rehabilitacyjnych pacjentów były następujące formy aktywności

Dziennik Zachodni

Nr 125 (6908) KATOWICE Wyd. A
Rok XXII Sobota, 28 maja 1966 r. Cena 50 gr.

Oaza zdrowia w woj. katowickim

Kochcice zastępują modne uzdrowiska

LUBLINIEC (n)
Zawaly serca, schorzenia naczyń wieńcowych, choroby przewodu pokarmowego, nerwice, rak, bezsenność – to typowe dolegliwości XX wieku, na które cierpi dziś wiele osób. Szczególnie w woj. katowickim, gdzie tempo życia jest duże, choroby mające podłoże w nadwężeniu systemu nerwowego są coraz częstszym zjawiskiem. Dlatego też za cenne i wielkie osiągnięcie uznać należy uruchomienie w Kochcicach Woj. Szpitala Specjalistycznego. O pobyty w tej oazie ciszy i zdrowia tak pisze p. Ignacy Jeleński – kuracjusz ostatniego turnusu:

„Jesteśmy pełni podziwu zarówno dla wyposażenia i organizacji tej tak bardzo na Śląsku potrzebnej instytucji, jak i dla personelu lekarskiego i pielęgniarstwa, pod którego opieką setki chorych wracają do zdrowia. Prócz leczenia metodami balneologicznymi, istotnym warunkiem leczenia jest także atmosfera. Dyrekcja oraz personel zaangażowany umysłem i sercem w spr-

wy chorych, klimat taki wytworzyli. Dbą się również o kulturalne rozrywki pacjentów, organizując prelekcje, wieczory dyskusyjne, czy wycieczki. Ten program jest częścią terapii, bardzo przez chorych chwalebnej. Wyjechalismy z Kochcic podreperowani na zdrowiu, za co w imieniu wszystkich pacjentów składam dyr. dr H. Horzelskiemu, personelowi oraz tym, którzy przyczynili się do zorganizowania tej wspaniałej lecznicy serdeczne podziękowania”.
Nie ma powodu nie wierzyć kuracjuszom XXXVII turnusu. Potwierdzają oni raz jeszcze wcześniejsze opinie o tym szpitalu. Warto jednak na jego przykładzie zwrócić uwagę na jeden moment: wśród wielu chorych utarła się opinia, że tylko popularne uzdrowiska, jak Krynica, Polanica, Ładek, Iwonicz, czy Kudowa mogą przywracać zdrowie. Pacjenci molestują lekarzy i wydziały zdrowia o skierowaniu do tych modnych ośrodków, nie wiedząc, że w woj. katowickim – 80 km od Katowic – istnieje tak wspaniały obiekt leczniczy. Zdale od gwaru, hałasu i dymu – w Kochcicach chorzy przychodzą również szybko do zdrowia.

Warto o tym pamiętać.

dr Henryk Kromolowski • CD. NA STR. 10



SZPITAL REHABILITACYJNY CD.

fizycznej, jak: kajakowanie, spacery do lasu, siatkówka, koszykówka, ping-pong, kometka, czy kręgle. Zlecane były kuracje pitne z użyciem kilkunastu rodzajów wód mineralnych. Pacjentom przysługiwało również dziennie 0,25 litra kefiru, który miał powodować eliminowanie zaburzeń trawiennych, jednocześnie przyczyniając się do ograniczania przyjmowania leków. Wprowadzono kilka rodzajów diet, w tym również ubogokaloryczną, dla chorych z nadwagą. Stosowano też, niestety już rzadko realizowaną dewizę, że najlepszym lekiem na podtrzymanie dobrego stanu zdrowia jest godzinny spacer.

Trzeba też przypomnieć, że dzięki powstaniu Szpitala Specjalistycznego, zostały doprowadzone do wzorowego porządku drogi dojazdowe do Kochcic. Sami mieszkańcy wykonali w czynie społecznym piękną drogę i chodniki, a także wyremontowali i upiększyli swoje obejścia gospodarcze.

Należy dodać, że ówcześni decydenci z Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach (z lat 70. minionego wieku), dyrekcje zakładów patronackich, które w zamian miały zagwarantowane miejsca leczenia dla swoich pracowników oraz Zarządy związków zawodowych górników i hutników (z tych grup najczęściej rekrutowali się pacjenci Szpitala) – mieli w planach rozbudowę Szpitala oraz budowę nowego pawilonu przyrodoleczniczego (łącznie liczba łóżek miała wzrosnąć do 300-tu, w tym łóżek internistycznych miało być 180, neurologicznych 70, a 50 geriatrycznych). Miała powstać nowa sala gimnastyczna, kryty basen kąpielowy, a pokoje dla pacjentów miały być jedno- i dwuosobowe (wyposażone w łazienki). Jednocześnie planowano wybudowanie w bliskiej odległości od pałacu osiedla czasowego. Założenia techniczno-ekonomiczne miało przygotować (do końca czerwca 1973 roku) Wojewódzkie Biuro Projektów w Katowicach, a budowę planowano rozpocząć w 1974 roku. Jak wiadomo, niestety nie doszło do realizacji tych zamierzeń.

Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej w Katowicach powiadomił, że Uchwałą Nr 65/1127/71 Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej z dnia 30 lipca 1971 roku zmieniło nazwę Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Kochcicach na Wojewódzki Ośrodek Rehabilitacyjny (WOR).

Natomiast 3 czerwca 1975 roku Urząd Wojewódzki w Katowicach przesłał Protokół zdawczo-odbiorczy, w którym zawiadomił o nieodpłatnym dokonaniu przekazania składników majątkowych Wojewódzkiego Ośrodka Rehabilitacyjnego w Kochcicach, według spisów z natury, do Urzędu Wojewódzkiego w Częstochowie. Tak więc, Szpital Specjalistyczny w Kochcicach podlegał wojewodzie katowickiemu w latach 1962–1975, a WOR był podległy wojewodzie częstochowskiemu w latach 1975–1998.

Z kolei, z mocy prawa z dniem 1 stycznia 1999 roku, Wojewoda Śląski potwierdził nabycie przez Województwo Śląskie, prawa własności mienia Skarbu Państwa będącego we władaniu Wojewódzkiego Ośrodka Rehabilitacji w Kochcicach, by następnie Protokołem zdawczo-odbiorczym w dniu 25 kwietnia 2000 roku przekazać mienie SP ZOZ Wojewódzki Ośrodek Rehabilitacyjny w Kochcicach, według stanu na dzień 31 grudnia 1998 roku, Zarządowi Województwa Śląskiego.

W roku 1979 po tragicznej śmierci Henryka Horzelskiego dyrektorem zostaje dr n. med. **Roman Zajdel** (1937–2019), który pełnił tę funkcję od sierpnia 1979 roku do grudnia 1979 roku. Wcześniej, bo w 1967 roku, dzięki Jego staraniom została otwarta Obwodowa Poradnia Reumatologiczna, która w 1984 roku została przekształcona w Wojewódzką Poradnię Reumatologiczną, której został kierownikiem. W 1991 roku stworzył Oddział Reumatologii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Częstochowie (którego został ordynatorem).

W 1980 roku dyrektorem Ośrodka został dr n. med. **Jacek Matuszczyk** (1939–2010), który już od lipca 1970 roku pracował w Kochcicach, jako lekarz. Następnie, w latach 2005–2007 pełnił funkcję zastępcy dyrektora piekarskiej urazówki ds. rehabilitacji i jednocześnie nadal kierował placówką w Kochcicach. W dużej mierze dzięki Niemu zabytkowy park i pałac odzyskał dawny blask, czego dowodem jest przeprowadzenie remontu kapitalnego Ośrodka, m.in.: gabinetu stomatologicznego, instalacji wodno-kanalizacyjnej, centralnego ogrzewania, instalacji elektrycznej, dachu, tarasu, pralni, zmodernizowanie fizykoterapii, tj. zrealizowano: w miejsce kina powstała sala gimnastyczna i kaplica (w latach 1992–1993); wymiana windy osobowej i powiększenie szybu windy (1995 rok); zakupiono komputery, zainstalowano sieć informatyczną (1997 rok); remont kapitalny kuchni, modernizacja łazienek i WC na I i II piętrze, likwidacja mieszczącej się w pałacu kotłowni węglowej, która następnie przeszła na ogrzewanie olejowe z nową lokalizacją w piwnicach budynku administracyjno-hotelowego oraz malowanie wielu pomieszczeń w samym pałacu oraz zewnętrznej elewacji – w tym czasie nie prowadzono przez cały rok działalności medycznej (1998 rok); z kolei w 1999 roku pomieszczenia dawnej kotłowni węglowej zaadoptowano na basen rehabilitacyjny. Wyrazem uznania za bardzo dobre zarządzanie Ośrodkiem, było przyznanie przez Ministra Kultury i Sztuki w 1992 roku Złotego Medalu *Za najlepsze zagospodarowanie oraz prowadzenie prac renowacyjnych zespołów pałacowo-zamkowych w kraju*. W 2003 roku Wojewódzki Ośrodek Rehabilitacji zmienił nazwę na *Wojewódzki Ośrodek Rehabilitacji, Balneologii i Medycyny Fizykalnej w Kochcicach*, między innymi używając argumentów, że na terenie Ośrodka od lat wykonywane są zabiegi rehabilitacyjne z zakresu medycyny fizykalnej i balneologii, takie jak: magnetoterapia, magnetostymulacja, laseroterapia, hydroterapia). Jednocześnie, działający pod Jego kierownictwem Ośrodek cieszył się wysoką renomą za jakość leczenia wśród pacjentów, a także zdobył wysoką pozycję wśród podobnych placówek rehabilitacyjnych w kraju. Jak wiadomo, doktor Jacek Matuszczyk, kierował Ośrodkiem, aż do zakończenia jego samodzielnej działalności w 2005 roku.

Z dniem 1 marca 2005 roku doszło do fuzji, tj. włączenia Wojewódzkiego Ośrodka Rehabilitacji, Balneologii i Medycyny Fizykalnej w Kochcicach w struktury Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich, gdzie od tej pory funkcjonuje, jako XI i XII Oddział Rehabilitacji, Balneologii i Medycyny Fizykalnej) i udziela świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji u pacjentów

dr Henryk Kromolowski • CD. NA STR. 15



*Henryk Kromołowski – Pełnomocnik
Dyrektora Szpitala ds. Ośrodka
Rehabilitacyjnego w Kochchicach*



*Jacek Matuszczyk – dyrektor
Wojewódzkiego Ośrodka Rehabilitacyjnego
w Kochchicach w latach 1980–2005*



*Henryk Horzelski (drugi od lewej) – dyrektor Wojewódzkiego
Szpitala Specjalistycznego w Kochchicach w latach 1963–1979*



*Przemówienie Dyrektora Jacka Matuszczyka z okazji 30-lecia
Wojewódzkiego Ośrodka Rehabilitacyjnego w Kochchicach*



Dyrekcja Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej im. dra Janusza Daaba w Piekarach Śląskich. Od lewej: dr n. biol. Grażyna Kruk-Kupiec (Naczelną Pielęgniarką), dr Henryk Kromołowski (Pełnomocnik Dyrektora Szpitala ds. Ośrodka Zamiejskowego w Kochcicach), mgr inż. Elżbieta Jabłońska (Dyrektor Szpitala), mgr Arkadiusz Kuliński (Główny Księgowy), mgr Aleksandra Izdebska (Z-ca Dyrektora ds. administracyjno-ekonomicznych), dr n. med. Ryszard Faltus (Z-ca Dyrektora ds. medycznych)



Lekarze Ośrodka Zamiejskowego w Kochcicach. Od lewej: Jacek Milak, Mirosława Rudzińska (Lekarz kierujący oddziałem XI i XII rehabilitacyjnym), Jerzy Kuźnik, Witold Kluba



Dział Rehabilitacji Ośrodka Zamiejskowego w Kochcicach. Od lewej, w pierwszym rzędzie: Anna Mańka-Falkowska, Marlena Pietrek, Katarzyna Kuich-Hucz, Małgorzata Pielat, Katarzyna Brzezina, Izabela Szweda, Joanna Lach-Dziwis, Gabriela Murek; w drugim rzędzie: Jolanta Wolka, Przemysław Schabowski, Dariusz Pacan, Marek Grześczyk (Z-ca Kierownika Działu Rehabilitacji), Barbara Łapok, Ewa Greupner, Renata Zawisza-Byłak, Anna Kryś-Jon, Henryk Kromołowski



Administracja Ośrodka Zamiejskowego w Kochcicach. Od lewej: Henryk Kromołowski, Beata Gawłowska, Bożena Kasierot, Anna Skałka, Małgorzata Puchała, Urszula Imielska, Ewa Szuster, Mirosław Szuster



Dział techniczno-gospodarczy Ośrodka Zamiejscowego w Kochcicach. Od lewej, w pierwszym rzędzie: Piotr Chmurak (Inspektor ppoz.), Marek Pisarek, Andrzej Koza; w drugim rzędzie: Jacek Kazior, Jarosław Kuś, Mirosław Szuster (Koordynator ds. techniczno-administracyjno-gospodarczych); w trzecim rzędzie: Zygmunt Pruski, Alojzy Pawełczyk



Oddział XII Rehabilitacyjny. Od lewej: Urszula Wieczorek, Małgorzata Kulej-Wojstław, Roman Borszcz (Pielęgniarz oddziałowy), Celina Gajda, Małgorzata Mocny



Dział Żywienia Ośrodka Zamiejscowego w Kochcicach. Od lewej, w pierwszym rzędzie: Henryk Kromołowski, Jarosław Czok (Pracownik zarządzający kuchnią), Weronika Myrcik, Małgorzata Wolka, Teresa Ulfig, Katarzyna Opacka (Dietetyczka); w drugim: Beata Pruska, Aneta Kuś, Agata Pawełka, Ilona Przybyła, Julia Pyka, Marcin Byłak (mgr farmacji)



Oddział XI Rehabilitacyjny. Od lewej: Małgorzata Chrost, Agnieszka Nowacka, Henryk Kromołowski, Joanna Duda, Angelika Jaroń, Ewa Garus, Teresa Kniejska, Maria Podyma (Pielęgniarka oddziałowa), Aniela Tarara



Chór Dziecięcy Zespołu Szkolno-Przedszkolnego w Kochcicach – występ dla pacjentów Ośrodka



Od lewej: Anna Jonczyk-Drzymala (Zastępcza Burmistrza Miasta Lublińca), Mirosława Rudzińska, Henryk Kromotowski, Alina Nowak (Radna Sejmiku Województwa Śląskiego, Zastępcza Przewodniczącego Komisji Polityki Społecznej i Ochrony Zdrowia)

Stoją od lewej: Tomasz Bednarek – Prezes Zarządu Wojewódzkiego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej w Katowicach, Łukasz Konarzewski – Śląski Wojewódzki Konserwator Zabytków, Andrzej Gawron – poseł RP Ziemi Lublinieckiej. Spotkanie w sprawie przyznania dotacji na wykonanie prac remontowych budynku pałacu oraz prac pielęgnacyjnych w parku (kwiecień 2021)



SZPITAL REHABILITACYJNY CD.

leczonych z powodu schorzeń układu: ruchu, krążenia, nerwowego i mięśniowego oraz rehabilitacji przedoperacyjnej i celowanej pooperacyjnej. W tym czasie, funkcję dyrektora Szpitala, w skład którego włączono Oddział w Kochchicach pełnił prof. dr hab. n. med. **Bogdan Koczy** (był dyrektorem Szpitala przez 23 lata – od października 1998 roku do października 2021 roku), a od 1 października 2021 roku dyrektorem Szpitala w Piekarach Śląskich jest mgr inż. **Elżbieta Jabłońska**. W celu osiągnięcia tego zamierzenia dyrektorka piekarskiej urazówki w piśmie kierowanym do Urzędu Marszałkowskiego (czerwiec 2004 roku) zwróciła się z wnioskiem o administracyjne przejęcie WOR w Kochchicach i utworzenie na jego bazie zamiejscowego Oddziału Rehabilitacyjnego Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich, używając argumentów medycznych, społecznych oraz ekonomicznych, które miały doprowadzić do osiągnięcia takich podstawowych celów, jak: wczesna rehabilitacja poszpitalna po założeniu implantów kręgosłupa oraz po zabiegach rekonstrukcyjnych i endoprotezoplastykach stawu biodrowego, kolanowego, skokowego i barku; zapewnienie ciągłości leczenia i nadzoru przez jednego lekarza w całym procesie leczenia z pełną odpowiedzialnością za poszczególne jego fazy; zmniejszenie kosztów Szpitala w wyniku możliwości skrócenia okresu hospitalizacji na rzecz wcześniejszej rehabilitacji; poprawa komfortu psychicznego pacjentów dzięki płynności procesu leczenia oraz dochodzenia do sprawności ruchowej w krótszym czasie „niezdolności do pracy”; zwiększenie przepustowości Szpitala oznaczające poprawę dostępności do usług medycznych wyspospecjalistycznych, a tym samym skróceniem kolejek do tychże zabiegów. Po dokonaniu połączenia, ordynatorem Oddziału XI została – lek. med. Lidia Mnich-Kościelna, a Oddziału XII – lek. med. Elżbieta Ostrowska-Krysiak.

Po śmierci dr. Jacka Matuszczyka, Ośrodkiem Rehabilitacyjnym w Kochchicach zaczął kierować mgr **Zbigniew Żółnierczyk**, jako Koordynator dyrektora szpitala ds. rehabilitacji (od marca 2008 roku do końca października 2015 roku) – absolwent Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach, kierunek rehabilitacja ruchowa. Aktualnie Prezes Akademickiego Centrum Medycznego AWF Katowice Sp. z o.o., wcześniej Prezes Zarządu Piekarskiego Centrum Medycznego. W 2013 roku wymieniono instalację centralnego ogrzewania oraz doszło do zabudowy pomp ciepła (niestety do tej pory działają w sposób wadliwy), a w 2014 roku wykonano oświetlenie awaryjne i zainstalowano system sygnalizacji przeciwpożarowej.

Z kolei, od listopada 2015 roku do końca lutego 2016 roku, funkcję Koordynatora dyrektora szpitala ds. rehabilitacji pełniła lek. med. **Elżbieta Ostrowska-Krysiak** (specjalista z zakresu neurologii oraz z zakresu balneoklimatologii i medycyny fizykalnej).

Następnie, od marca 2016 roku do końca 2020 roku funkcję Koordynatora dyrektora szpitala ds. rehabilitacji pełnił dr n. med. **Michał Kowalski**. W tamtym czasie wykonano prace sanitarno-pielęgnacyjne w parku – część południowa (2017 rok), zainstalowano agregat prądowórczy z systemem samostartu przy zaniku napięcia (2018 rok) oraz wymieniono windę osobową (2020 rok).

Natomiast od stycznia 2021 roku do nadal, Ośrodkiem kieruje dr **Henryk Kromołowski**, jako Pełnomocnik dyrektora szpitala ds. Ośrodka Zamiejscowego w Kochchicach. Wcześniej, piastował funkcję zastępcy dyrektora ds. ekonomicznych w Zespole Szpitali Miejskich w Częstochowie, dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie oraz dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr E. Cyrana w Lublińcu. W czerwcu 2015 roku został powołany przez Ministra Zdrowia w skład Rady Taryfikacji, działającej przy Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Funkcję tę pełnił do czerwca 2016 roku. Był też członkiem Parlamentarnego Zespołu ds. Szpitali Powiatowych. Również pracował na Wydziale Zarządzania Politechniki Częstochowskiej (jako adiunkt). I tak, w tym okresie, w zakresie poprawy szeroko rozumianej infrastruktury, której celem jest podniesienie jakości świadczonych usług na rzecz pacjentów oraz zmniejszenie kosztów funkcjonowania tuższego Ośrodka, zrealizowano między innymi następujące przedsięwzięcia: *prace konserwacyjne rzeźb Diany i Demeter usytuowanych na attyce Pałacu* – prace obejmowały usunięcie nalotów organicznych, usunięcie spękań, uzupełnienie ubytków oraz ujednolicenie wybarwienia wraz z nałożeniem warstw hydroizolacyjnych (2021 rok); *prace sanitarno-pielęgnacyjne w parku wraz z nasadzeniem zastępczym* (2021 rok); *prace remontowe na parterze budynku pałacowego pomieszczenia z przeznaczeniem na Izbę przyjęć/gabinet lekarski* (luty 2021); *remont tarasu dolnego elewacji północno-wschodniej* – prace polegały na odnowieniu powierzchni tarasu oraz oczyszczenie i odtworzenie balustrad (2021/2022 rok); *częściowa wymiana pokrycia dachu* (2022 rok); *prace modernizacyjne i konserwatorskie w obrębie balkonów na elewacji północnej* (2022 rok) oraz *wykonanie określonych elementów zabezpieczenia przeciwpożarowego w budynku pałacowym* (2022 rok). Z pewnością, w dalszej kolejności istnieje potrzeba wykonania następujących prac i remontów w Zespole pałacowo-parkowym, tj.: odnowienie całej elewacji pałacu; remont podjazdu z renowacją balustrad (strona czołowa budynku); kontynuacja rewitalizacji parku (pielęgnacja drzewostanu, uzupełnienie nasadzeń. itp.); wymiana nawierzchni alejek spacerowych, koszy; modernizacja fontanny.

Obecnie w Naszym Ośrodku jest zatrudnionych na umowach o pracę i na umowach cywilnoprawnych prawie 100 pracowników, w tym lekarzy: specjalistów z zakresu rehabilitacji medycznej, specjalistę neurologii, specjalistę chorób wewnętrznych i medycyny pracy, specjalistę ortopedę-traumatologa, specjalistę balneologa i medycyny fizykalnej, specjalistę chirurgii ogólnej, magistra farmacji, magistrów fizjoterapii i rehabilitacji, masażyistów, pielęgniarki i niższy personel działalności podstawowej i gospodarczej oraz pracowników administracyjnych. W strukturach Ośrodka jest również Poradnia Rehabilitacyjna, z usług której korzystają nie tylko mieszkańcy pobliskich miejscowości, ale także mieszkańcy z całego województwa śląskiego. W Naszej placówce, głównie leczeni są pacjenci po operacjach ortopedycznych, ze schorzeniami narządu ruchu o podłożu

dr Henryk Kromołowski • CD. NA STR. 16



SZPITAL REHABILITACYJNY CD.

MAJ 1997

Majowe zapachy
białoróżowe magnolie
Akleje kwitnących kiesztańców
Zabie rehotanie
Stawy pełne drżących kaczek
Spokój dostojnych murów zamku
Kawiarenka z pięknymi melodiami
Wieczorne koncerty p. Joachima
Występ artystów Operetki Gliwickiej
Kojąca obecność ks. GUSTAWA MUSIĄŻA
- twórcą Wspólnotę poprzez
codzienną Mszę Świętą.
Oto wspomnienia z Kochcic;

a przy tym:
WSPANIAŁA ATMOSFERA
za którą czujemy się w obowiązku
dać wyraz serdecznego podziękowania
p. Dyrektorowi dr J. MATUSZCZYKOWI,
całemu PERSONELOWI MEDYCZNEMU;
za troskliwą opiekę - pełną poświęcenia
- jaką zostaliśmy otoczeni podczas
naszego pobytu w tutajszym
WOJEWÓDZKIM OŚRODKU REHABILITACJI
oraz pozostałemu Personelowi
Kuchennemu i Pomocniczemu

Wyjeżdżając z KOCHCIC wywołimy wdzięczną pamięć
o naszym tu pobycie oraz uspokojenie i dobre samopoczucie
za co jeszcze raz staropolskim zwyczajem „BÓG ZAPLAĆ”

ortopedycznym i neurologicznym, po przebytych udarach niedokrwiennych i krwotocznych (z niedowładem kończyn górnych i dolnych), chorobą Parkinsona i stwardnieniem rozsianym.

Trzeba też przypomnieć, że Ośrodek poczynawszy od 1963 roku przyjął na oddziałach i poprzez Poradnię około 200 tys. pacjentów, co niewątpliwie, jednoznacznie świadczy o tym, jak jest potrzebny potencjalnym pacjentom. Średnia liczba przyjmowanych pacjentów w ciągu roku (biorąc pod uwagę okres 60. lat działalności Ośrodka): na oddziałach rehabilitacyjnych – ok. 1.740 osób; w Poradni Rehabilitacyjnej – ok. 1.300 osób.

Na oddziałach leczymy nie tylko pacjentów z północnej części województwa śląskiego, ale także, między innymi: mieszkańców Katowic, Chorzowa, Rudy Śląskiej, Zabrze, a także mieszkańców województwa opolskiego, czy też małopolskiego – co niewątpliwie świadczy o konieczności nie

tylko utrzymania dotychczasowej działalności, ale także o rozbudowie i rozszerzeniu działalności medycznej Ośrodka Rehabilitacyjnego w Kochcicach.

Również, co należy podkreślić, Ośrodek Rehabilitacyjny w Kochcicach służy nie tylko do prowadzenia działalności medycznej w zakresie rehabilitacji osób po leczeniu operacyjnym, czy też szeroko rozumianej rehabilitacji ogólnoustrojowej, ale również jest znanym miejscem o charakterze rekreacyjno-turystycznym w północnej części subregionu województwa śląskiego, co w dużej mierze przyczynia się do tego, że jest bardzo pozytywnie opiniowany przez samych pacjentów, którzy bardzo dobrze oceniają sam proces leczenia i zaangażowanie personelu medycznego w realizację powyższych zadań.

dr Henryk Kromołowski • CD. NA STR. 17



SZPITAL REHABILITACYJNY CD.

Celem zobrazowania tych działań, poniżej zostanie przedstawiona ich lista. I tak:

ZESPÓŁ LEKARZY

Zespół lekarzy oddziałów rehabilitacji sprawuje opiekę specjalistyczną nad całym procesem fizjoterapii pacjentów, wytycza cele i kierunki działań i stale monitoruje stan zdrowotny pacjentów w trakcie ich pobytu w Ośrodku. Zajmuje się oceną stanu klinicznego zdrowia pacjentów, kwalifikacją do prowadzonych zajęć rehabilitacyjnych, jak również ciągle monitoruje i modyfikuje (w razie potrzeb) prowadzone działania fizjoterapeutyczne w ścisłym kontakcie ze wszystkimi członkami Zespołu terapeutycznego. Problemy zdrowotne, z jakimi zgłaszają się pacjenci, zwykle obejmują liczne schorzenia, stąd zakres profesjonalnych umiejętności Naszych lekarzy jest wielokierunkowy i obejmuje specjalistów z różnych dziedzin medycznych tak, aby zapewnić odpowiedni, wysoki oraz skuteczny poziom leczenia pacjentów, mający na celu osiągnięcie najlepszych z możliwych wyników poprawy sprawności psychosomatycznej chorych. Takie podejście do wielokierunkowej, kompleksowej rehabilitacji stawia duże wymagania wobec Naszej kadry medycznej, nie tylko lekarskiej, ale również pielęgniarskiej, fizjoterapeutycznej oraz niższego personelu medycznego.

PERSONEL PIELĘGNIARSKI

Z kolei **personel pielęgniarski** w Naszym Ośrodku, podobnie jak w każdym innym o tym profilu, współuczestniczy w prowadzeniu kompleksowej rehabilitacji medycznej, która wymaga zawiadywania wielokierunkowymi, profesjonalnymi działaniami medyczno-opiekuńczymi. Zadania personelu pielęgniarskiego są ustalane wspólnie z pozostałymi członkami *Zespołu rehabilitacyjnego* z uwzględnieniem specyfiki zastosowanego leczenia. W szczególności, pielęgniarka wykonuje zalecenia lekarskie dotyczące podawania leków, obserwacji wskazanych parametrów życiowych, wykonywania opatrunków, pomiaru temperatury ciała, ciśnienia krwi, saturacji krwi, poziomu cukru we krwi, prawidłowego ułożenia chorego w łóżku, pielęgnacji układu oddechowego z elementami gimnastyki oddechowej, pionizacji (bierna i czynna), pomoc w czynnościach samoobsługi, jak również w wyznaczonym zakresie uczestniczy w badaniach diagnostycznych. Wykonuje też czynności i procedury wynikające ze standardów pielęgnowania w poszczególnych jednostkach chorobowych będących przyczyną niepełnosprawności. Do takich czynności należą zabiegi pielęgnacyjne zapobiegające wtórnej niepełnosprawności wynikającej z *hipokinezy* (to niedobór lub całkowity brak aktywności fizycznej); odleżynom; zakrzepom i zatorom żylnym; ograniczeniom ruchów w stawach; powikłaniom płucnym; *niewydolności ortostatycznej* (hipotonia lub hipotensja ortostatyczna to występujące po przyjęciu pozycji pionowej nadmierne obniżenie ciśnienia tętniczego, które może skutkować wystąpieniem zasłabnięcia lub omdlenia). Pielęgniarka, która ma ciągły kontakt z pacjentem przebywającym na oddziale szpitalnym, zna zachowania chorego, jego problemy i niepokoje, może i powinna informować zespół rehabilitacyjny

o swoich spostrzeżeniach wynikających z diagnozy pielęgniarskiej, a mających wpływ na przebieg procesu rehabilitacji. Są to wszelkie informacje o zgłaszanych dolegliwościach bólowych (zwłaszcza pojawiających się po zabiegach usprawniających oraz fizykalnych), trudnościach w użyciu zleconego zaopatrzenia ortopedycznego, problemach środowiskowych i rodzinnych wynikających z trudności akceptacji niepełnosprawności, zmianach w zachowaniu (obniżony nastrój, depresja). W procesie pielęgnowania i rehabilitacji ważna jest też psychoterapia, czyli pozytywne oddziaływanie na pacjenta i stworzenie terapeutycznej relacji pielęgniarka-pacjent. Ważny jest tu pozytywny komunikat, niosący wsparcie, mobilizację, podniesienie na duchu – stwarzający atmosferę uwalniającą osobę niepełnosprawną ruchowo od negatywnych uczuć związanych z aktywnym usprawnianiem. Ma to być również komunikat wzbudzający zaufanie do osób pomagających w odzyskiwaniu sprawności na miarę możliwości pacjenta. Zaniedbania pielęgnacyjne w okresie leczenia szpitalnego i wczesnej rehabilitacji bardzo utrudniają oraz oddalają w czasie podjęcie specjalistycznych zabiegów usprawniających, a ostatecznie rzutują negatywnie na końcowy efekt wszelkich zabiegów rehabilitacyjnych. Stąd, wczesne rozpoczęcie rehabilitacji musi uwzględniać aktywne pielęgnowanie, obejmujące m.in.: pewne elementy kinezyterapii, diagnozy pielęgniarskiej w zakresie sytuacji życiowej chorego oraz wczesnej pomocy psychologicznej, co często stanowi impuls do podjęcia interwencji odpowiedniego specjalisty z *Zespołu rehabilitacyjnego*.

DZIAŁ REHABILITACJI

Dział Rehabilitacji, złożony z fizjoterapeutów i rehabilitantów, prowadzi leczenie pacjentów Oddziału Rehabilitacyjnego XI i XII oraz pacjentów Poradni Rehabilitacyjnej stosując różne rodzaje leczenia, w szczególności między innymi takie jak: kinezyterapia, fizykoterapia (elektroterapia, światłolecznictwo, magnetoterapia, hydroterapia, ultradźwięki, ciepłolecznictwo, krioterapia), dynamiczne systemy odciążania ruchu, hydro- i balneologia, ewaluacje i trening równowagi w oparciu o zastępcze sprzężenie zwrotne (tzw. Biofeedback) oraz terapie manualne, w tym masaż leczniczy. Poniżej, wyjaśnienia na czym polegają oraz czym się charakteryzują te zabiegi:

- **Kinezyterapia** – inaczej opisywana jako „leczenie ruchem”. Jest to niezmiernie ważna część procesu leczniczego. W kinezyterapii stosowane są ćwiczenia lecznicze, których celem jest przywrócenie pacjentowi pełnej sprawności, lub przynajmniej sprawności pozwalającej na większy komfort życia. Rolą kinezyterapii jest oddziaływać na wszystkie układy w naszym organizmie, tj. układ ruchu, krążenia, oddechowy, nerwowy, pokarmowy i moczowo-płciowy. W zależności od podłoża schorzenia (bądź przyczyny niepełnosprawności), podczas kinezyterapii wykorzystywane mogą być specyficzne metody pracy dedykowane danym jednostkom chorobowym, np. metody neurofizjologiczne – stosowane w rehabilitacji pacjentów, np. po udarach czy urazach głowy.

dr Henryk Kromołowski • CD. NA STR. 18

SZPITAL REHABILITACYJNY CD.

- **Fizykoterapia** – w procesie leczniczym wykorzystuje różne zjawiska fizyczne: niską i wysoką temperaturę, pole magnetyczne, promieniowanie – zarówno podczerwone, jak i ze spektrum światła widzialnego, ultradźwięki, prąd elektryczny (stały, zmienny bądź impulsowy). W zależności od dolegliwości pacjenta i rodzaju schorzenia wykonuje się określony czas trwania zabiegu, odpowiednio ułożenie elektrod (w miejscu chorobowym), wybranie stosowanego typu prądu, natężenia i częstotliwości. Ta metoda terapii jest przede wszystkim bezpieczną, przynoszącą pacjentom ulgę w leczeniu bólu, w stanach zapalnych, zmniejsza napięcie mięśniowe, przyspiesza procesy regeneracyjne tkanek poprzez ukrwienie i odżywienie oraz pobudza nerwy i mięśnie. Głównie wykorzystuje się ją w leczeniu: dyskopatii kręgosłupa, w chorobach zwyrodnieniowych, przewlekłych i ostrych stanach bólowych kręgosłupa, po pourazowych stanach narządów ruchu – złamaniach, skręceniach, w rwie kulszowej, dystrofii mięśniowej, w chorobach reumatycznych, nerwobólach, w zapaleniu tkanek miękkich, bólach głowy. Wykorzystując zabiegi fizykoterapeutyczne można wspomóc leczenie i gojenie się ran, zmniejszyć obrzęki i stan zapalny oraz uśmierzyć ból i przygotować organizm do kinezyterapii.
- **Światłolecznictwo** – to metoda leczenia światłem wykorzystująca jego naturalne (helioterapia) lub sztuczne źródła (aktynoterapia). Terapia światłem jest stosowana w leczeniu takich dolegliwości, jak: choroby żołądka i jelit, migrena, rany i blizny, przewlekłe stany zapalne stawów i tkanek miękkich kończyn, stany zapalne zatok, ucha zewnętrznego, nerwobóle, procesy reumatoidalne w początkowym etapie, przeciążenia stawów, mięśni, ścięgien, problemy skórne. W zależności od rodzaju promieniowania można wyróżnić: IR – promieniowanie podczerwone (*lampa Sollux*); UV – promieniowanie ultrafioletowe (*lampa kwarcowa*), światło spolaryzowane (*lampa Bioptron*). *Lampa Sollux* emitując promieniowanie podczerwone wywołuje reakcje termiczne, co znajduje zastosowanie w terapii wielu schorzeń. Do tych zabiegów stosuje się dwa rodzaje filtrów: czerwonego (rozgrzewającego/przekrwionego), niebieskiego (uspokojenie/przeciwbólowe). *Lampa kwarcowa* – działa przeciwbakteryjnie, przeciwzapalnie, przeciwbólowo, wpływa pozytywnie na metabolizm, usprawnia mineralizację kości. Z kolei, *Lampa Bioptron* – emituje lecznicze światło spolaryzowane, posiada właściwości biostymulacyjne pobudzając procesy regeneracyjne organizmu, aktywizuje układ odpornościowy.
- **Magnetoterapia**. Pole magnetyczne jest bardzo efektywne w przyspieszaniu procesów regeneracji chorych i uszkodzonych tkanek, korzystnie wpływa na błony komórkowe, produkcję kolagenu, kreatyny i innych białek stymulując wzrost kości, przyspiesza też rozwój tkanki łącznej i stymuluje wytwarzanie blizny kostnej oraz łagodzi dolegliwości bólowe i ma działanie przeciwzapalne. Pole magnetyczne świetnie sprawdza się po urazach takich, jak: złamania kości, stawy rzekome, zwłknięcia stawów, naderwania ścięgien lub więzadeł, naderwania torebki stawowej oraz krwiaki, w chorobach zwyrodnieniowych stawów oraz w leczeniu osteoporozy. Jest przydatna także do leczenia zaburzeń krążenia w wyniku miażdżycy, nadciśnienia tętniczego oraz choroby niedokrwiennej serca. Ma korzystne działanie w przypadku chorób neurologicznych, takich jak: udar i stwardnienie rozsiane, jak również w leczeniu schorzeń przewodu pokarmowego i dolegliwości dermatologicznych, a także przyspiesza gojenie się ran. Zabiegi z wykorzystaniem pola elektromagnetycznego małej częstotliwości są bardzo praktyczne, ponieważ zalicza się je do metod nietermicznych. Oznacza to, że można je wykonywać nawet w przypadku ostrych stadiów choroby.
- **Hydroterapia** – inaczej akwiterapia, wodolecznictwo – to zabiegi z wykorzystaniem ciśnienia hydrostatycznego wody oraz jej temperatury. Podstawowym celem hydroterapii jest profilaktyka. Priorytetem jest tutaj działanie hartujące oraz wzmacniające odporność. Wybór zabiegów z zakresu hydroterapii jest bardzo szeroki, są jednak takie, które cieszą się największą popularnością: masaże wirowe (zwany też kąpielą wirową) kończyn górnych i dolnych oraz masaże dolnego odcinka kręgosłupa. Kąpiel wirowa powoduje: poprawę lokalnego ukrwienia, rozluźnienie tkanek, zmniejszenie napięcia mięśniowego oraz złagodzenie dolegliwości bólowych. Obecnie hydroterapii używa się przede wszystkim w dolegliwościach, takich jak: permanentny stres, objawy nerwicy lękowych, schorzenia układu krwionośnego oraz serca, obrażenia narządów ruchu, choroby związane z narządem rozrodczym, bóle przewlekłe, nerwobóle, bezsenność i inne.
- **Ultradźwięki** – znalazły szerokie zastosowanie w fizjoterapii dzięki swojej głębokiej zdolności do przenikania w głąb przez skórę i oddziaływania na mięśnie. To nic innego, jak fale dźwiękowe o niskiej częstotliwości – niesłyszalne dla człowieka. *Sonoterapia*, czyli terapia ultradźwiękami, znajduje zastosowanie w łagodzeniu dolegliwości bólowych narządu ruchu, wspomaganie procesów regeneracyjnych uszkodzonych tkanek, chorób zwyrodnieniowych stawów, leczenia obrzęków o charakterze limfatycznym, chorób o podłożu reumatoidalnym, leczenia przykurczów, w przypadku naderwania więzadeł, ścięgien, tkanek łącznych, w terapii ran i blizn, powodując ich szybsze gojenie się. Pozytywnym efektem tego przenikania jest: miejscowe ogrzanie eksponowanego ciała, zmniejszenie napięcia mięśni, poprawia przepływ limfy w naczyniach limfatycznych oraz działa przeciwzapalnie i przeciwbólowo.
- **Cieplolecznictwo**, czyli leczenie ciepłem, polega na dostarczeniu do ustroju energii cieplnej, głównie drogą przewodzenia i przenoszenia, przekazywaniu energii przechodzącej z ciała o wyższej temperaturze do ciała chłodniejszego. Podwyższenie temperatury tkanek powoduje miejscowe rozszerzenie naczyń krwionośnych, co przyczynia się do zwiększenia krążenia wokół leczonego obszaru. Zwiększone krążenie powoduje napływ tlenu i substancji odżywczych do uszkodzonego obszaru, a to z kolei prowadzi do przyspieszenia procesu gojenia. Ciepło skuteczne jest także w łagodzeniu bólu i rozluźnienia



SZPITAL REHABILITACYJNY CD.

mięśni. Działanie ciepła ma istotny wpływ w wielu schorzeniach, poprawia ukrwienie tkanek, działa przeciwbólowo w stanach wynikających ze wzmożonego napięcia mięśni, poprawia lepkość mazi stawowej zwiększając zakres ruchomości w stawach, wpływa korzystnie na proces resorpcji krwinków w późniejszym okresie. Okłady ciepłe w postaci kompresów rozgrzewających są doskonałym zabiegiem z zakresu ciepłolecznictwa. Kompres wykonany jest z folii wypełnionej roztworem soli, która w wyniku krystalizacji wydziela łagodne i bezpieczne ciepło. Wskazania do stosowania okładów ciepłych obejmują przede wszystkim przewlekłe stany zapalne. Również przykurcze mięśniowe występujące po urazach lub niedowładach, przy umiejętnym zastosowaniu ciepła mogą ulec rozluźnieniu.

- **Krioterapia**, czyli leczenie zimnem jest zabiegiem stosowanym wśród osób zmagających się z dolegliwościami bólowymi, stanem zapalnym oraz obrzękami. Celem krioterapii miejscowej jest schłodzenie określonej części ciała parami ciekłego azotu. W pierwszej fazie zabiegu dochodzi do nagłego obkurczenia naczyń krwionośnych (powoduje przemieszczenie się krwi do głębiej położonych struktur), zmniejszenia temperatury tkanek oraz spowolnienia procesów przemiany materii. Kolejno następują rozszerzenie naczyń krwionośnych w wyniku czego możemy zaobserwować intensywniejsze oddawanie ciepła, obniżenie napięcia nerwowego, działanie przeciwbólowe, zmniejszenie krwinków, obrzęków oraz spowolnienie przewodnictwa nerwowego.
- **Laseroterapia** w fizjoterapii to wykorzystanie promieniowania laserowego o niskiej mocy przy użyciu lasera medycznego. Urządzenie to emituje skupioną, jednobarwną wiązkę światła na właściwą głębokość tkanek. Polega na naświetlaniach powierzchni ciała w sposób miejscowy (punktowy) lub skanujący większy obszar powodując pozytywne efekty w zakresie mikrokrążenia, pobudzenia komórek do szybszej regeneracji, przemiany materii, terapii przeciwbólowej, przeciwobrzękowej, przeciwzapalnej. Wskazaniem do laseroterapii jest przewlekły stan zapalny tkanek miękkich, stawów i tkanek okołostawowych, nerwoból, ostroga piętowa, neuralgia nerwu trójdzielnego, zwłknięcia i skręcenia stawów, złamania, a także zespoły przeciążeniowe narządu ruchu, m.in. łokieć tenisisty, golfisty, cieśń nadgarstka.
- **Masaż leczniczy** – jest to fizyczne oddziaływanie na organizm z użyciem bodźców o podłożu mechanicznym, przede wszystkim jest to nacisk na tkanki. Stosowane w nim techniki pochodzą, m.in. z masażu klasycznego, a polegają na nacieraniu, uciskaniu, ugniataniu, wyciskaniu, oklepywaniu ciała – zarówno mięśni, skóry, jak i stawów. Celem masażu jest – poprzez dotyk terapeuty – wywołanie u pacjenta uczucia odprężenia, usmierzanie bólu, poprawa ukrwienia tkanek i redukcja stresu. Masaż leczniczy jest jednym z rodzajów masażu, obok masażu relaksacyjnego czy klasycznego. Od innych typów masażu odróżnia go to, że służy przede wszystkim leczeniu chorób, bólu oraz innych dolegliwości. Masaż leczniczy jest powszechnie stosowany w medycynie, ponieważ może zmniejszać lub nawet likwidować przyczyny i objawy

różnych chorób oraz niedomagań w obszarze układu ruchu. Z masażu leczniczego korzystają jednak nie tylko pacjenci w trakcie procesu leczenia. Często decydują się na niego także osoby zdrowe, które chcą poprawić funkcjonowanie organizmu oraz samopoczucie. Sporą grupą czerpiącą korzyści z masażu leczniczego są też sportowcy – tak profesjonaliści, jak i amatorzy.

MASAŻE LECZNICZE WYKORZYSTYWANE W FIZJOTERAPII:

- **Masaż limfatyczny** – jest też znany jako *drenaż limfatyczny*. Jego głównym celem jest pobudzenie krążenia limfy oraz krwi w organizmie. Dzięki temu zapobiega powstawaniu chorób spowodowanych zastojem limfy, np. zapobiega niewydolności krążenia obwodowego i pozwala pozbyć się efektu zimnych stóp. Można zaobserwować też inne pozytywne efekty tego masażu, takie jak: ujędrnienie skóry, zmniejszenie cellulitu, likwidacja obrzęków, łagodzenie bólu i usunięcie zbędnych produktów przemiany materii.
- **Masaż klasyczny** – to najpopularniejsza metoda masażu skuteczna w zwalczaniu napięć mięśniowych, poprawy krążenia. Stosowany jest również w schorzeniach ortopedycznych, neurologicznych oraz po zabiegach ortopedycznych podczas rekonwalescencji.
- **Masaż punktowy** – jest też nazywany *bezigłową akupunkturą*. Polega na uciskaniu konkretnych miejsc na ciele (tak zwanych punktów akupresurowych) za pomocą kciuka w regularnych odstępach czasu. Niezwykle skutecznie zmniejsza, a nawet całkowicie likwiduje bóle głowy, karku, zębów, ucha, mięśni i stawów. Usuwa napięcie w organizmie, reguluje przemianę materii, zwalcza zmęczenie, senność, brak energii, a także relaksuje i poprawia samopoczucie.
- **Masaż głęboki** – inaczej *masaż tkanek głębokich* – oddziałuje na głębsze warstwy mięśni i tkanki łącznej. Polega na powolnych i precyzyjnych ruchach powodujących nacisk o sile dopasowanej do poziomu napięcia tkanek. Choć po tego rodzaju masażu leczniczym pacjenci czasem odczuwają bolesność, to skutecznie działa rozluźniająco i może być naprawdę przyjemny. Stosowane techniki mają na celu zwiększenie ruchomości oraz elastyczności tkanek. Są więc używane w leczeniu kontuzji i urazów, przewlekłych bóli mięśni, problemów związanych z nieprawidłową postawą czy długotrwałego przemęczenia.
- **Masaż segmentarny** – opiera się na założeniu, że skóra, tkanka łączna, tkanka mięśniowa oraz narządy wewnętrzne wzajemnie na siebie oddziałują. Stany chorobowe organów wewnętrznych powodują więc zmiany w tkankach konkretnych segmentów ciała. Dlatego też ten rodzaj masażu leczniczego jest najczęściej stosowany w odniesieniu do chorób organów wewnętrznych. Ale nie tylko, ponieważ pomaga także walczyć z niektórymi zaburzeniami układu krążenia i układu nerwowego, niektórymi chorobami kręgosłupa i stawów, jak również niektórymi urazami. Należy podkreślić, że w pierwszej

dr Henryk Kromołowski • CD. NA STR. 20

SZPITAL REHABILITACYJNY CD.

kolejności usuwa napięcia powierzchowne, a później napięcia położone głębiej w ciele.

- **Masaż sportowy** – jest przeznaczony dla osób aktywnych fizycznie, wykonujących pracę fizyczną oraz sportowców. Jest stosowany przede wszystkim po to, żeby leczyć kontuzje i urazy oraz zapobiegać ich wystąpieniu w przyszłości. Często pomaga również poprawiać wyniki uzyskiwane w sporcie zawodowym i amatorskim. Przed treningiem rozgrzewa organizm i zwiększa elastyczność mięśni. A po treningu przyspiesza proces regeneracji, pomaga odbudowywać masę mięśniową i usuwa skutki przetrenowania.
- **Masaż wibracyjny** – bardzo lubiany masaż o mocnych doznaniach wykonywany aparatem Aquavibron, napędzany ciśnieniem wody. Stosuje się go do normalizacji napięcia mięśniowego. Jest to zabieg suchy, wykorzystuje się go do masażu małych i dużych grup mięśniowych, ma działanie przeciwbólowe, usprawnia krążenie obwodowe.

NATOMIAST KINEZYTERAPIA STOSOWANA W NASZYM OŚRODKU OBEJMUJE NASTĘPUJĄCE ĆWICZENIA RUCHOWE:

- **Ćwiczenia bierne** – to ćwiczenia, w których ruchy w stawach pacjenta wykonuje terapeuta lub urządzenie (szyna CPM). Zadaniem pacjenta jest rozluźnienie mięśni. Ruch prowadzony jest w płaszczyznach anatomicznych, wokół odpowiadających im osi. Ćwiczenia te są wskazane przy braku dowolnej czynności mięśniowej różnego pochodzenia, a ich celem jest utrzymanie istniejącego zakresu ruchu w stawie, niedopuszczenie do utraty elastyczności struktur okołostawowych, tworzenia się zrostów oraz zapobieganie przykurczom mięśni.
- **Ćwiczenia czynne wolne** oznaczają, że pacjent w pełni samodzielnie, bez pomocy terapeuty czy specjalistycznego sprzętu, wykonuje ćwiczenie w możliwie dużym, bezbolesnym zakresie ruchu, poruszając częścią ciała przeciwko sile grawitacji. Celem ćwiczeń jest zwiększenie siły i wytrzymałości określonej grupy mięśniowej, utrzymanie i zwiększenie zakresów ruchu w stawach oraz poprawa koordynacji ruchowej.
- **Ćwiczenia czynno-bierne** opierają się na współpracy pacjenta z fizjoterapeutą. Pacjent zapoczątkowuje ruch bądź wspomaga jego wykonanie. Ruch wykonywany jest do granicy bólu w niepełnym zakresie ruchomości. Jeśli ćwiczenia prowadzone są prawidłowo, zakres ruchomości powinien stopniowo wzrastać każdego dnia.
- **Ćwiczenia wspomagane-prowadzone.** Kinezyterapeuta prowadzi ruch odciążając ćwiczoną kończynę, chory natomiast współdziała w wykonaniu ruchu w miarę swoich możliwości. Ma to na celu wzmocnienie mięśni, odtwarzanie i utrwalanie wzorców ruchowych w przypadku niedowładów. Wskazane są przy osłabieniu siły mięśni.
- **Ćwiczenia samowspomagane** – najczęściej są wykonywane u pacjentów przewlekłe chorych, u których choroba spowodowała trwałe zmiany. Wybierane są dla osób, którzy wykazują siłę mięśniową w stopniu od 0 do 2 w skali Lovetta. Ćwiczenia samowspomagane wykonywane są najczęściej przy użyciu systemu bloczkowego. Minusem tej

terapii jest fakt, iż ruch nie jest prowadzony w pełnym zakresie ruchomości.

- **Ćwiczenia na przyrządach.** Kinezyterapia na przyrządach aerobowo-siłowych naceLOWANA jest głównie na rozwój siły i wytrzymałości mięśniowej oraz aktywizacji układu krążeniowo-oddechowego. Do tego celu w terapii ruchem wykorzystuje się różnego rodzaju przyrządy, takie jak: cykloergometry, trenażery, siłownie wielostanowiskowe, itp. Na jakość terapii ma wpływ intensywność wykonywanego treningu, a więc ilość serii, liczba powtórzeń, wielkość obciążenia oraz tempo wykonywanego zadania ruchowego.
- **Ćwiczenia ogólnousprawniające** – są to ćwiczenia oddziałujące na cały organizm człowieka. Celem ćwiczeń ogólnousprawniających jest utrzymanie i wzmocnienie siły mięśni oraz stabilizacji ścięgien, a także zachowanie pełnego zakresu ruchu w stawach. Ćwiczenia te mają również na celu poprawę koordynacji ruchowej, zwiększenie wytrzymałości, poprawę krążenia oraz utrzymanie dobrej czynności układu oddechowego i nerwowego.

METODY SPECJALNE

- **PNF** (proprioceptywne nerwowo-mięśniowe torowanie) – jest uznaną na świecie metodą rehabilitacji pacjentów z zaburzeniami w obrębie układu kostno-mięśniowego oraz nerwowego. Jest to kompleksowa terapia, która oparta jest na szerokiej wiedzy z dziedziny neurofizjologii. PNF oznacza neurofizjologiczne oddziaływanie terapeutyczne na receptory ciała ludzkiego, które poprzez połączenia nerwowo-mięśniowe wpływa na ośrodkowy układ nerwowy i ułatwia choremu wykonanie upośledzonej czynności ruchowej. Metoda PNF kierowana jest do pacjentów z problemami: *ortopedycznymi* (stany po urazach kości, stawów i tkanek miękkich, po wszczępieniu endoprotez, po artroskopii i zabiegach rekonstrukcyjnych, kontuzjach sportowych, amputacjach); *neurologicznymi* (stwardnienie rozsiane, udary mózgu, urazy mózgowo-czaszkowe i rdzenia kręgowego, ataksja, choroby mózdzku, polineuropatie, choroba Parkinsona, zaburzenia po zabiegach neurochirurgicznych, zaburzenia funkcji wegetatywnych – oddychania, połykania, neuralgie nerwowe, mózgowo-porażenie dziecięce, przepukliny oponowo-rdzeniowe); *wad postawy ciała* (skoliozy, deformacje klatki piersiowej, stóp); *zaburzeń chodu i utrzymania równowagi z różnych przyczyn; mięśni* (zaburzenia metaboliczne i funkcji, deficyt masy i siły mięśniowej, dystrofie, zmiany zapalne); *kręgosłupa* (zespoły bólowe, dyskopatie, hipermobilność).
- **Biodex Balance System SD** (Dynamiczna Platforma Bala-sowa) – jest to skuteczne urządzenie do oceny i treningu równowagi oraz propriocepcji w warunkach klinicznych. Platforma może być wykorzystana do obiektywnej oceny stanu pacjenta, postępu terapii, a uzyskany wynik może być archiwizowany. *Zalety tego systemu:* w przypadku niestabilnego podłoża tej platformy badania i praktyka dowodzą, że dopiero stymulacja mechanoreceptorów w krańcowych

SZPITAL REHABILITACYJNY CD.

zakresach ruchu w stawie optymalnie pobudza informację aferentną, niezbędną do wywołania prawidłowych reakcji odpowiednich grup mięśniowych; *biofeedback* – pozwala na pozyskanie w czasie rzeczywistym informacji zwrotnej, która jest niezbędnym elementem procesu reedukacji nerwowo-mięśniowej; obiektywna ocena różnych elementów propriocepcji i równowagi, stabilności (zdolność utrzymania równowagi) oraz kontrolowanej równowagi (tzw. mobilność nałożona na stabilność); *trening* – w tym przypadku są to sesje ćwiczeniowe z możliwością dostosowania indywidualnych parametrów.

- **Kinesiotaping** – to metoda polegająca na oklejaniu specjalnie do tego przeznaczonymi taśmami kinezyjologicznymi określonych miejsc na ciele pacjenta. Metoda kinesiotapingu jest skuteczna w przypadku bardzo wielu schorzeń i przypadłości o charakterze zarówno ostrym, jak i przewlekłym. Wskazania do kinesiotapingu to: urazy i kontuzje typu naderwanie mięśnia, skręcenie stawu; wady kręgosłupa i klatki piersiowej; zespoły bólowe kręgosłupa i kończyn; dolegliwości bólowe o podłożu zwyrodnieniowym; obrzęki limfatyczne; porażenie nerwu twarzewego; występowanie rozległych siniaków spowodowanych urazem; terapia blizn; wady ustawienia stóp; terapia pacjentów neurologicznych; pomocniczo – w obniżonym napięciu mięśniowym.
- **Mechaniczne diagnozowanie i terapia według McKenziego.** Metoda McKenziego – to popularna metoda fizjoterapeutyczna stosowana w diagnozowaniu i terapii bólu, m.in. kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego, jak również bólu barku czy stawów obwodowych. Rehabilitacja metodą McKenziego skupia się nie tylko na objawach, ale także na przyczynach dolegliwości, dlatego jej skuteczność jest wysoka. Fizjoterapeuta po przeprowadzeniu dokładnego, indywidualnego wywiadu z pacjentem oraz badania fizykalnego, dobiera odpowiedni zestaw ćwiczeń. Wskazania do ćwiczeń metodą McKenziego obejmują: ostrą i przewlekłą dyskopatię szyjną, piersiową i lędźwiową; zespoły bólowe stawów obwodowych; bóle o podłożu mechanicznym wynikające także z ucisku struktur nerwowych.
- **Terapie manualne.** Wykorzystywane na oddziale rehabilitacji metody są metodami leczniczo-diagnostycznymi schorzeń układu ruchu. Przynoszą ulgę w bólu, m.in. przy zwyrodnieniach stawów i chorobach kręgosłupa. Regularnie stosowane zabiegi skutecznie zmniejszają odczuwane przez pacjenta dolegliwości. Ponadto, obserwowany jest zwiększony zakres ruchomości stawów. W wyniku terapii manualnej chory w dużym stopniu odzyskuje sprawność i wytrzymałość. Osiągnięcie takich efektów jest możliwe jedynie, gdy zabiegi wykonuje doświadczony specjalista fizjoterapii po wcześniejszym wywiadzie medycznym.

METODY WYKORZYSTYWANE W ODDZIALE:

- **Ortopedyczna Terapia Manualna OMT Kaltenborn-Evjenth** – metoda postępowania fizjoterapeutycznego, która obecnie stanowi jeden z najbardziej rozpowszechnionych na świecie fizjoterapeutycznych systemów leczniczych. Istnieje wiele różnych schorzeń i urazów, w których leczeniu

znajduje zastosowanie ta metoda. Znajduje się wśród nich: choroba zwyrodnieniowa stawów; choroby zwyrodnieniowe i zespoły bólowe kręgosłupa; dyskopatie; skręcenia i zwichnięcia stawów; złamania kości; bóle i zawroty głowy; rwa kulszowa; neuralgia żebrowa; zespół cieśni nadgarstka; łokieć golfisty i tenisisty. Ortopedyczna terapia manualna Kaltenborn-Evjenth składa się z kilku elementów. Pierwszym jest diagnostyka – poprzez specjalistyczne testy manualne fizjoterapeuta może precyzyjnie określić, czy źródłem bólu w konkretnej partii ciała jest zmieniony chorobowo staw, uciśnięty nerw czy też za mocno napięty mięsień. Pozwala to na dobór najlepszej metody terapii. A te mogą być rozmaite. W ramach tej terapii stosuje się dopasowane do potrzeb: *techniki mobilizacji tkanek miękkich* – takie jak masaż funkcyjny, masaż poprzeczny, relaksację poizometryczną czy stretching mięśniowy; *techniki mobilizacji stawów* – uruchamianie torebek, więzadeł i kostnych struktur stawów, mobilizacje stawów przy pomocy trakcji i ślizgu w pozycji spoczynkowej; *techniki mobilizacji tkanki nerwowej* – utrzymujące lub poprawiające ruchomość nerwów obwodowych, opony twardej oraz korzeni nerwowych; ćwiczenia – utrzymujące lub poprawiające ruchomość stawów, tkanek miękkich i tkanki nerwowej. Oczywiście, jeśli danemu zaburzeniu towarzyszą dolegliwości bólowe, w ramach tejże metody można zastosować odpowiednie unieruchomienie (stabilizatory, gorsety, opatrunki) czy środki fizykalne (elektroterapia, hydroterapia, ciepłolecznictwo).

- **Terapia według Ackermanna** nadaje się do leczenia wielu różnorodnych dolegliwości bólowych kręgosłupa, takich jak między innymi: dyskopatia, rwa kulszowa, migrenowe bóle głowy. Podstawą diagnozy jest oczywiście dokładny wywiad, który terapeuta przeprowadza z pacjentem, pozyskując informacje na temat dolegliwości, ich objawów i charakteru, które pozwalają ocenić dokładną naturę przemieszczeń i dysfunkcji, skupiając się na kręgosłupie i jego kręgach, miednicy. Diagnozę uzupełniają także badania radiologiczne. Terapia według Ackermanna pozwala zredukować przeciążenia i doprowadzić do zrównoważenia pracy mięśni, co z kolei umożliwia odpowiednią stabilizację kręgosłupa. Wpływa pozytywnie na dystorsje i wady postawy, dlatego często stosuje się ją nie tylko jako formę leczenia, ale również zestaw profilaktycznych ćwiczeń, pozwalających uniknąć kłopotów z kręgosłupem. Oprócz tego, metodę Ackermanna wyróżnia także szybkość jej działania – o ile sprawdza się na dłuższą metę, o tyle jej efekty doskonale widoczne są także na przykładzie pojedynczych zabiegów, które potrafią skutecznie uśmierzyć problematyczny ból. Warto zaznaczyć jednak, że nie jest to metoda uniwersalna – nie jest wskazana dla chorych z osteoporozą, chorobami nowotworowymi. Nie poleca się jej również przy świeżych złamaniach oraz w obliczu kilku stanów chorobowych, takich jak np. choroba Bechterewa. Na szczęście jej rozbudowany system diagnostyczny umożliwia szybkie rozpoznanie tych czynników, które mogą



SZPITAL REHABILITACYJNY CD.

wymuszać konieczność zmiany podejścia terapeutycznego przez rehabilitanta.

- **FDM** (Fascial Distortion Model) – to wyjątkowo skuteczna forma diagnozy oraz terapii dolegliwości bólowych, a także dysfunkcji narządu ruchu w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego. Wykorzystując mowę ciała (*gestykulację*) oraz sposób w jaki pacjent go opisuje, terapeuta jest w stanie natychmiast zastosować dopasowaną formę terapii manualnej, która przynosi w większości przypadków szybką poprawę. Diagnostyka przy stosowaniu tej techniki opiera się na szczegółowym wywiadzie z pacjentem, badaniu palpacyjnym i próbach ruchomości tkanek. Przeciwwskazaniem do terapii FDM jest tętniak, otwarte rany, choroby centralnego układu nerwowego i ostre stany zapalne. Metoda ta została stworzona w latach 90. ubiegłego wieku przez lekarza/osteopatę medycyny ratunkowej dr. Stephena Philipa Typaldosa (1957–2006). Zauważył on, jak istotną rolę w różnego rodzaju schorzeniach i dysfunkcjach narządu ruchu odgrywa *powięź* (błona zbudowana z tkanki łącznej włóknistej zbitej, której zadaniem jest zewnętrzna osłona poszczególnych mięśni, grup mięśniowych i całej warstwy. Powięzi utrzymują w jedności całe ciało tworząc sieć otulającą i napinającą poszczególne jego elementy). W wyniku tych obserwacji stworzył koncepcję diagnostyczną, w której zarówno klinika, opis werbalny jak i gesty, jakie wykonuje pacjent stały się jej fundamentem. Wynik tej diagnostyki prowadzi do ukierunkowanej i dopasowanej formy terapii. FDM sprawdza się w terapii chronicznego bólu opornego na inne terapie. To działanie na powięź za pomocą mocnego ucisku i przesuwania tkanek. Zakłada, że każdy uraz w organizmie, np. przeciążenie mięśni czy skrócenie stawu skokowego powoduje uszkodzenie i sklejenie powięzi, która ulega zmianom kształtu, co jest przyczyną bólu i utraty funkcji. Naprawienie powięzi dzięki manualnym technikom prowadzi do poprawy funkcji i obniżenia bólu. Powięź podczas urazu ulega różnym odkształceniom – rozerwaniom, zgrubieniom, zgnieceniom i rozciągnięciom. Ponieważ jest to struktura mocno unerwiona, kiedy doznaje urazu – po prostu naprawę boli. Uszkodzona traci swoją elastyczność i zdolność ślizgu, co skutkuje na przykład zaburzeniami ruchomości w stawie. Celem każdej interwencji według FDM jest anatomiczna korekcja powięzi. Jeżeli dystorsja powięzi zostaje skorygowana, można liczyć na natychmiastową poprawę wytrzymałości, ruchomości i/lub na redukcję bólu. Leczenie tą metodą trwa krótko, zatem czas rekonwalescencji zapewnia szybki powrót do poprzedniej aktywności fizycznej.

Niewątpliwie, biorąc pod uwagę względy medyczne, społeczne, a przede wszystkim uwarunkowania wynikające z lokalizacji działalności leczniczej w pałacu, będącym pod nadzorem konserwatora zabytków i konsekwencji z tego wynikających, istnieje konieczność doprowadzenia (w najbliższej możliwej perspektywie) do rozwoju obecnej infrastruktury Ośrodka. Wynikiem tak wyartykułowanych potrzeb było doprowadzenie do podpisania w Urzędzie Marszałkowskim w dniu 31.08.2022 roku *Listu Intencyjnego w sprawie Budowy obiektów Szpitala Rehabilitacyjnego w Kochcicach*, zgodnie

z obowiązującymi przepisami sanitarno-epidemiologicznymi oraz wymogami ppoż., jak również wymogami stawianymi przez Unię Europejską. Lokalizacja nowego Obiektu została przedstawiona w Uchwale Nr XXXV/302/22 Rady Gminy Kochanowice z dnia 31 maja 2022 roku.

W tym miejscu należy też przypomnieć, że niestety, były też zamiary wydzielenia Ośrodka w Kochcicach ze struktury Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich (poprzez jego likwidację). Planowano, że placówka w Kochcicach powinna zostać zlikwidowana do końca grudnia 2020 roku. Informacja o tym planie wywołała natychmiastową reakcję mieszkańców, pracowników i pacjentów. Powstał *Komitet Obrony Szpitala* (pod przewodnictwem Pani Sołtys Kochcic Gabrieli Swierc) – zebrano kilka tysięcy podpisów przeciw zamysłowi likwidacji, w sprawę zaangażowały się także samorządy, przede wszystkim powiat lubliniecki i gmina Kochanowice, na terenie których leżą Kochcice oraz poseł RP Ziemi Lublinieckiej Andrzej Gawron. Dzięki tym działaniom, Urząd Marszałkowski podjął decyzję, że Szpital w Kochcicach będzie dalej, po 31.12.2020 roku, kontynuował swoją działalność, gdyż utrzymanie rehabilitacji w Ośrodku jest ważne z punktu widzenia komplementarności świadczenia usług medycznych na terenie województwa śląskiego, a dobra opinia wśród pacjentów, jaką cieszą się Kochcice, jest dodatkowym argumentem, aby skutecznie zabiegać o tę placówkę i podnosić standardy jej funkcjonowania.

Potwierdzeniem tych faktów są chociażby wyniki realizacji kontraktu Naszej placówki za 2022 rok. I tak, wykonanie kontraktu w Oddziałach rehabilitacyjnych za 2022 rok było na poziomie 96%, a wskaźnik rentowności netto na poziomie +3,5%, co przełożyło się na bilansowanie się Ośrodka pod względem finansowym i jest efektem bardzo dobrej pracy personelu zatrudnionego w tutejszej placówce.

Tego typu działania pozwalają Szpitalowi na stworzenie własnej silnej marki, która dobrze jest odbierana przez pacjentów, a tym samym zapewnia Naszemu Ośrodkowi wysoki popyt na usługi przez Nas świadczone. Godne szczególne uznania są te wszystkie lata zaangażowania i poświęceń w pracy personelu na rzecz ratowania zdrowia pacjentów i Ich dobrostanu psychofizycznego. Jak wiadomo, opieka nad chorymi i niesienie Im pomocy, to bardzo trudne zadanie, a jednocześnie wielka odpowiedzialność wymagająca empatii oraz posiadania ogromnych pokładów cierpliwości i wyrozumiałości. Odpowiedzialności nie tylko za prawidłowe leczenie, ale także za poczucie bezpieczeństwa każdego z pacjentów.

Obecny czas, jest szczególną okazją, aby pracownicy mogli odczuć głęboką satysfakcję z dotychczasowych dokonań i jednocześnie życzyć pacjentom i sobie kolejnych lat działalności obfitujących w sukcesy, aby wizerunek placówki był jeszcze lepszy od obecnego. Tak więc, za lata pracy nad ratowaniem zdrowia pacjentów należą się wszystkim pracownikom, tym obecnie zatrudnionym, jak i w latach poprzednich, największe słowa uznania i szacunek.

Natomiast pacjentom należy życzyć, aby przez cały czas leczenia rehabilitacyjnego byli otoczeni wzorcową troską, a proces zdrowienia przebiegał po Ich myśli.

dr Henryk Kromołowski



Częściowa wymiana pokrycia dachu (2022 rok)



Prace konserwatorskie rzeźb Diany i Demeter usytuowanych na attyce Pałacu



Remont tarasu dolnego elewacji północno-wschodniej



Taras dolny elewacji północno-wschodniej po remoncie



Termin: 18.06.2023
Miejsce: Zespół Pałacowo-Parkowy,
Kochcice, ul. Zamkowa 1

HARMONOGRAM UROCZYSTOŚCI

14:00 – ROZPOCZĘCIE UROCZYSTOŚCI

- powitanie zaproszonych gości przez Dyrektora Szpitala Elżbietę Jabłońską i Pełnomocnika Dyrektora Szpitala ds. Ośrodka Zamiejskowego w Kochcicach Henryka Kromołowskiego
- przedstawienie przez Henryka Kromołowskiego historii funkcjonowania Szpitala Rehabilitacyjnego w Kochcicach
- wystąpienia zaproszonych gości
- wręczenie wyróżnionym pracownikom Szpitala odznaczeń, medali, dyplomów

15:30 – 18:00 – CZĘŚĆ ARTYSTYCZNA

- Górnicza Orkiestra Dęta „Bytom” im. Józefa Słodczyka pod batutą Dariusza Kasperka
- Chór dziecięcy Zespołu Szkolno-Przedszkolnego w Kochcicach
- Występ artystów z Państwowej Szkoły Muzycznej I stopnia im. Janiny Garści w Lublińcu
- Zespół folklorystyczny „Mały Śląsk” z Zespołu Szkolno-Przedszkolnego w Kochcicach
- Julia Sekulska – koncert skrzypcowy
- Grupa Śpiewacza Kochciczanki

PIKNIK ZDROWOTNY

- konsultacje fizjoterapeutyczne
- masaż leczniczy
- nordic walking
- ćwiczenia z wykorzystaniem sprzętu rehabilitacyjnego – m. in.: rower stacjonarny, taśmy Thera-Band, piłki rehabilitacyjne
- kinesiotaping
- pomiar ciśnienia tętniczego
- pomiar tętna
- pomiar saturacji krwi
- instruktaż udzielania pierwszej pomocy (resuscytacja krążeniowo-oddechowa)