

Barbara Ślusarska¹, Katarzyna Kwaśnik², Honorata Piasecka¹, Grzegorz Nowicki¹

¹Pracownia Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

Wybrane psychospołeczne problemy opieki pacjentów z POChP

Selected psychosocial problems in COPD patient care

STRESZCZENIE

Wstęp. Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) charakteryzuje się niecałkowicie odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe, związanym z procesem zapalnym wywołującym skutki lokalne w tkance płucnej. Prowadzi również do szeregu zmian pozapłucnych. Przewlekła obturacyjna choroba płuc obniża jakość życia chorych, jest przyczyną niepełnosprawności i inwalidztwa oraz staje się problemem społecznym.

Cel pracy. Określenie trudności psychospołecznych, wydolności funkcjonalnej oraz samooceny stanu zdrowia wśród chorych na POChP.

Materiał i metody. Do badania włączono 100 pacjentów z potwierdzoną spirometrycznie POChP leczonych na oddziale szpitalnym. Przeprowadzono: badanie ankietowe, analizę dokumentacji medycznej, ocenę stanu depresji (skala Becka) oraz ocenę złożonych czynności życia codziennego (skala Lawtona IADL).

Wyniki i wnioski. Średnia wieku w grupie wynosiła 61,2 lat (SD ± 9,18). Mężczyźni stanowili 73,0% chorych. Wśród badanych 66,0% było palaczami tytoniu z ponad 10-letnią historią nałogu. W ocenie duszności skalą mMRC najczęściej występował stopień II u 28%, stopień III u 26%, a IV u 17%. W opinii 52% badanych największym problemem związanym z chorobą jest bezradność w życiu codziennym. U 54% osób z POChP stwierdzono depresję umiarkowaną, a u 14,0% depresję ciężką. Czas leczenia pacjentów ma wpływ na występowanie i nasilenie depresji ($p < 0,001$, $r_c = 0,436$). W ocenie wydolności funkcjonalnej w skali IADL 20% badanych radzi sobie w czynnościach z niewielką pomocą osób drugich, pozostali są samodzielni. U chorych z POChP zidentyfikowano obniżenie nastroju, lęk, niepokój, depresję oraz poczucie stanu bezradności, a ich społeczne funkcjonowanie jest znacznie ograniczone.

Problemy Pielęgniarstwa 2016; 24 (1): 48–54

Słowa kluczowe: pacjent z POChP; problemy opieki; zakres pomocy

ABSTRACT

Introduction. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is characterised by partially reversible limited airflow through the respiratory tract, arising from an inflammatory process that exerts a local effect on the lung tissue. It also triggers a number of extrapulmonary lesions. COPD severely influences the daily living of people experiencing this condition, reducing their overall quality of life.

The aim of the study. Defining psychosocial difficulties, functional capacity and self-assessment of health among patients with COPD.

Material and methods. The study covered 100 patients with spirometrically confirmed COPD, treated in hospital departments. It comprised conducting a questionnaire survey, analysing medical documentation, assessing the degree of depression (according to Beck's Scale), and evaluating the complex activities of daily living (according to Lawton's Scale – IADL).

Results and conclusion. 66.0% of the surveyed patients were tobacco smokers with an over 10 year addiction history. The breathing difficulties assessment according to the mMRC Scale revealed that the 2nd degree was the most frequently

Adres do korespondencji: mgr Honorata Piasecka, Pracownia Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. S. Staszica 6, 20-081 Lublin, tel.: +48 81 448 68 10, 509 335 543, faks: +48 81 448 68 11, e-mail: honorata_p@onet.eu

DOI: 10.5603/PP.2016.0008

experienced (28% of those surveyed), followed by the 3rd degree (26%) and then the 4th (17%). According to 52% of the patients, the sense of helplessness in daily living was the underlying disease-related problem. Moderate depression was diagnosed in 54% of COPD patients, and severe depression in 14.0%. The occurrence and degree of depression appeared to depend on the duration of the disease treatment time ($p < 0.001$, $r_c = 0.436$). As regards the assessment of daily functions according to the IADL Scale, 20% of the surveyed claimed to deal with everyday activities with minor assistance from other people, while others were self-reliant.

Problemy Pielęgniarstwa 2016; 24 (1): 48–54

Key words: COPD patients; care problems; degree of assistance

Wstęp

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest obecnie uznawana za jedną z najczęstszych przewlekłych chorób niezakaźnych układu oddechowego, której częstość występowania stale się zwiększa. Częstość występowania POChP u badanych powyżej 40. roku życia, potwierdzona badaniem spirometrycznym, wynosi 8,9% [1]. Przewlekła obturacyjna choroba płuc charakteryzuje się niecałkowicie odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe, związanym z procesem zapalnym wywołującym skutki lokalne w tkance płucnej. Prowadzi również do szeregu zmian pozapłucnych takich jak: zaburzenia stanu odżywienia, zmniejszenie masy i osłabienie mięśni szkieletowych, osteoporoza, zmiany w układzie krążenia, niedokrwiłość, zaburzenia snu, lęk, depresja [2]. W miarę postępu choroby i nasilenia objawów chorobowych, POChP ma silny wpływ na wszystkie aspekty życia chorych i obniża ich jakość życia, staje się problemem społecznym, jest przyczyną niepełnosprawności i inwalidztwa.

Duszność jest identyfikowana przez pacjentów jako najbardziej kłopotliwy objaw POChP, który prowadzi do niepokoju, paniki i lęku. Badania wskazują, że ankietowani zgłaszają uczucie frustracji i zmęczenia z powodu duszności, co prowadzi stopniowo do zmniejszenia, a następnie do utraty aktywności społecznej. Wyklucza to także pacjentów z POChP stopniowo z pełnionych ról w rodzinie oraz kontaktów intymnych w relacjach osobistych, często powodując zmniejszenie jakości życia [3, 4].

Cel

Określenie trudności psychospołecznych, wydolności funkcjonalnej oraz samooceny stanu zdrowia wśród chorych z POChP.

Materiał i metody

Badania ankietowe zostały przeprowadzone od 1 lipca 2013 roku do 30 sierpnia 2013 roku. Przebadano ogółem 100 pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc hospitalizowanych na Oddziale Chorób Wewnętrznych Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Zwoleniu. Udział pacjentów w badaniu był dobrowolny i anonimowy.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z techniką ankietowania. W badaniach wykorzystano standaryzowane narzędzia badawcze oraz ankietę z pytaniami własnego autorstwa. Jednym z nich był kwestionariusz Fagerströma, który bada stopień uzależnienia od nikotyny. Wynik testu wynoszący 7 lub więcej punktów świadczy o silnym uzależnieniu od nikotyny [5]. Dodatkowo zastosowano skalę odczucia duszności — zmodyfikowaną skalę Medical Research Council (mMRC) — oceniającą stopień nasilenia duszności w zależności od rodzaju wywołującej ją aktywności fizycznej [6].

Wystąpienie depresji badano za pomocą skali Becka, służącej samoocenie nasilenia depresji. Składa się ona z 21 grup stwierdzeń. W każdej grupie są stwierdzenia punktowane w kolejności 0, 1, 2, 3. Ocena dotyczy ostatniej doby minionego tygodnia lub minionego miesiąca. Ocena skali depresji Becka: 0–11 pkt — bez depresji, 12–26 pkt — łagodna depresja, 27–49 pkt — umiarkowanie ciężka depresja, 50–63 pkt — bardzo ciężka depresja [7].

W celu oceny złożonych czynności życia codziennego skorzystano ze skali Lawtona IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*) [8]. Do tych czynności należą: wykonywanie prac domowych, takich jak sprzątanie, gotowanie, pranie, bieżące naprawy oraz możliwość robienia zakupów, umiejętność gospodarowania pieniędzmi i korzystania z telefonu. Przy pełnej niezależności pacjent otrzymuje 27 punktów, otrzymanie 10–26 punktów oznacza umiarkowaną zależność (pacjent wymaga częściowej pomocy innych osób przy wykonywaniu złożonych czynności dnia codziennego), natomiast 9 i mniej punktów — zależność ciężką (pełna pomoc przy wszystkich złożonych czynnościach dnia codziennego).

Obliczenia statystyczne oraz testy niezależności statystycznej χ^2 na potrzeby niniejszej pracy zostały przeprowadzone za pomocą programu statystycznego IBM SPSS Statistics Version 20.

Wyniki

Charakterystyka społeczno-demograficzna grupy

Wśród 100 pacjentów z rozpoznaną POChP większą część grupy badanej (73%) stanowili mężczyźni, a 27% uczestników badania to kobiety. Średnia wieku

Tabela 1. Cechy społeczno-demograficzne pacjentów z POChP (N = 100)**Table 1.** The social and demographic characteristics of patients with COPD (N = 100)

Lp.	Zmienne	Wskaźnik	Liczba (%)
1.	Płeć	K — kobiety	27 osób (27,0%)
		M — mężczyźni	73 osób (73,0%)
2.	Wiek Średnia wieku 63,2 lat (SD = 9,108)	45–54 lat	7 osób (7,0%)
		55–64 lat	21 osób (21,0%)
		65–74 lat	30 osób (30,0%)
		75–84 lat	31 osób (31,0%)
		85 lat i więcej	11 osób (11,0%)
3.	Miejsce zamieszkania	Miasto	35 osób (35,0%)
		Wieś	65 osób (65,0%)
4.	Wykształcenie	Podstawowe	32 osób (32,0%)
		Zawodowe	44 osób (44,0%)
		Średnie	12 osób (12,0%)
		Wyższe	12 osób (12,0%)

chorych z POChP wynosiła 63,2 lat (SD = 9,108). Były to osoby w przeważającej części zamieszkujące wieś (65%) oraz legitymujące się w większości wykształceniem zawodowym (44%) oraz podstawowym (32) (tab.1).

Wybrane czynniki ryzyka choroby w grupie badanych

Pacjenci z POChP w większości (78%) to osoby z prawidłowym wskaźnikiem BMI (18,5 do 24,99 kg/m²). W przypadku 20% uczestników badania wskaźnik BMI wynosił 17,0–18,49 kg/m² (niedowaga), natomiast po 1% osób badanych klasyfikowało się do kategorii BMI 16,0–16,99 kg/m² (wychudzenie) oraz BMI 25,0–29,99 kg/m² (nadwaga).

Wśród badanych 66% w okresie badania nałogowo paliło papierosy, a 14% podawało, że robi to sporadycznie. Tylko 20% uczestników badania nie paliło papierosów. Wyniki badania testem Fagerströma osób palących wskazały, że silne uzależnienie od nikotyny na poziomie 7 punktów i powyżej występowało u 38% badanych.

Charakterystyka czynników chorobowych w grupie pacjentów z POChP

Największą grupę badanych stanowiły osoby (39%) ze stażem leczenia z powodu POChP od 6 do 10 lat, a 28% badanych na tę chorobę leczyło się od 11–15 lat.

Czas leczenia na POChP w przypadku 24% wynosił 1–5 lat a pozostałych 9,00% badanych 16–20 lat.

Dominujące objawy chorobowe występujące u osób z POChP to kaszel (69% badanych) oraz

odkrztuszanie wydzieliny z dróg oddechowych 68%, a także zaburzenia snu (51%). W ocenie nasilenia duszności w zmodyfikowanej skali mMCR 28% uczestników badania zaznaczyło wartość 2 (z powodu duszności chory chodzi wolniej niż rówieśnicy lub idąc we własnym tempie po płaskim terenie, musi się zatrzymać dla nabrania tchu). Wartość 1 (duszność podczas znacznego wysiłku) zaznaczyło 25% badanych (n = 25). 26% badanych (n = 26) zadeklarowało, że odczuwa duszność po przejściu około 100 m lub po kilku minutach marszu po płaskim terenie chory musi się zatrzymać dla nabrania tchu (wartość 3), a 17% (n = 17), że duszność uniemożliwia choremu opuszczenie domu lub występuje przy ubieraniu się lub rozbieganiu (wartość 4). Tylko 2% badanych (n = 2) zadeklarowało, że duszność występuje jedynie podczas dużego wysiłku fizycznego (wartość 0). Ponadto większość uczestników badania (79%) zadeklarowało, że doświadcza nawracających i powtarzających się (co najmniej dwa razy w roku) infekcji oskrzelowych. Takich dolegliwości nie doświadcza 21% badanych.

Wydolność funkcjonalna w skali Lawtona (IADL) oraz samoocena stanu zdrowia przez badanych z POChP

W badanej grupie pacjentów z POChP wszyscy w ocenie wydolności funkcjonalnej w skali Lawtona (IADL) uzyskali umiarkowaną zależność (pacjent wymaga częściowej pomocy innych osób przy wykonywaniu złożonych czynności dnia codziennego), bowiem zarejestrowane wyniki mieściły się w zakresie 10–26 punktów. Ponadto większość badanych (57%,

Tabela 2. Czas leczenia POChP a nasilenie depresji w skali Becka w badanej grupie (N = 100)**Table 2.** The treatment period of COPD and the escalation of depression described according to the Beck Depression Inventory in a study group (N = 100)

Zmienne	Suma punktów wg skali Becka			Razem		
	0	0–10	11–27	28 i więcej		
Czas leczenia POChP	1–5	N	12	11	0	24
		%	12,0%	11,0%	0,0%	24,0%
	6–10	N	14	22	3	39
		%	14,0%	22,0%	3,0%	39,0%
	11–15	N	5	14	9	28
		%	5,0%	14,0%	9,0%	28,0%
	16–20	N	0	7	2	9
		%	0,0%	7,0%	2,0%	9,0%
Razem	N	31	54	14	100	
	%	31,0%	54,0%	14,0%	100,0%	
Analiza statystyczna		$\chi^2 = 23,463 > \chi^2_{0,05;9} = 16,919$ $p = 0,00 < 0,05; r_c = 0,436$				

n = 57) przyznało, że stan swojego zdrowia ocenia źle. Z kolei 43% badanych (n = 43) ocenia go dobrze.

Zakres trudności związanych z funkcjonowaniem psychicznym

W odpowiedzi na pytanie: „W jaki sposób u Pana/i choroba wpływa na samopoczucie psychiczne?” — 69% badanych uznało, że choroba wpływa na ich sferę psychiczną poprzez obniżenie nastroju. U 52% badanych (n = 52) choroba powoduje lęk, 42% (n = 42) przyznaje, że schorzenie wywołuje u nich depresję. 35% badanych (n = 35) zauważyło, że pod wpływem choroby brak im chęci do życia, a 26% badanych (n = 26) doświadcza napadów agresji i gniewu w związku z chorobą.

Wyniki badania wykazały, że 54% uczestników badania (n = 54) w skali Becka uzyskało od 11 do 27 pkt, co oznacza depresję umiarkowaną. Z uzyskanych danych wynika, że depresja ciężka (28 oraz więcej pkt) dotyczy 14% uczestników badania (n = 14). Z kolei w przypadku 32% badanych (n = 32) wyniki skali wskazują na brak depresji lub jedynie obniżenie nastroju o charakterze niedepresyjnym (0–10 pkt) (tab. 2).

Test niezależności χ^2 wykazał, że pomiędzy czasem leczenia się na POChP a sumą punktów wg skali Becka zachodzi zależność. Z uzyskanych danych wynika, że większość osób, które na POChP leczą się od 1–5 lat oraz od 6–10 lat, uzyskały mniej punktów wg skali Becka, co oznacza niższy poziom depresji. Z kolei osoby, które leczą się dłużej (11–15 lat oraz 16–20 lat)

uzyskały więcej punktów, co świadczy o zdecydowanie gorszej kondycji psychicznej tych osób. Siła stwierdzonej zależności jest przeciętna ($r_c = 0,436$). Wyniki są istotne statystycznie ($p < 0,05$) (tab. 2).

Zakres społecznego funkcjonowania i utrudnień występujących u pacjentów z powodu POChP

W badanej grupie osób z POChP 43% badanych (n = 43) stanowią osoby nieaktywne zawodowo (pobierające rentę chorobową), a 16% uczestników badania (n = 16) to emeryci. Z kolei 18% badanych (n = 18) to osoby prowadzące gospodarstwo rolne, a tylko 23% (n = 23) to osoby wykonujące etatową pracę zawodową. Ponad połowa uczestników badania (56%, n = 56) przyznała, że występowanie objawów chorobowych w ich przypadku miało wpływ na wycofanie się przez nich z życia społecznego dając poczucie izolacji społecznej. Przeciwnego zdania jest 44% badanych (n = 44).

Zdecydowana większość badanych (84%, n = 84) zadeklarowała, że nie jest zaangażowana w działalność stowarzyszeń lub grup wsparcia. 8% badanych (n = 8) przyznało, że biernie uczestniczy w działalności takich stowarzyszeń lub grup wsparcia, a taka sama część badanych zadeklarowała, że udziela się w nich aktywnie.

Badani z POChP dokonując hierarchii trudności związanych z chorobą, najczęściej wskazywali (54,00%, n = 54) duszność oraz (52%, n = 52) bezradność w życiu codziennym. Dla 40% badanych (n = 40) dużym problemem jest fizyczna niezdolność

Tabela 3. Występowanie bezradności w życiu codziennym jako objawu POChP a występowanie nawracających i powtarzających się infekcji oskrzelowo-płucnych (N = 100)

Table 3. The occurrence of helplessness in everyday life as a symptom of COPD and the incidence of recurrent bronchopulmonary infections (N = 100)

Zmienne	Bezradność w życiu codziennym			Razem	
		Tak	Nie		
Występowanie nawracających i powtarzających się infekcji oskrzelowo-płucnych	Tak	N	47	33	80
		%	47,0%	33,0%	80,0%
	Nie	N	5	15	20
		%	5,0%	15,0%	20,0%
Razem	N	52	48	100	
	%	52,0%	48,0%	100,0%	
Analiza statystyczna	$\chi^2 = 7,302 > \chi^2_{0,05;1} = 3,841$				
	$p = 0,01 < 0,05; r_c = 0,261$				

do samoopieki oraz, w opinii takiej samej liczby osób (40,00% , n = 40), lęk, dla 39% (n = 39 osób) niepokój o przyszłość własną oraz rodziny, dla 37% (n = 37) depresja, a dla 27% (n = 27) problem z przyjmowaniem leczenia, dla 16% (n = 16) brak kontaktów interpersonalnych z bliskimi.

W analizie statystycznej wyników badań test niezależności χ^2 wykazał, że pomiędzy występowaniem bezradności w życiu codziennym jako objawu POChP, a występowaniem nawracających i powtarzających się infekcji oskrzelowo-płucnych zachodzi zależność ($p < 0,05$). Należy więc przyjąć, że występowanie tych infekcji ma wpływ na występowanie poczucia bezradności w życiu codziennym. Siła stwierdzonej zależności jest słaba ($r_c = 0,261$) (tab. 3).

Z uzyskanych danych wynika, że osoby, które doświadczają nawracających i powtarzających się infekcji oskrzelowo-płucnych znacznie częściej doświadczają bezradności w życiu codziennym jako objawu POChP niż osoby, których infekcje te nie dotyczą.

Dyskusja

Przewlekła obturacyjna choroba płuc staje się jedną z ważnych przyczyn śmierci w krajach wysoko-rozwinętych. Jej rozpowszechnienie, zachorowalność oraz śmiertelność stale rosną. Powstały koszt jakości życia dla pacjentów i ich rodzin, dla systemu opieki zdrowotnej w ogóle, wymaga poprawy w zakresie jej zapobiegania, leczenia i opieki nad pacjentami w przebiegu tej ostatecznie wyniszczającej choroby. W miarę postępu schorzenia wyraźnie nasilają się jej objawy, które stopniowo wpływają na wszystkie aspekty życia osób nią dotkniętych [9].

Najczęściej postrzeganym przez chorych objawem ze strony układu oddechowego jest niewątpliwie

duszność, jako subiektywne uczucie dyskomfortu oddychania, które obejmuje jakościowo różne doznania o odmiennej intensywności. Chorzy określają je bardzo różnie: jako krótki oddech, trudności w nabraniu powietrza, nieprzyjemne odczucie czynności oddychania, brak tchu, uczucie „głodu powietrza”. Niektórzy podają, że nie mogą nabrać wystarczającej ilości powietrza, gdyż nie dochodzi ono do płuc, mają poczucie ściśniętej klatki piersiowej. Doznawanie duszności ma swoje źródła i implikacje w fizjologicznych, psychologicznych i socjalnych interakcjach [10]. Pacjenci, którzy doświadczyli ostrego zaostrzenia objawów POChP, opisali ten stan jako przerażający i dramatyczny. W ich opinii duszność postrzegana była jako bolesna i ciągła walka o powietrze [11]. Zgodnie z wynikami badań Kieczki, największą grupę chorych pod względem stopnia ciężkości duszności stanowili chorzy w 2 i 3 stopniu wg skali MRC, tj. stopień drugi — 26%, a trzeci stopień — 34% badanych. Stopień zerowy miało 7% badanych, stopień pierwszy i czwarty ukształtował się prawie na tym samym poziomie, tj. stopień pierwszy — 17% i czwarty — 16% badanych [12]. Wyniki badań własnych w grupie badanych pacjentów przedstawiają podobny rozkład nasilenia duszności mierzonej skalą MRC. Duszność przyczynia się do występowania uczucia niepokoju i lęku, co związane jest w głównej mierze z poczuciem zagrożenia życia. Objaw ten przyczynia się do ograniczenia aktywności życiowej i kontaktów społecznych, prowadzi do izolacji i wyobcowania [3].

Lęk, panika, depresja, strach, frustracja, żal i społeczna izolacja przyczyniają się do pogłębienia problemów chorych z POChP. Badania własne wykazały, że aż 69% osób zadeklarowało, że choroba wpływa na ich sferę psychiczną. U 52% powoduje lęk, natomiast

u 42% depresję. Wiele z tych osób przyjmuje postawę bezradności, która może osłabić motywację pacjenta do aktywnego uczestnictwa w zabiegach terapeutyczno- opiekuńczych [13, 14]. Dla 52% badanych w badaniach własnych, jest ona istotnym problemem w życiu codziennym. Bezradność może być również wzmacniana przez codzienne problemy i brak możliwości kontrolowania objawów POChP [15]. Stanowi ona barierę psychologiczną uniemożliwiającą chorym podejmowanie działań, które mogą zapobiec występowaniu zaostrzeń choroby, przyczynia się do osłabienia poczucia kontroli nad własnym zdrowiem i życiem [16]. Wśród innych zaburzeń w sferze psychospołecznej chorych na POChP wyróżnić można zaburzenia snu, które zmniejszają zdolność do normalnego funkcjonowania. Ciężkie zaostrzenia POChP mogą powodować strach przed rosnącą dusznością, przed śmiercią. U pacjentów tych występuje permanentny niepokój i poczucie zagrożenia ich życia [17].

Kolejnym problemem natury psychospołecznej jest depresja, która występuje od 2 do 4 razy częściej u osób z ciężkim przebiegiem POChP niż w populacji ogólnej. Jej występowanie wiąże się z obniżeniem życia i jakości chorych, ma wpływ na umiejętność samodzielnego radzenia sobie w życiu codziennym [18, 19]. Ponadto, w jednych z przeprowadzonych badań odnotowano wzrost śmiertelności u chorych z depresją, hospitalizowanych z powodu POChP w stosunku do osób, u których nie zaobserwowano objawów obniżonego nastroju [20].

Dotychczasowe wyniki badań zwracają uwagę na fakt niezwykle istotnego wpływu problemów psychospołecznych na jakość życia chorych z rozpoznaniem POChP. Choroba ma wpływ na codzienne funkcjonowanie chorych, ich możliwości do pracy i adaptacji w społeczeństwie. Choroba przyczynia się do utraty aktywności społecznej, ingeruje w relacje międzyludzkie i obniża samopoczucie badanych [3].

Wnioski

Analiza uzyskanych wyników badań pozwala stwierdzić, że:

1. Główne dolegliwości chorobowe, na które cierpią pacjenci z POChP to: kaszel, odkrztuszanie wydzieliny, duszność spoczynkowa i duszność wysiłkowa, zaburzenia snu i nawracające infekcje.
2. Większość pacjentów z POChP aktualnie nałogowo pali papierosy w dużej ilości i od długiego czasu (ponad 20 lat). W grupie pacjentów uzależnionych od nikotyny na podstawie testu Fagerströma stwierdzono silne uzależnienie od nikotyny.
3. Wśród problemów związanych ze stanem psychicznym u pacjentów z POChP zidentyfikowano obniżenia nastroju, lęku, niepokoju, depresji oraz stanu bezradności. Większość pacjentów w ocenie

w skali depresji Becka cierpi na depresję umiarkowaną.

4. Społeczne funkcjonowanie pacjentów z POChP jest znacznie ograniczone. Kontakty towarzyskie najczęściej utrzymują tylko z najbliższą rodziną i sąsiadami.
5. Występowanie bezradności w życiu codziennym, lęku, depresji oraz poczucia niepokoju o przyszłość pacjentów z POChP warunkowane jest nawracającymi i powtarzającymi się infekcjami oskrzelowo-płucnymi oraz czasem leczenia się na POChP.

Piśmiennictwo

1. Halbert R.J., Natoli J.L., Gano A. i wsp. Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. *Eur. Respir. J.* 2006; 28: 523–532.
2. Górecka D., Jassem E, Pierzchała W., Śliwiński P. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2012; 80 (3): 220–254.
3. Barnett M. Chronic obstructive pulmonary disease: a phenomenological study of patients' experiences. *J. Clin. Nurs.* 2005; 14 (7): 805–812.
4. Jones P.W. Health status: what does it mean for payers and patients? *Proc. Am. Thorac. Soc.* 2006; 3: 222–226.
5. Fiore M., Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service 2000.
6. Bestall J.C., Paul E.A., Garrod R., Garnham R. i wsp. Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 1999; 54: 581–586.
7. Paradowski T., Jernajczyk W. Inwentarz depresji Beck'a w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne (ocena pilotażowa). *Psychiatr. Pol.* 1977; 11 (4): 417–424.
8. Galus K., Kocemba J. *Geriatrics. Urban & Partner Wrocław* 1999; 252–253.
9. Simpson A.C., Rucker G.M. Advanced chronic obstructive pulmonary disease: rethinking models of care. *Q. J. Med.* 2008; 101: 697–704.
10. Koziński J. Diagnostykaduszności w chorobachpłuc. *Folia Cardiologica Excerpta* 2013; 8: 2–8.
11. Bailey P.H. The dyspnea-anxiety-dyspnea cycle-COPD patients' stories of breathlessness: It is scary when you can't breathe. *Qual. Health Res.* 2004; 14: 760–778.
12. Kieczka K.M. Jakość życia chorych na astmę i przewlekłą obturacyjną chorobę płuc mieszkających w województwie mazowieckim i lubelskim. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2010; 30–31.
13. Elkington H., White P., Addington-Hall J., Higgs R. i wsp. The last year of life of COPD: a qualitative study of symptoms and services. *Resp. Med.* 2004; 98 (5): 439–445.
14. Omachi T.A., Katz P.P., Yelin E.H. i wsp. The COPD helplessness index: a new tool to measure factors affecting patient self-management. *Chest.* 2010; 137 (4): 823–830.
15. Sheridan N, Kenealy T, Salmon E, Rea H, Raphael D, Schmidt-Busby J. Helplessness, self blame and faith may impact on self management in COPD: a qualitative study. *Prim. Care Respir. J.* 2011; 20 (3): 307–314.

16. Yu D.S.F., Lee D.T.F., Wu J. The revolving door syndrome: the Chinese COPD patients' perspectives. *J. Clin. Nurs.* 2007; 16 (9): 1758–1760.
17. Chen K., Chen M., Lee S. Self-management behaviours for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. *J. Adv. Nurs.* 2008; 64 (6): 595–604.
18. Kunik M.E., Roundy K., Veazey C. i wsp. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest.* 2005; 127: 1205–1211.
19. Burgess A., Kunik M.E., Stanley M.A. Assessing and treating psychological issues in patients with COPD. *Geriatrics* 2005; 60: 18–21.
20. Nguyen H.Q., Carrieri-Kohlman V. Dyspnea self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease: moderating effects of depressed mood. *Psychosomatics* 2005; 46: 402–410.