

Katarzyna Górską, Piotr Korczyński

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Rola edukacji chorych na astmę i przewlekłą obturacyjną chorobę płuc w warunkach ambulatoryjnych

The role of education of patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease in outpatient settings

Streszczenie

Wstęp: Zgodnie z rekomendacjami Światowej Inicjatywy dla Astmy (GINA) oraz Światowej Organizacji Zwalczania POChP (GOLD) edukacja pacjentów chorych na astmę i przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) stanowi integralny element terapii i powinna być prowadzona w sposób ciągły.

Cel: Celem programu była edukacja chorych na astmę lub POChP w zakresie wiedzy na temat choroby oraz ocena jej wpływu na poprawę świadomości pacjentów.

Materiał i metody: Do programu edukacyjnego włączeni zostali pacjenci z rozpoznaniem astmy lub POChP odbywający planową ambulatoryjną wizytę lekarską. Edukacja poprzedzona była wypełnieniem autorskiej ankiety z pytaniami na temat choroby, którą na kolejnej wizycie wypełniano ponownie.

Wyniki: W programie uczestniczyło 583 lekarzy, którzy przeprowadzili edukację 9659 chorych na astmę lub POChP na terenie całego kraju. Uczestnicy programu po interwencji zgłaszali mniejsze zużycie krótko działających leków rozszerzających oskrzela (o 32% w astmie i o 42% w POChP) oraz częściej podejmowali aktywność fizyczną (o 20% chorzy na astmę i o 46% chorzy na POChP). Podczas wizyty kontrolnej obserwowano zaprzestanie palenia papierosów u 8% chorych na astmę i 19% chorych na POChP.

Abstract

Introduction: According to the recommendations of the Global Initiative for Asthma (GINA) and the Global Organisation for the Prevention of COPD (GOLD), education of patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is an integral part of therapy and should be carried out continuously.

Aim: The aim of the program was to educate patients with asthma or COPD on their respective diseases and to assess the impact of that education on their disease awareness.

Material and methods: Patients with diagnosed asthma or COPD were included in the educational program during an outpatient medical visit. Education was preceded by completing an original questionnaire with questions about the disease, which was completed again at the next visit.

Results: In total, 583 doctors participated in the program, providing education to 9659 patients with asthma or COPD. Program participants after intervention reported lower consumption of short-acting bronchodilators (32% decrease in asthma and 42% decrease in COPD) and more often undertook physical activity (20% increase among asthmatics and 46% increase in COPD). At the follow-up visit, smoking cessation was observed in 8% of asthmatics and 19% of patients with COPD.

Wnioski: Program edukacyjny stanowił ważny element uzupełniający terapię. Przyczynił się do lepszego zrozumienia i stosowania się do zaleceń lekarskich, poprawy kontroli astmy i POChP. Pozwolił wyodrębnić potencjalne grupy wymagające edukacji i szczególnej uwagi lekarza prowadzącego.

Słowa kluczowe

astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, edukacja

Conclusions: The program was an essential element complementing the therapy. It contributed to better adherence to medical recommendations and improved asthma and COPD control by enhancing the patient's understanding of the pathophysiology of the disease and increased awareness of the need for regular therapy. The program allowed the identification of potential groups of patients requiring education and special attention of the physician.

Key words

asthma, chronic obstructive pulmonary disease, education

Wstęp

Astma i przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) należą do najczęstszych przewlekłych chorób układu oddechowego. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) nawet jedna na dziesięć osób po 40. roku życia choruje na POChP [1]. Szacuje się, że w Polsce jest ok. 2 mln osób chorych. Chociaż względna częstość występowania POChP wyraźnie zwiększa się wraz z wiekiem, choroba nie jest problemem wyłącznie ludzi starszych. Ocenia się, że co druga osoba z tym rozpoznaniem ma mniej niż 65 lat. Według statystyk WHO aktualnie POChP jest trzecią najczęstszą przyczyną śmierci na świecie (po chorobach sercowo-naczyniowych i nowotworowych). Z jej powodu rocznie umiera ponad 3 mln ludzi, co stanowi ok. 6% wszystkich zgonów. Szacuje się, że na astmę choruje ok. 235 mln osób na świecie. Na podstawie badania ECAP z 2014 r. ustalono, że w populacji polskiej 9% dorosłych i 11% dzieci choruje na astmę [2]. W tej samej pracy autorzy zwracają uwagę na stale rosnącą częstość występowania astmy i alergicznego nieżyty nosa. We wcześniejszym wielośrodkowym badaniu PMSEAD, przeprowadzonym pod patronatem Polskiego Towarzystwa Alergologicznego w latach 1998–1999 i obejmującym 16 238 osób, częstość występowania astmy w populacji polskich dzieci w wieku 3–16 lat wynosiła 8,6%, natomiast w populacji dorosłych – 5,4% [3].

Opieka nad chorymi na astmę i POChP powinna być kompleksowa i zindywidualizowana. Podstawę farmakoterapii w przypadku obu chorób stanowią leki wziewne. Największą skuteczność w kontroli przebiegu astmy wykazują glikokortykosteroidy, które zmniejszają nasilenie objawów, ryzyko hospitalizacji i liczbę zgonów z powodu astmy oraz zapobiegają zaostrzeniom. W przypadku

POChP podstawę leczenia farmakologicznego stanowią długo działające leki rozszerzające oskrzela, których stosowanie zarówno w monoterapii, jak i w formie preparatów złożonych korzystnie wpływa na czynność płuc, łagodzenie objawów, a także zmniejszenie ryzyka zaostrzeń. Postępowanie niefarmakologiczne powinno być ukierunkowane m.in. na zaprzestanie palenia, unikanie alergenów środowiskowych, szczepienia przeciwko grypie i pneumokokom, rehabilitację pulmonologiczną. Zgodnie z zaleceniami WHO integralnym elementem terapii chorób przewlekłych powinna być edukacja chorych [1], która według aktualnych rekomendacji Światowej Inicjatywy dla Astmy (GINA) oraz Światowej Organizacji Zwalczania POChP (GOLD) powinna być prowadzona w sposób ciągły [4, 5]. Zaleca się, aby programy edukacyjne dostarczały najważniejszych informacji o samej chorobie i głównych zasadach jej leczenia, ale również dotyczących prawidłowego stosowania inhalatora – powinny one obejmować naukę i kontrolę technik inhalacyjnych. Pacjent powinien się również zapoznać z pisemną strategią postępowania w stabilnym okresie choroby i w zaostrzeniu. Badania obserwacyjne wskazują na korelację między złymi technikami inhalacji a nasileniem objawów choroby [6].

Dzięki włączeniu edukacji chorych do zadań systemu opieki zdrowotnej zwiększa się odsetek pacjentów stosujących się do zaleceń, co przekłada się na poprawę jakości życia, a także na efekty leczenia.

Celem prezentowanego programu była ocena wpływu edukacji chorych na astmę oraz POChP na przebieg leczenia oraz na poprawę świadomości pacjentów w zakresie choroby, a w przypadku dzieci również ich opiekunów.

Materiał i metody

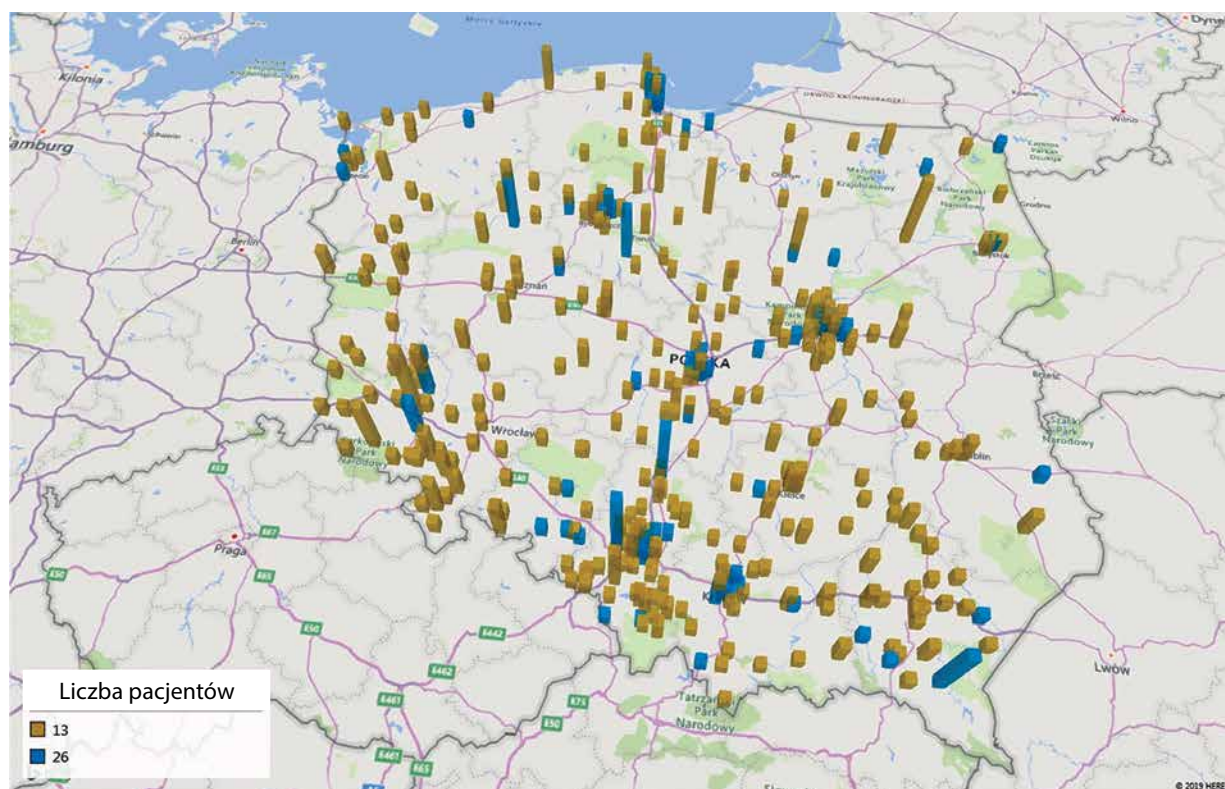
Do programu edukacyjnego włączani byli pacjenci z potwierdzoną astmą lub POChP niezależnie od czasu trwania choroby. Udział w programie był całkowicie dobrowolny oraz zanonimizowany. Program edukacyjny realizowano w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poradniach chorób płuc i alergologicznych, podczas planowej wizyty lekarskiej. Po uzyskaniu zgody od pacjenta lekarz specjalista na podstawie wywiadów zebranych od chorego uzupełniał autorską ankietę, która prócz części dotyczącej danych demograficznych, takich jak płeć i wiek, zawierała również pytania o czas trwania choroby, palenie tytoniu, zapotrzebowanie na wziewne leki doraźne, tolerancję wysiłku oraz aktywność fizyczną. Kolejną część kwestionariusza stanowił test wiedzy na temat choroby, który zawierał po 8 pytań kierowanych do chorych na astmę (lub ich opiekunów) lub do chorych na POChP. Test polegał na odczytywaniu pacjentowi stwierdzeń dotyczących choroby z prośbą o określenie, czy są one prawdziwe czy fałszywe. Pacjent miał również możliwość wyboru odpowiedzi „nie wiem”. Na podstawie oceny odpowiedzi udzielonych przez pacjenta lekarz przeprowadzał rozmowę edukacyjną, uzupełniając brakujące informacje. Dodatkowym elementem programu była nauka i ocena technik inhalacyjnych oraz w razie koniecz-

ności skorygowanie błędów popełnianych podczas inhalacji leków. Następnie lekarz przekazywał pacjentowi materiały edukacyjne dostosowane do jego jednostki chorobowej i wieku, z którymi pacjent zapoznawał się w domu. Program adresowany był do osób od 12. roku życia. W przypadku pacjentów nieletnich test wiedzy mógł być wypełniany przez opiekuna prawnego. Podczas kolejnej wizyty lekarz ponownie przeprowadzał test wiedzy, uzupełniając te informacje, które dla pacjenta były jeszcze niejasne.

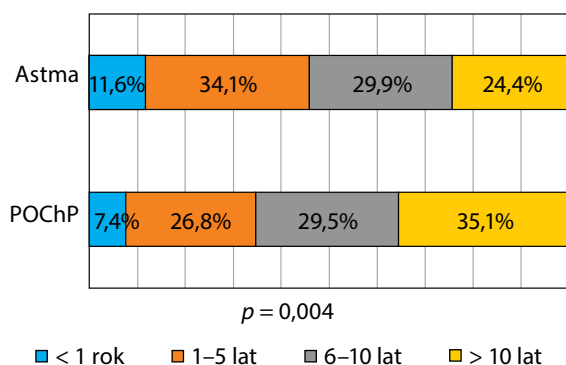
Do opracowania statystycznego wyników użyto programu IBM SPSS Statistics 10. Wykorzystane zostały statystyki opisowe, takie jak miary występowania (procent występowania) i miary położenia (średnia z odchyleniem standardowym). W celu określenia istotności różnic między poszczególnymi wynikami wykorzystany został test χ^2 oraz test *t*-Studenta. Istotność statystyczną przyjęto przy wartości $p < 0,05$.

Wyniki

Prezentowane wyniki składały się na raport cząstkowy, który objął okres od 18 lutego do 23 lipca 2019 r. W tym czasie 9659 pacjentów stosujących leki wziewne z powodu astmy lub POChP zgodziło się wziąć udział w programie. Edukację przeprowadziło 583 lekarzy na terenie całego kraju (ryc. 1). Średni



Rycina 1. Mapa Polski z zaznaczonymi ośrodkami prowadzącymi program edukacyjny dla chorych na astmę i POChP. Rozległość i kolor znaczników określają liczebność grup pacjentów w danym ośrodku



Rycina 2. Czas trwania choroby u pacjentów z astmą i POChP – rozkład procentowy

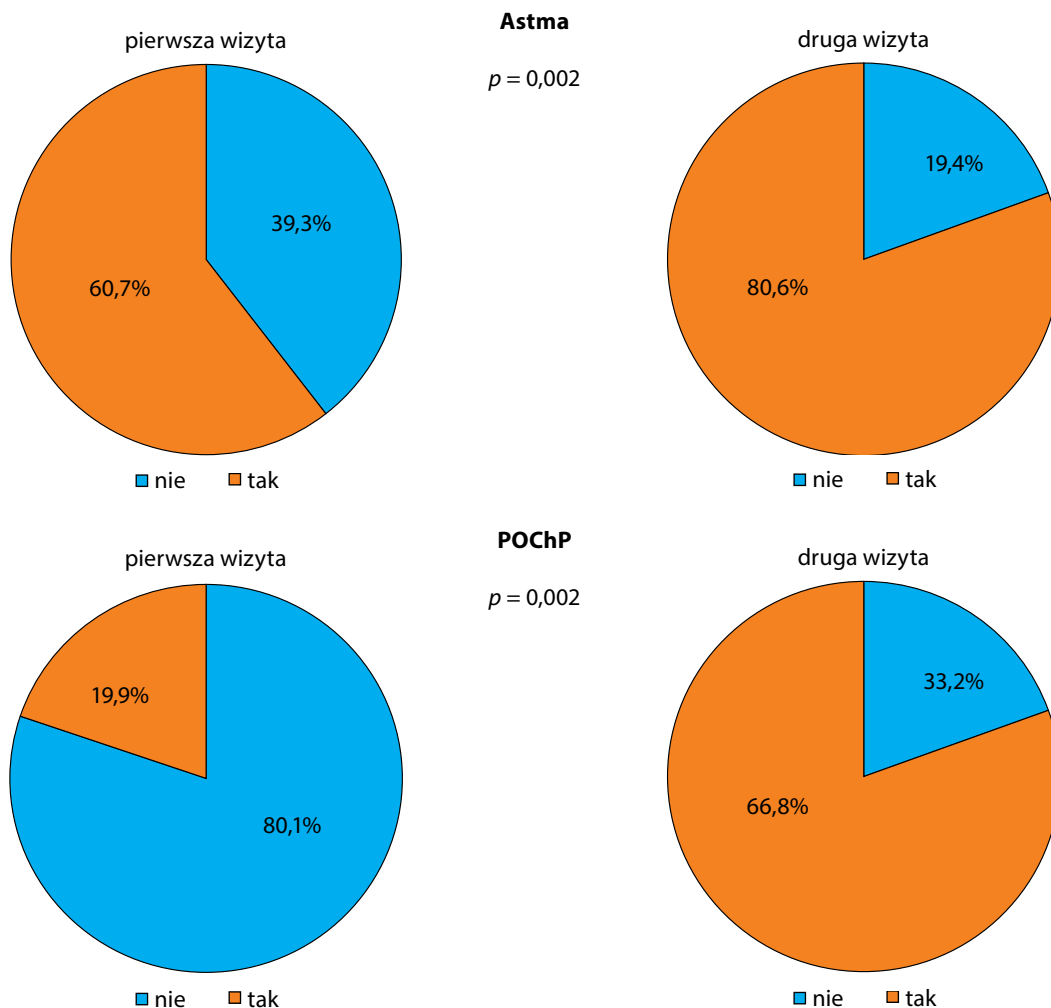
odstęp pomiędzy wizytami u chorych na astmę wyniósł $33,9 \pm 15,7$ dnia i nie różnił się istotnie od odstępu u chorych na POChP – $31,5 \pm 14,9$ dnia. Średni wiek badanych wyniósł $50,1 \pm 16,3$ roku. Najmłodszy pacjent miał 12 lat, a najstarszy 88 lat. Średni wiek chorych na astmę wyniósł $41,7 \pm 14,3$ roku, ponad połowa z nich była między 31. a 50. rokiem życia. Średni wiek chorych na POChP był istotnie wyższy, wyniósł $63,5 \pm 8,7$ roku ($p < 0,001$), ponad połowa z nich była między 58. a 70. rokiem życia.

Badacze złożyli raporty dotyczące 6027 chorych na astmę (62,4%) oraz 3632 na POChP (37,6%). Wśród chorych na astmę przeważały osoby płci żeńskiej (61,8%), natomiast wśród chorych na POChP dominowali mężczyźni (68,1%; $p < 0,001$).

Analiza wykazała, że chorzy na astmę znacznie częściej wskazywali, że ich choroba trwa od roku do 5 lat (34,1%). W przypadku POChP czas trwania choroby najczęściej wynosił ponad 10 lat (35,1%; $p = 0,004$) (ryc. 2).

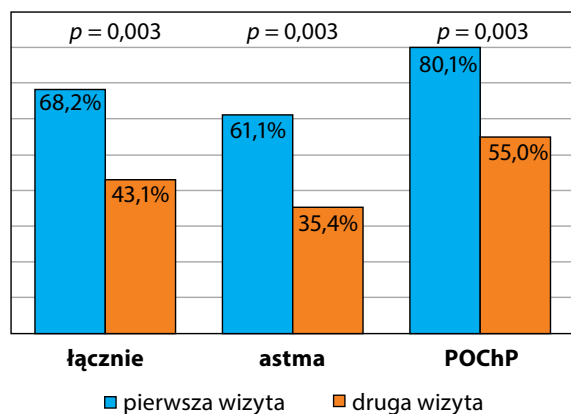
Średnie tygodniowe zapotrzebowanie na krótko działające leki rozszerzające oskrzela u chorych na astmę podczas pierwszej wizyty wyniosło $2,8 \pm 1,8$ jednostki leku, a podczas drugiej wizyty było istotnie niższe – $1,9 \pm 1,1$ jednostki ($p < 0,001$). Chorzy na POChP stosowali leki doraźne istotnie częściej, średnie zapotrzebowanie na tydzień wyniosło $3,5 \pm 1,6$, ale po edukacji zmniejszyło się do $2,0 \pm 1,3$ ($p < 0,001$).

W trakcie pierwszej wizyty ponad połowa pacjentów nie podejmowała regularnie aktywności fizycznej (54,4%), natomiast w trakcie drugiej wizyty trzy

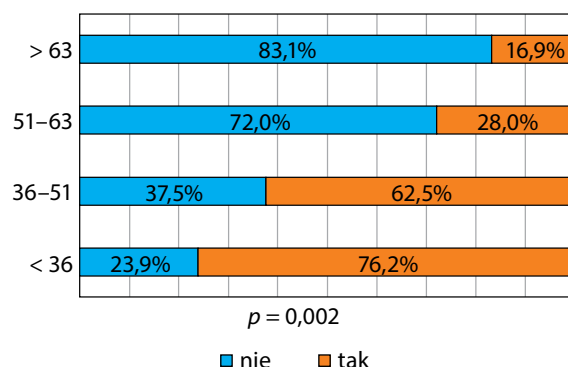


Rycina 3. Odpowiedzi na pytanie, czy pacjent z astmą lub POChP podejmuje regularnie aktywność fizyczną (przynajmniej raz w tygodniu) – rozkład procentowy. Dane dotyczące chorych na astmę i POChP z pierwszej i drugiej wizyty

czwarte respondentów potwierdziło, że podejmuje aktywność fizyczną regularnie (75,3%; $p < 0,002$). Wśród chorych na astmę zaobserwowano wzrost aktywności fizycznej z 60,7% do 80,6%, a wśród chorych na POChP z 19,9% do 66,8% ($p < 0,002$) (ryc. 3). Łączna analiza wszystkich ankietowanych, niezależnie od rozpoznania, wykazała, że pacjenci w wieku poniżej 36 lat (76,2%) oraz między 36–51 lat (62,5%) często podejmowali regularną aktywność fizyczną, 83% chorych po 63. roku życia nie podejmowało regularnego wysiłku fizycznego ($p = 0,002$) (ryc. 4). W trakcie pierwszej wizyty ponad dwie trzecie pacjentów (68,2%) przyznało, że choroba zmniejsza ich tolerancję wysiłku, natomiast w czasie drugiej wizyty ponad połowa (56,9%) ankietowanych zaprzeczała temu. Trzy piąte chorych na astmę (61,1%) w czasie pierwszej wizyty deklaroowało ograniczenie tolerancji wysiłku w związku z chorobą, natomiast w czasie drugiej wizyty prawie dwie trzecie (64,6%) respondentów twierdziło, że choroba nie ogranicza ich pod tym względem. Zdecydowana większość chorych na POChP (80,1%) w czasie pierwszej wizyty deklaroowała ograniczenie tolerancji wysiłku, natomiast w czasie drugiej wizyty odsetek ten znacząco się zmniejszył (55%) (ryc. 5). Na podstawie analizy odpowiedzi uzyskanych od chorych stwierdzono, że w trakcie pierwszej wizyty 33,8% pacjentów paliło papierosy. Do czasu drugiej wizyty odsetek ten zmalał do 21,6%. W grupie chorych na astmę również uzyskano zmniejszenie odsetka palaczy z 19,4% do 11,3%. Redukcję palenia uzyskano również w grupie chorych na POChP (ryc. 6). Osobnym elementem badania był test wiedzy o astmie i POChP. Pytania testowe i odsetek odpowiedzi twierdzących na poszczególnych wizytach przedstawiono w tabelach 1 i 2.



Rycina 5. Odsetek pacjentów, którzy zgłaszali ograniczenie tolerancji wysiłku w związku z chorobą w czasie pierwszej i drugiej wizyty



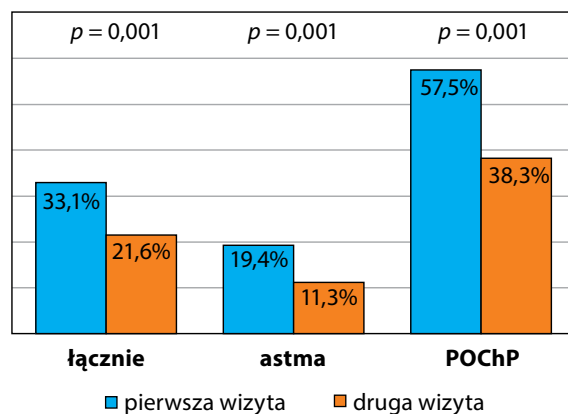
Rycina 4. Aktywność fizyczna chorych na astmę i POChP w zależności od wieku

W teście wiedzy na temat astmy podczas pierwszej wizyty chorzy udzielali średnio 6 poprawnych odpowiedzi ($5,9 \pm 1,7$) – najmniej 0, a najwięcej 8. Połowa pacjentów udzieliła 5–7 poprawnych odpowiedzi. W czasie drugiej wizyty średnia wyniosła $8,0 \pm 0,7$ poprawnych odpowiedzi, poprawa była istotna statystycznie ($p < 0,001$).

W teście wiedzy na temat POChP w trakcie pierwszej wizyty średnia liczba poprawnych odpowiedzi wyniosła $4,6 \pm 2,0$. Połowa respondentów udzieliła 3–6 poprawnych odpowiedzi. Podczas drugiej wizyty średnia liczba poprawnych odpowiedzi wyniosła $7,4 \pm 1,1$. Poprawa osiągnęła istotność statystyczną ($p < 0,001$).

Dyskusja

W wielośrodkowym badaniu przeprowadzonym w grupie 9659 pacjentów chorujących na astmę lub POChP leczonych przez 583 lekarzy w całej Polsce wykazano, że pojedyncza celowana interwencja edukacyjna połączona z testem wiedzy o chorobie może istotnie poprawić kontrolę objawów. Na uwagę zasługuje fakt, że podczas pierwszej wizyty w teście wiedzy o astmie tylko 46% pacjentów



Rycina 6. Odsetek pacjentów zgłaszających palenie tytoniu w czasie pierwszej i drugiej wizyty

Tabela 1. Test wiedzy o astmie

Pytanie	Tak – wizyta 1 (%)	Tak – wizyta 2 (%)	p
Czy astma to choroba, którą można zarazić inne osoby?	1,9	0,1	< 0,001
Czy astma to choroba przewlekła, ale regularne stosowanie leków pozwala normalnie żyć, uprawiać sport i prowadzić aktywny tryb życia?	68,5	96,7	< 0,001
Czy dla uzyskania i utrzymania prawidłowej kontroli astmy konieczne jest regularne stosowanie leków zaleconych przez lekarza?	79,4	97,5	< 0,001
Czy objawy astmy mogą się nasilać w różnych sytuacjach: kontakt z alergenami, infekcje, zanieczyszczenie powietrza, dym tytoniowy?	79,4	97,5	< 0,001
Czy podstawą leczenia astmy są sterydy wziewne, które hamują procesy zapalne w oskrzelach?	45,9	95,2	< 0,001
Czy skurczowi oskrzeli zapobiegają leki rozszerzające oskrzela?	73,7	95,6	< 0,001
Czy aby zapobiegać powstawaniu zmian na śluzówce jamy ustnej, należy po każdym użyciu sterydu wziewnego przepłukać usta wodą?	68,1	96,5	< 0,001
Czy w razie nasilenia duszności należy zastosować lek doraźny rozszerzający oskrzela, a jeżeli nie nastąpi poprawa – wezwać pogotowie ratunkowe?	89,4	96,7	< 0,001

Tabela 2. Test wiedzy o przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc (POChP)

Pytanie	Tak – wizyta 1 (%)	Tak – wizyta 2 (%)	p
Czy najczęstszą przyczyną POChP jest palenie tytoniu?	59,5	96,1	< 0,001
Czy w POChP dochodzi do zwężenia oskrzeli, co utrudnia przepływ powietrza przez drogi oddechowe, a w konsekwencji powoduje uczucie duszności?	44,7	89,4	< 0,001
Czy ruch na świeżym powietrzu jest przeciwwskazany w POChP?	13,3	4,4	< 0,001
Czy rehabilitacja oddechowa poprawia funkcjonowanie pacjenta i jest jednym z elementów terapii POChP?	47,4	86,7	< 0,001
Czy podstawowym elementem wpływającym na poprawę stanu zdrowia chorego na POChP jest bezwzględne zaprzestanie palenia tytoniu?	65,4	94,6	< 0,001
Czy regularne stosowanie leków opóźnia postęp choroby i poprawia codzienne funkcjonowanie?	69,5	94,3	< 0,001
Czy w razie duszności należy zastosować lek doraźny, a jeśli po ok. 10 minutach nie nastąpi poprawa, należy wezwać pogotowie ratunkowe?	71,5	92,6	< 0,001
Czy ze względu na uczucie duszności pacjent powinien zaprzestać wykonywania czynności dnia codziennego i jak najwięcej wypoczywać?	41,5	7,6	< 0,001

wiedziało, że podstawowymi lekami w leczeniu tej choroby są wziewne glikokortykosteroidy, natomiast podczas drugiej wizyty już 95% chorych zaznaczyło odpowiedź twierdzącą. Mogło się to przełożyć na mniejsze zużycie krótko działających leków rozszerzających oskrzela. W grupie chorych na astmę zużycie krótko działających β 2-mimetyków między wizytami spadło o 32%, a w grupie chorych na POChP spadek ten był jeszcze bardziej istotny i wyniósł 42%. Jednocześnie respondenci wykazywali się większą tolerancją wysiłku, wzrosła liczba dni, w których podejmowali aktywność fizyczną. Już wcześniejsze badania dowiodły, że aktywność fizyczna chorych na POChP jest ograniczona, co prowadzi do pogorszenia jakości życia, zwiększenia częstości hospitalizacji oraz wzrostu śmiertelności [7]. Wysiłek fizyczny w POChP jest nie tylko bezpieczny, ale wręcz wskazany. Od momentu rozpoznania POChP lekarze prowadzący powinni

zachęcać pacjentów do jego podejmowania. Chory powinien otrzymać indywidualny program ćwiczeń oraz wsparcie w zwiększaniu i podtrzymaniu aktywności fizycznej w codziennym życiu. Wiadomo, że zła tolerancja wysiłku jest często związana z wiekiem, jednak może być korygowana regularnym treningiem, który pozwala m.in. na poprawę tolerancji wysiłku, zmniejszenie nasilenia duszności i uczucia osłabienia. Co więcej, zaprzestanie aktywności fizycznej, np. z uwagi na nasiloną duszność pojawiającą się podczas wysiłku, może paradoksalnie doprowadzić do zwiększonego odczuwania duszności. Konsekwencją zaprzestania aktywności fizycznej mogą być zaniki mięśni szkieletowych i dalsze pogorszenie sprawności ogólnej, natomiast jej podejmowanie pozwala przerwać błędne koło czynników pogłębiających uczucie duszności. Za pozytywny efekt programu edukacyjnego należy uznać zwiększenie odsetka pacjentów podejmują-

cych regularną aktywność fizyczną (o 20% wśród chorych na astmę i o 46% na POChP). Zarówno chorzy na astmę, jak i na POChP przed interwencją edukacyjną w dużej części potwierdzali ograniczenie tolerancji wysiłku (odpowiednio 61% i 80%), po miesiącu obserwowano redukcję takich odpowiedzi (odpowiednio do 35% i 55%).

Kolejną korzyścią, którą odnieśli chorzy z edukacji, była nauka poprawnego stosowania inhalatorów. Duży odsetek osób z chorobami obturacyjnymi płuc nie używa prawidłowo inhalatorów. Konieczność prowadzenia edukacji chorych na POChP potwierdziła metaanaliza Cho-Reyes i wsp. z 2019 r., w której wykazano, że 75% użytkowników inhalatorów MDI stosuje je niepoprawnie [8]. Zebrane dane wykazały, że 87% pacjentów popełnia przynajmniej jeden błąd związany z obsługą inhalatora i aż 77% źle wykonuje co najmniej 20% zaleceń związanych z jego stosowaniem. Najczęstsze błędy, które popełniali pacjenci, dotyczyły braku wykonania pełnego wydechu poza inhalator przed przyjęciem leku (65,5%) oraz braku wstrzymania oddechu na 5–10 sekund po przyjęciu dawki leku (42%) [8]. W wyniki te wpisuje się jedno z ostatnio opublikowanych badań przeprowadzone na grupie 50 chorych na astmę oraz 50 chorych na POChP, w którym przed zastosowaniem indywidualnego treningu inhalacyjnego tylko 20% badanych nie popełniało błędów krytycznych [9]. Po przeprowadzeniu pojedynczej sesji treningu technik inhalacyjnych w kontroli po 3 miesiącach stopień poprawności wykonywania inhalacji zwiększył się o 24%. Jednak pomimo poprawy w zakresie technik inhalacyjnych nie stwierdzono zmniejszenia liczby zaostrzeń astmy czy POChP i nasilenia objawów ani polepszenia jakości życia [9]. Co więcej, po 6 miesiącach od interwencji grupa edukowana nie różniła się już pod względem częstości popełnianych błędów od grupy kontrolnej, w której edukacji nie przeprowadzono. Wydaje się, że chociaż pojedynczy trening inhalacyjny prowadzi do zmniejszenia liczby błędów popełnianych podczas inhalacji, to jednak nie wpływa na przebieg astmy i POChP, a jego pozytywny efekt jest tymczasowy. Wyniki tych obserwacji potwierdzają potrzebę okresowego powtarzania (wzmacniania) edukacji i regularnych kontroli technik inhalacyjnych u pacjentów z przewlekłymi chorobami obturacyjnymi.

W kontekście potrzeby edukacji chorych na POChP są szczególną grupą pacjentów. Wiedza pacjentów, ale również świadomość społeczna w zakresie tej choroby jest nadal bardzo niska, o czym może świadczyć potwierdzenie tylko przez 59,5% pytanym, że

najczęstszą przyczyną POChP jest palenie tytoniu. Tymczasem palenie tytoniu jest główną przyczyną POChP, a jednocześnie jego zaprzestanie jest jedynym potwierdzonym działaniem hamującym postęp choroby. Dlatego tak ważne jest wspieranie chorych w podjęciu decyzji o rzuceniu nałogu. Pozytywny wpływ edukacji w grupie chorych na POChP potwierdziła poprawa świadomości szkodliwego działania palenia papierosów (wzrost odpowiedzi pozytywnych do 96%). Kolejnym istotnym efektem programu był wpływ na ograniczenie palenia papierosów aż u 19,4% chorych na POChP oraz 8,1% chorych na astmę. Wynik ten jest zadziwiająco wysoki i potwierdza tezę, że krótka porada lekarska, zwana również minimalną interwencją, jest najbardziej opłacalną z punktu widzenia efektywności kosztowej metodą poradnictwa antynikotynowego. Lekarze rodzinni mogą odegrać ważną rolę w procesie rzucania palenia, biorąc pod uwagę, że konsultują nawet 70% palącej populacji rocznie. Badania wykazały, że nawet krótka (< 5 minut) porada lekarza na temat zaprzestania palenia podczas wizyty w gabinecie zwiększa szansę rzucenia palenia [10]. Wskaźnik skutecznego rzucenia palenia po roku wynosi 3–5%, gdy pacjent po prostu sam rzuca palenie, 7–16%, jeśli palacz przechodzi interwencję behawioralną, a kiedy otrzymuje leczenie farmakologiczne i wsparcie behawioralne – nawet do 24% [11]. Wyniki uzyskane podczas realizacji prezentowanego programu są porównywalne z wynikami Laniado-Laborin i wsp. i mogą świadczyć o silnym wpływie nawet pojedynczej interwencji edukacyjnej na rzucenie palenia, a przez to na poprawę wydolności fizycznej niezależnie od nauki inhalacji lub wiedzy o chorobie. Udowodniono, że palacze, którzy nie mają rozpoznanej POChP, w porównaniu z osobami niepalącymi pokonują średnio aż o 15% kroków mniej. Osoby palące tytoń zgłaszały gorszą sprawność fizyczną, przedłużone uczucie zmęczenia i zmniejszenie motywacji do aktywności fizycznej oraz częściej występowały u nich choroby serca. Wszystkie te elementy łącznie w modelu wieloczynnikowym charakteryzowały się wysoką znamiennością ($R^2 = 0,378$, $p < 0,001$) [12].

Metody edukacji pacjentów mogą być różne, jednak zastosowana w programie bezpośrednia edukacja indywidualna z udziałem lekarza, okresowo powtarzana (wzmacniana), jest najbardziej skuteczna w odniesieniu do poprawy wiedzy pacjentów na temat choroby oraz osiągniętych efektów klinicznych. Wyniki badania wskazują, że dzięki skierowaniu edukacji indywidualnie do danych grup pacjentów możliwe jest osiągnięcie celów leczniczych określo-

nych dla poszczególnych jednostek chorobowych. Edukowanie i motywowanie przewlekle chorych, utrwalanie przekonania o ich znaczącym udziale w procesie terapeutycznym oraz zwiększanie wiedzy ogólnej na temat natury choroby daje nadzieję na utrzymanie wysokiej dyscypliny, co przekłada się na bardziej systematyczne i efektywne leczenie. Interesująca jest analiza odpowiedzi na pytania z testu dotyczącego wiedzy o astmie i POChP. W czasie pierwszej wizyty 2% badanych uważało, że astmą można zarazić inne osoby, a aż 40% chorych nie wiedziało, że najczęstszą przyczyną POChP jest palenie tytoniu. Korekta edukacyjna spowodowała, że liczby te zmniejszyły się odpowiednio do 0 i 5%. Konieczność posiadania i doskonalenia wiedzy o chorobie przewlekłej, na którą się choruje, wydaje się oczywista. Potwierdzają to dane z systematycznych przeglądów piśmiennictwa, które pokazują, że umiejętności radzenia sobie z chorobą poprawiają jakość życia związaną ze zdrowiem i ograniczają liczbę wizyt na oddziałach ratunkowych [13].

Mocnym punktem przedstawianego programu edukacyjnego jest jego wielośrodkowy charakter i objęcie całej Polski, zarówno obszarów zurbanizowanych, jak i terenów wiejskich. Cała mapa Polski jest pokryta punktami oznaczającymi ośrodki edukacyjne. Blisko 600 lekarzy wprowadziło dane 9700 pacjentów, niewątpliwie tak duża liczba przebadanych chorych świadczy o szerokiej kohorcie zakwalifikowanej do badania.

Należy zwrócić uwagę na pewne ograniczenia programu. Najważniejszym jest brak grupy kontrolnej, w której edukacja nie była przeprowadzona, co pozwoliłoby ocenić rzeczywisty wpływ edukacji na udzielane odpowiedzi i oddzielić wpływ czynników pozaedukacyjnych. Wydaje się, że brakuje również wydzielenia i oceny różnych metod edukacyjnych oraz większej wiedzy o wykształceniu chorych. Można przypuszczać, że w różnych grupach chorych powinny być stosowane różne sposoby edukacji.

Podsumowanie

Program pozwolił na ocenę wiedzy chorych na astmę i POChP oraz wyodrębnienie potencjalnych grup dyspenseryjnych – wymagających edukacji i szczególnej uwagi lekarza prowadzącego. Program edukacyjny dla chorych na astmę i POChP stanowił ważny element uzupełniający terapię. Przyczynił się do lepszego stosowania się do zaleceń lekarskich oraz poprawy kontroli astmy i POChP dzięki zrozumieniu patofizjologii choroby i znaczenia regularnego stosowania leków.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. Adherence in long-term therapies: evidence for action. Geneva, Switzerland, World Health Organization. 2003. www.who.com.
2. Samoliński B, Raciborski F, Lipiec A i wsp. Epidemiologia chorób alergicznych w Polsce (ECAP). *Alergologia Polska – Polish Journal Allergology* 2014; 1: 10-18.
3. Liebhart J, Malolepszy J, Wojtyniak B i wsp. Prevalence and risk factors for asthma in Poland: results from the PMSEAD study. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2007; 17: 367-374.
4. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA). <https://ginasthma.org/2018-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>.
5. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. <http://goldcopd.org>.
6. Sulaiman I, Cushen B, Greene G i wsp. Objective assessment of adherence to inhalers by patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2017; 195: 1333-1343.
7. Pitta F, Troosters T, Spruit MA i wsp. Characteristics of physical activities in daily life in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171: 972-977.
8. Cho-Reyes S, Celli BR, Dembek C i wsp. Inhalation technique errors with metered-dose inhalers among patients with obstructive lung diseases: a systematic review and meta-analysis of U.S. studies. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2019; 6: 267-280.
9. Dabrowska M, Luczak-Wozniak K, Miszczuk M i wsp. Impact of a single session of inhalation technique training on inhalation skills and the course of asthma and COPD. *Respir Care* 2019; 64: 1250-1260.
10. Laniado-Laborín R. Smoking cessation intervention: an evidence-based approach. *Postgrad Med* 2010; 122: 74-82.
11. Laniado-Laborín R. Smoking and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Parallel epidemics of the 21 century. *Int J Environ Res Public Health* 2009; 6: 209-224.
12. Furlanetto KC, Mantoani LC, Bisca G i wsp. Reduction of physical activity in daily life and its determinants in smokers without airflow obstruction. *Respirology* 2014; 19: 369-375.
13. Newham JJ, Presseau J, Heslop-Marshall K i wsp. Features of self-management interventions for people with COPD associated with improved health-related quality of life and reduced emergency department visits: a systematic review and meta-analysis. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2017; 12: 1705-1720.

Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Katarzyna Górka
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych,
Pneumonologii i Alergologii
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Banacha 1a
02-097 Warszawa
tel.: +48 22 599 25 62
faks: +48 22 599 15 60
e-mail: drkpgorska@gmail.com