Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
Wydział Nauk o Zdrowiu

Małgorzata Kochman

Psychospołeczne uwarunkowania jakości życia pacjentów hospitalizowanych z powodu Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc

Praca doktorska

Promotor: dr hab. Marek Motyka, prof.UEK

Pracę wykonano w Zakładzie Psychologii Zdrowia
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Uniwersytet Jagielloński - Collegium Medicum
Kierownik jednostki: prof. dr hab. Marta Makara-Studzińska

Kraków, rok 2018

Pragnę serdecznie podziękować
Panu dr hab. Markowi Motyce, prof.UEK
za cenne wskazówki i zaangażowanie,
opiekę merytoryczną oraz życzliwą pomoc,
okazaną mi podczas pisania pracy.

SPIS TREŚCI

WSTĘP.....4

I. CZĘŚĆ TEORETYCZNA…….……....7

1. Medyczne aspekty Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc …….……..7

1.1. Istota choroby i konsekwencje zdrowotne……..…….….7

1.2. Epidemiologia…….…….....11

1.3. Diagnostyka i terapia. …….……17

2. Jakość życia w chorobach przewlekłych……...…….…..28

2.1. Pojęcie jakości życia związanej ze zdrowiem i jego znaczenie w chorobach przewlekłych…...……..……28

2.2. Czynniki psychologiczne a jakość życia w chorobach przewlekłych……..……33

2.3. Czynniki socjodemograficzne a jakość życia w chorobach przewlekłych ……..38

II. CZĘŚĆ METODOLOGICZNA……..….. 40

3. Metodologia badań…….…….……..40

3.1. Cel pracy i problemy badawcze……...…….40

3.2. Grupa badana……42

3.3. Szczegółowa charakterystyka badanej grupy……...……43

3.4. Metody i narzędzia badawcze……...……..50

3.5. Opracowanie statystyczne wyników……53

III. CZĘŚĆ EMPIRYCZNA…….....54

4. Wyniki badań…….54

4.1. Stopień zaawansowania choroby a jakość życia pacjentów z POChP……..54

4.1.1. Stopień zaawansowania choroby w badanej grupie chorych z POChP……54

4.1.2. Stopień zaawansowania choroby a ogólna jakość życia…….…….……...58

4.1.3. Stopień zaawansowania choroby a jakość życia związana ze zdrowiem …….60

4.1.4. Stopień zaawansowania choroby a specyficzna jakość życia związana z POChP……..….62

4. 2. Czynniki socjodemograficzne a jakość życia……..……66
4.2.1. Czynniki socjodemograficzne a ogólna jakość życia ……..……....66
4.2.2. Czynniki socjodemograficzne a jakość życia związana ze zdrowia ……....71
4.2.3. Czynniki socjodemograficzne a specyficzna jakość życia związana z POChP...75
4.3. Poziom lęku a jakość życia pacjentów z POChP ……..……84
4.3.1. Poziom lęku a ogólna jakość życia …….……..85
4.3.2. Poziom lęku a jakość życia związana ze zdrowiem……...……...86
4.3.3. Poziom lęku a specyficzna jakość życia związana z POChP……...…87
4.4. Poziomo optymizmu w badanej grupie chorych a jakość życia pacjentów z POChP……...……89
4.4.1. Poziom optymizmu a ogólna jakość życia …….……..……91
4.4.2. Poziom optymizmu a jakość życia związana ze zdrowiem ……..……92
4.4.3. Poziom optymizmu a specyficzna jakość życia związana z POChP ……..…..93
4. 5. Poczucie koherencji a jakość życia pacjentów z POChP……...….……95
4.5.1. Poczucie koherencji a ogólna jakość życia …….……97
4.5.2. Poczucie koherencji a jakość życia związana ze zdrowiem …….…...98
4.5.3. Poczucie koherencji a specyficzna jakość życia związana z POChP …….……100
4. 6. Siła związku pomiędzy stanem zdrowia oraz czynnikami socjodemograficznymi i psychologicznymi a jakością życia pacjentów z POChP…..…….…..102
5. Dyskusja……...…107
6. Podsumowanie …….……..……..……...120
7. Wnioski……..121
8. Streszczenie 122
9. Abstract ……....124
10. Piśmiennictwo.....126
11. Aneks ……143

Wstęp

W okresie ostatniej dekady pojawiło się wiele publikacji na temat jakości życia w chorobach przewlekłych oraz czynników, które ją determinują. W literaturze przedmiotu znaleźć można wiele badań dotyczących socjodemograficznych uwarunkowań jakości życia pacjentów z różnymi chorobami przewlekłymi, do których należą między innymi: udar mózgu, stwardnienie rozsiane, choroba niedokrwienna serca. Jednocześnie istnieje zdecydowany brak opracowań dotyczących wpływu wybranych czynników psychospołecznych na jakość życia w chorobach przewlekłych układu oddechowego, do których należy Przewleka Obturacyjna Choroba Płuc (POChP).

Badania odnoszące się do czynników psychologicznych, w tym wpływu poczucia koherencji na jakość życia pacjentów z tą chorobą wydają się mieć ważne znaczenie z trzech powodów: po pierwsze, podkreślają rolę jakości życia, czynnika o podstawowym znaczeniu w chorobach przewlekłych i postępujących, do których należy POChP; po drugie, przesuwają obszar zainteresowań z modelu patogenetycznego (skoncentrowanego na chorobie) na coraz bardziej współcześnie doceniany model salutogenetyczny - skoncentrowany na stymulowaniu potencjału zdrowotnego sił psychicznych warunkujących zdrowie, a po trzecie, model poczucia koherencji dostarcza wyraźnych dyrektyw pozwalających ukierunkować psychoterapeutyczne oddziaływania personelu medycznego zgodnie z najważniejszymi elementami tego modelu, czyli wzmacnianiem poczucia sensu, wzmacnianiem poczucia zaradności (edukacja zdrowotna) oraz wzmacnianiem poczucia zrozumiałości (udzielanie wyjaśnień redukujących zbędne wątpliwości i obawy). Te trzy komponenty zawarte w modelu salutogenetycznym opracowanym przez Aarona Antonovsky'ego warunkujące konstruktywne nastawienie człowieka do otaczającej go rzeczywistości, wyznaczają kierunek pożądanych działań mogących wspomóc osoby chore w lepszym radzeniu sobie z trudnościami na jakie natrafiają (Eriksson i Lindström, 2006).

W myśl koncepcji Aarona Antonovsky'ego, to właśnie silne poczucie koherencji sprawia, że w sytuacji trudnej uruchamiane są właściwe dla danej sytuacji zasoby, które zostają wykorzystane w skutecznym radzeniu sobie ze stresem (Antonovsky, 2005). Dlatego zasadne wydaje się być założenie, że wzmacnianie poczucia koherencji może prowadzić do poprawy jakości życia chorych przewlekle.

Należy dodać, że według raportu, powstałej w 1997 roku, Światowej Inicjatywy zwalczania Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – GOLD), edukacja pacjentów stała się głównym komponentem leczenia chorych przewlekle, w tym chorych z POChP, choć jej rola w tym przypadku nie została jeszcze dokładnie zbadana. Podkreślenia wymaga fakt, iż edukacja dobrze dopasowana do potrzeb chorego może przyczynić się do poprawy ogólnego stanu zdrowia i podwyższenia zdolności radzenia sobie z problemami wynikającymi z choroby (Kościelak, 2010; Bąk-Drabik i Ziora, 2004). Z tego też względu pacjent mając właściwe wyobrażenie o chorobie i ucząc się przyjmować wobec niej adekwatną postawę, bez wyolbrzymiania i bez pomniejszania swych dolegliwości, może nauczyć się z nią żyć (Czubalski, 199; Filanowska i wsp., 2006).

Do ważnych, osobistych zasobów wpływających na funkcjonowanie w chorobie można również zaliczyć optymizm oraz osobowość cechującą się niską skłonnością do reagowania lękiem (lęk jako cecha). Optymizm pozwala zapobiec bezradności, a więc można założyć, że wpływa na większą gotowość do podejmowania aktywności prozdrowotnej przez chorych przewlekle. Optymistyczny sposób wyjaśniania wydarzeń, postrzeganych bez samoobwiniania się i negatywnych uogólnień, jest pożądanym sposobem radzenia sobie za stresem (McDermott i O'Connor, 2001; Seligman, 1996; Friedman, 2000).

Emocje, które towarzyszą chorobie mogą mieć pozytywny lub negatywny wpływ na funkcjonowanie w sytuacji trudnej, związanej z hospitalizacją. Można więc założyć, że im niższa skłonność do reagowania lękiem (osobowość o niskim poziomie lęku), tym wyższa jakość życia.

W ukazujących się publikacjach na temat jakości życia pacjentów z POChP oraz czynników, które ją determinują, wymienia się głównie czynniki fizyczne: czasokres palenia papierosów, wydolność wysiłkową, stopień obturacji, nasilenie duszności. Tymczasem analizując głębiej uwarunkowania jakości życia chorych z POChP, wydaje się, że obok czynników fizycznych, dużą rolę odgrywać tu mogą czynniki socjoekonomiczne i psychologiczne.

Wśród czynników socjoekonomicznych mogących mieć istotne znaczenie dla jakości życia chorych, wymienić należy stan cywilny, wykształcenie, aktywność zawodową, źródło utrzymania, miejsce zamieszkania. Ze względu, że czynniki te brane

były pod uwagę w ocenie jakości życia chorych przewlekle, przypuszcza się, że również wśród chorujących na POChP mogą one odegrać znaczącą rolę.

Chorzy z POCHP są często w złym stanie psychicznym, charakteryzującym się napięciem psychicznym i podwyższonym poziomem lęku (Bąk-Drabik i Ziora, 2004; Borak i wsp., 1992).

Można przyjąć, że dobrej adaptacji chorego do sytuacji choroby i lepszej jakości życia sprzyjać będzie wysoki wskaźnik poczucia koherencji oraz optymizm, zaś deficyty tych zasobów, podobnie jak osobowość ze skłonnością do reagowania lękiem, łączyć się będą z gorszą adaptacją do choroby oraz przeżywaniem negatywnych emocji, a więc ogólnie - z niską jakością życia (Mroziak i wsp., 1997).

Problemy chorych z POChP są mi szczególnie bliskie nie tylko ze względów zawodowych, z racji pełnionej, długoletniej pracy na stanowisku pielęgniarki Izby Przyjęć w Podkarpackim Centrum Chorób Płuc w Rzeszowie, gdzie często trafiają chorzy najbardziej potrzebujący pomocy, w stanie zaostrzenia choroby, ale także z wewnętrznej potrzeby serca i intuicyjnego przekonania, że jeszcze nie wszystko zostało zrobione, by jakość życia tych chorych stała się lepsza. Zainteresowania moje wzięły swój początek po części z rozważań nad teorią samoopieki Doroty Orem i jej praktycznym zastosowaniem wśród chorych na POChP. Otrzymane wyniki badań zamieszczone w pracy magisterskiej napisanej pod kierunkiem Pani dr Jolanty Górajek-Jóźwik, skłoniły mnie do dalszych rozważań tematu czynników wpływających na zakres samoopieki tych chorych a szczególnie udziału profesjonalistów w tym procesie. Zgromadzone dane pozwoliły stwierdzić, że zasoby, którymi dysponuje sam pacjent, możliwości i umiejętności, które posiada, odgrywają znaczącą rolę w sprawowaniu samoopieki, samopielęgnacji i utrzymaniu dobrego samopoczucia, które jest jednym z ważnych wyznaczników jakości życia. Dlatego poszerzenie obszaru zainteresowań o czynniki psychospołeczne mogące warunkować jakość życia chorych z POChP stało się głównym celem mej rozprawy doktorskiej.

Mam nadzieję, że znalezienie odpowiedzi na postawione w niniejszej pracy problemy badawcze, będzie mogło choć w części posłużyć wyznaczeniu kierunku oddziaływań personelu medycznego zmierzających ku poprawie jakości życia chorych z chorobą przewlekłą jaką jest POChP.

I. CZĘŚĆ TEORETYCZNA

1. Medyczne aspekty Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc

1.1. Istota choroby i konsekwencje zdrowotne

Choroba przewlekła charakteryzuje się długotrwałym przebiegiem. Zaczyna się zazwyczaj skrycie. Objawy narastają bardzo wolno, niemal niepostrzeżenie. Przejście ze stanu zdrowia do stanu choroby prowadzi do trwałych, nieodwracalnych zmian chorobowych, które nie ustępują pod wpływem zabiegów, środków leczniczych czy rehabilitacji (Brušk, 1999). Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) ma charakter postępujący. W wyniku nasilonej odpowiedzi zapalnej na działanie szkodliwych cząstek lub gazów dochodzi do trwałego zmniejszenia przepływu powietrza w drogach oddechowych, na skutek hipertrofii i hiperplazji mięśni gładkich oraz włókien okołooskrzelowych (Grabowska i Włodarczak, 2014). Utrzymujące sie przewlekłe, obturacyjne zapalenie oskrzelików powoduje zwężenie małych dróg oddechowych poprzez pojawiające się także zmiany strukturalne w ich ścianie. Wywołana reakcja zapalna prowadzi do utraty przyczepów przegród między pęcherzykowych do oskrzelików i do zniszczenia miąższu płuc, czyli rozedmy. Równocześnie zmniejsza się sprężystość płuc na skutek zmniejszenia liczby elementów sprężystych i przegród międzypęcherzykowych a przez to upośledzona zostaje drożność dróg oddechowych podczas wydechu (Lubiński, 2008; Gajewski, 2012).

Drażniące działanie dymu tytoniowego, czy innych wdychanych, szkodliwych cząstek zaburza mechanizmy naprawcze organizmu i wywołuje reakcję zapalną w obwodowych drogach oddechowych, naczyniach płucnych i w samym miąższu płuc. W konsekwencji dochodzi do rozdęcia płuc w wyniku postępujących ograniczeń w przepływie powietrza przez obwodowe drogi oddechowe. Pojemność wydechowa płuc ulega zmniejszeniu a zwiększa się pojemność czynnościowa zlegająca, co wpływa na osłabienie kurczliwości mięśni oddechowych. Uwięzione w skutek obturacji w płucach powietrze w czasie wydechu prowadzi do narastania duszności i innych, charakterystycznych dla POChP objawów podmiotowych (Gajewski, 2012; Malinowska – Lipień i wsp., 2007).

Termin „Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc (POChP) ” został wprowadzony w 1964 roku w Stanach Zjednoczonych. Jednakże niektóre objawy tej choroby opisywane były już w pismach Hipokratesa, w których pojawiają się wzmianki o umiejętności rozpoznawania rozedmy.

Chociaż rozedma jak i przewlekłe zapalenie oskrzeli znane były wiele lat wcześniej, dopiero w 1959 roku, podczas Ciba Guest Symposium, w celu ujednolicenia nazewnictwa, zdefiniowano przewlekłe zapalenie oskrzeli, jako kaszel z odkrztuszaniem plwociny, trwający przez co najmniej 3 miesiące w okresie ostatnich dwóch kolejnych lat (Thomas i Yates, 2001).

Poranny kaszel, trwający często przez wiele lat jest zazwyczaj pierwszym, pojawiającym się objawem POChP. U niektórych chorych może wystąpić jednocześnie z dusznością. W początkowej fazie choroby kaszel może pojawiać się okresowo, ale w miarę jej postępu zwiększa się także jego częstotliwość. Po napadzie kaszlu chory może odkrztusić niewielką ilość lepkiej plwociny (Niżankowska-Mogilnicka i wsp., 2001).

Przewlekły, mokry kaszel spowodowany jest nadmiernym wydzielaniem śluzu, związanym ze zwiększoną liczbą komórek kubkowych i powiększeniem gruczołów podśluzówkowych, jako reakcji na drażniące działanie szkodliwych dymów, gazów czy innych cząstek. Jednakże objaw ten nie jest charakterystyczny dla wszystkich chorych na POChP (Gajewski, 2012). Nasilony kaszel ograniczony jest głównie do godzin porannych. Bywa męczący i uciążliwy, gdyż odkrztuszanie plwociny utrudnione jest wskutek zwiększonej jej lepkości. U chorych na POChP często pojawiają się infekcje dróg oddechowych, które występują nawet kilka razy w ciągu roku. Zwiększa się wtedy ilość wykrztuszanej plwociny a kolor z bezbarwnej zmienia najczęściej na żółty lub zielony. Dzieje się tak podczas zaostrzenia bakteryjnego choroby (Kozielski, 2008). Należy dodać, że bakterie stanowią jedynie 50% wszystkich infekcyjnych zaostrzeń, obok wirusów stanowiących około 30-60% przypadków (Chazan, 2011; Siemieniuk i wsp. 2003). W badaniu fizykalnym, podczas osłuchiwania klatki piersiowej słyszalne są często świsty, będące rezultatem zawirowań powietrza przepływającego przez zwężenia w dużych oskrzelach. Słyszalne świsty w klatce piersiowej, na które skarżą się pacjenci, nie są typowym objawem POChP zwłaszcza w początkowym okresie choroby.

Najczęstszym objawem, który skłania chorego do szukania pomocy lekarskiej jest duszność, narastająca wraz z wysiłkiem, utrudniająca podejmowanie codziennych

czynności (Śliwiński, 2000b). Przewlekła duszność wysiłkowa, zazwyczaj związana jest z obecnością zmian obturacyjnych i ze stopniem zaawansowania choroby. Przewlekła duszność występująca w spoczynku, zazwyczaj świadczy również o nasilonej niewydolności oddechowej (Płuska, 2003).

Głównym objawom podmiotowym, do których należą kaszel, duszność oraz świsty w klatce piersiowej, towarzyszą często nie związane bezpośrednio z chorobą podstawową objawy. Na uwagę zasługuje zgłaszany przez chorych ból w klatce piersiowej, często towarzyszący również innym chorobom, które należałoby wykluczyć: zaostrzenie choroby niedokrwiennej serca, zapalenie płuc, nowotwór oskrzela, odmę opłucnową, zator tętnicy płucnej, czy refleks żołądkowo - przełykowy.

W okresach zaostrzeń choroby chorzy często skarżą się na uczucie ciasnoty w klatce piersiowej. Przypuszcza się, że przyczyną tego objawu jest efekt niedokrwienia mięśni międzyżebrowych, obciążonych nadmierną pracą związaną z wysiłkiem oddechowym. Uważa się również, że zgłaszane dolegliwości mogą być związane ze zwiększonym ciśnienie powietrza w słabo wentylowanych płucach. Rzadko można zaobserwować niewielkie krwioplucie pod postacią żyłek krwi w ropnej plwocinie. Zazwyczaj jest to objaw zaostrzenia zapalenia oskrzeli (Śliwiński, 1999).

U chorych w przebiegu POChP często dochodzi do braku łaknienia i utraty masy ciała. Źródła tego zjawiska mogą mieć związek ze zmniejszoną podażą kalorii i hipermetabolizmem (Śliwiński, 2000b). Jako przyczynę wymienia się także zaburzenia równowagi energetycznej, w tym przemian białkowych i lipidowych (Batura-Gabryel, 2009). Sugeruje się wprowadzenie diety wysokotłuszczowej i niskowęglowodanowej oraz zwiększonego spożycia świeżych owoców i dobowej podaży białka wynoszącej 1,5 g/kg masy ciała, w celu poprawy wskaźników przyrostu masy ciała. W POChP utrata masy ciała dotyczy głównie beztłuszczowej masy ciała (masy mięśniowej) ze względnym zachowaniem masy tłuszczowej, co wpływa na upośledzenie czynności mięśni oddechowych i szkieletowych. Częstość występowania tego specyficznego zaburzenia stanu odżywienia zwanego kacheksją, związana jest ze stopniem zaawansowania choroby i jest niekorzystnym czynnikiem rokowniczym (Chwist-Nowak i wsp., 2006).

Z powodu poczucia choroby pacjentowi mogą towarzyszyć negatywne emocje, napięcie emocjonalne, lęki a nawet depresja, która dotyka około 25% chorych na POChP (Mejza i wsp., 2012).

Chorzy często cierpią na bezsenność nocną i senność dzienną. Narastające objawy niedotlenienia - hipoksemii oraz zwiększonego stężenia dwutlenku węgla we krwi - hiperkapnii powodują silne bóle głowy, szczególnie w porze rannej i nocą (Śliwiński, 2000a).

W późnym okresie choroby może dojść do hipoksemii wywołującej sinicę. Bywa ona bardziej nasilona w związku ze zwiększoną liczbą krwinek czerwonych u chorych na POChP (Celli, 2002). Przejawem ciężkiej hipoksemii jest sinica centralna, która szczególnie uwidacznia się na śluzówkach jamy ustnej. W przebiegu POChP sinica obejmuje nos, wargi, płatki uszne oraz dalsze części kończyn (Śliwiński, 1999).

Wiodące znaczenie w rozpoznawaniu hipoksemii oraz stopnia niewydolności oddechowej, do której może dojść w wyniku ciężkiej POChP, ma badanie krwi oznaczające równowagę kwasowo-zasadową (RKZ). Badanie to powinno być zawsze wykonane u osób, u których wysycenie krwi tlenem w spoczynku jest niższe niż 92 %, jak również u tych chorych, u których wartość spirometryczna FEV_1 spada poniżej 50% wartości należnej (Kozielski, 2005; Górecka i wsp., 2012). W zaawansowanym stopniu choroby może dochodzić do rozdęcia płuc (tzw. beczkowata klatka piersiowa), klatka piersiowa ulega powiększeniu w wymiarze przednio-tylnym jest ustawiona wdechowo, występuje poziome ustawienie żeber. Skurcz przepony ustawionej prawie poziomo, podczas wdechu powoduje pociąganie dolnych żeber klatki piersiowej do wewnątrz - objaw Hoovera. Ruchomość dolnych granic płuc jest obniżona lub ograniczona. Ponadto, stwierdza się w badaniu fizykalnym opukowy odgłos bębenkowy nad płucami oraz osłabienie szmeru pęcherzykowego a także słyszalne są świsty i furczenia wdechowo-wydechowe lub wydechowe (Śliwiński, 1999). W badaniu przedmiotowym stwierdza się także zwiększoną częstość oddechów z wyraźnie wydłużoną fazą wydechu, tzw. objaw oddechu przez ”zasznurowane usta” oraz tendencję do oddychania górną częścią klatki piersiowej. U niektórych chorych można zaobserwować zasinienie górnej części okolicy mostka, sprawiające wrażenie opalenizny z ”gęsią skórką” jest to tak zwany objaw rozpiętego kołnierzyka (Kogut i wsp., 2005).

Natomiast u znacznej liczby chorych z zaawansowaną POChP, często pojawiają się objawy serca płucnego.Wzrost ciśnienia w krążeniu płucnym, spowodowane niedotlenieniem i skurczem małych tętniczek płucnych lub utratą włośniczek płucnych wskutek rozedmy prowadzi do przerostu prawej komory serca a następnie niewydolności serca (Gajewski, 2012).

Badając układ krążenia u około połowy badanych z występującymi cechami serca płucnego, można stwierdzić za pomocą obmacywania klatki piersiowej uderzenie prawej komory serca w dołku podsercowym. Mogą wystąpić niewielkie obrzęki na grzbietowej powierzchni stóp, w okolicy kostek i podudzi. W okresie nieodwracalnej niewydolności krążenia, w zaawansowanym sercu płucnym występują już bardzo duże obrzęki, które mogą obejmować dolną połowę ciała. Wątroba jest powiększona, bolesna, obecne jest wodobrzusze a w jamie opłucnej płyn przesiękowy (Śliwiński, 2000b).

1.2. Epidemiologia

POChP jest problemem, który dotyka ludności na całym świecie, gdyż według opublikowanego raportu WHO z 2004 roku około 63,6 mln osób na świecie choruje na POChP. Szacuje się, że na obszarze zachodniego Pacyfiku jest to około 20,2 mln osób, w krajach Południowo-Wschodniej Azji 13,9 mln, w obu Amerykach 13,2 mln, w Europie 11,3 mln i we wschodnim basenie morza Śródziemnego 3,3 mln osób (Wiszniewska i wsp., 2012; Word Heath Organization, 2011).

Z powodu tej choroby w 2004 roku, na całym świecie zmarło 3 mln osób, co stanowi 5,1 % wszystkich zgonów. POChP zajmuje czwarte miejsce wśród głównych przyczyn śmierci (Wiszniewska i wsp., 2012; Word Heath Organization, 2011). W raporcie WHO z 2007 r pojawiły się dane wskazujące na szybki wzrost liczby osób chorujących na POChP. Doniesienia te wskazują, że POChP dotyka 210 mln osób na świecie (Bousquet i Khaltaev, 2007; Bousquet i wsp., 2010). W 2006 roku 80 mln chorych z POChP doświadczyło umiarkowanej lub ciężkiej postaci tej choroby (Clinical Practice Guidelines, 2009). Oceniając globalne obciążenie związane z tą chorobą szacuje się, że występowanie umiarkowanej do ciężkiej POChP wynosi 10,1% (Ali, 2009; Buist i wsp., 2007).

Na podstawie danych WHO z 2004 r przyjmuje się, że około 26,6 mln osób dotkniętych jest niepełnosprawnością z powodu POChP. Dotyczy to, w krajach o wysokim statusie ekonomicznym 3,2 mln osób z przedziału wiekowego do 59. roku życia oraz 4,5 mln powyżej 60. roku życia. Liczba osób z niepełnosprawnością powstałą na skutek POChP w krajach o średnim i niskim dochodzie ekonomicznym jest

znacznie wyższa, gdyż dotyczy około 10,9 mln osób do 59. roku życia oraz 8 mln osób po 60. roku życia (Wiszniewska i wsp., 2012).

Chorobowość

W celu określenia liczby chorych na POChP i określenia przyczyn zachorowania i częstości jej występowania, w latach 1990–2004 przeprowadzono badania w 28 krajach, w tym dodatkowe w Japonii, w wyniku których stwierdzono, że POChP występuje znacznie częściej u osób aktualnie palących lub byłych palaczy niż u osób nigdy niepalących. Częstość występowania większa była wśród osób powyżej 40. roku życia niż w grupie osób, w przedziale wieku do 40. lat przy czym POChP częściej występowała u mężczyzn niż u kobiet (Gajewski, 2012). Ponadto, ogólnie ocenia się, że na POChP dwukrotnie częściej chorują mężczyźni niż kobiety (Bednarek i wsp., 2008).

Podobnie w innych badaniach prowadzonych w pięciu dużych miastach Ameryki Łacińskiej, w takich krajach jak: Brazylia, Meksyk, Urugwaj, Chile i Wenezuela (w ramach projektu PLATINO, w którym oceniano częstość występowania ograniczenia przepływu powietrza w drogach oddechowych, wśród osób po 40. roku życia, po inhalacji leku rozszerzającego oskrzela), wykazano, gwałtowny wzrost częstości występowania POChP wraz z wiekiem osób badanych, przy czym największy w grupie osób powyżej 60. roku życia. Należy podkreślić, że POChP również i tu występowała znacznie częściej u mężczyzn niż u kobiet (Menezes i wsp., 2008; Gajewski, 2012). Natomiast inne badania, prowadzone w ramach programu BOLD (Burden of Obstructive Lung Diseases), dotyczące krajów w różnych częściach świata wykazały większy stopień zaawansowania choroby i częstsze jej występowanie wśród osób, które nigdy nie paliły tytoniu, niż w grupie osób palących, co może wskazywać na inny czynnik ryzyka rozwoju choroby niż dym tytoniowy (Gajewski, 2012).

U podstaw określenia częstości występowania choroby na świecie, leży jej właściwe zdiagnozowanie oparte na wytycznych GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) zawartych w dokumencie powstałym w 2000 roku we Florencji na kongresie European Respiratory Society, opracowanym i aktualizowanym co 5 lat przez grono ekspertów (Flisińska i wsp., 2014). Postępowanie z zastosowaniem obiektywnych pomiarów i przyjętych tych samych kryteriów, służy ujednoliceniu uzyskanych wyników i wyeliminowaniu rozbieżności, które to można

w dużej mierze przypisać różnicom w stosowanych w poszczególnych krajach, metodach badań i w diagnostyce. Niespójne stosowanie terminologii dla definiowania POChP a także brak powszechnie przyjętych standardów diagnostycznych, które są zawarte w ramach kodowania częstotliwości występowania choroby (ICD - International Classification of Disease), przyczyniły się do niedokładnych danych na temat śmiertelności w świecie z powodu POChP. Dlatego przyjęcie jednego terminu, według wytycznych GOLD dla określenia POChP, miało na celu dokładne sprecyzowanie danych (Chapman i wsp., 2006; Raherison i Girodet, 2009; Anto´, 2001).

W Polsce również, pomimo międzynarodowego oznaczenia POChP symbolem J44.8 zdarza się, mylne stosowanie kodu J41 (POZ - Przewlekłe Zapalenie Oskrzeli) lub kodu J43 (Rozedma), co wiąże się z niedoszacowaniem danych epidemiologicznych (Śliwiński i wsp., 2014). W oparciu o dane z 2012 roku liczba chorych w Polsce wynosi około 2 mln osób, co stanowi 10% osób po 40. roku życia, z czego tylko 1/3 jest zdiagnozowana (Adamowicz-Klepalska i wsp., 2007; Śliwiński i wsp., 2014). Szacuje się, że w 2008 roku, około 80% chorych mogło mieć umiarkowaną lub ciężką postać POChP i u mniej niż u 20% wszystkich chorych rozpoznano POChP (Bednarek i wsp., 2008; Śliwiński i wsp., 2014). Obecnie wykrywa się częściej POChP wśród mężczyzn niż wśród kobiet: stanowi to 3,03 przypadków na 1000 mężczyzn oraz 1,71 na 1000 kobiet. Natomiast objawy, które zgłasza co dziesiąty Polak powyżej 30. roku życia, mogą świadczyć o POChP (Niżankowska-Mogilnicka i Zieliński, 2004).

Umieralność

Według Światowej Organizacji Zdrowia POChP należy do najważniejszych przyczyn zgonów w większości krajów świata. Na podstawie badań Global Burden of Disease Study szacuje się, że POChP w 2020 roku może zająć 3 miejsce, a według prognozy na 2030 rok, 4 miejsce wśród głównych przyczyn zgonów na świecie. Wzrost umieralności z powodu POChP jest silnie związany z rozprzestrzeniającą się epidemią palenia tytoniu oraz zmniejszoną umieralnością z powodu innych częstych przyczyn zgonu (Gajewski, 2012). Z powodu POChP w 2000 roku zmarło około 2,7 mln osób na świecie, z czego połowa zgonów przypadła na Region Zachodniego Pacyfiku, przy czym większość z nich dotyczyła mieszkańców Chin. Zauważono, że około 400 tys.

zgonów w roku występuje w krajach uprzemysłowionych (Lopez i wsp., 2006). Na podstawie badań w ramach programu BOLD wykazano również, że śmiertelność z powodu POChP związana jest z ubóstwem oraz z niską pojemnością życiową płuc chorujących (Burney i wsp., 2014).

Według danych WHO w 2012 roku na świecie zmarło 56 mln osób, z czego z powodu POChP zmarło 3,1 mln. Przeliczając liczbę osób na 100 tys. mieszkańców w krajach o średnio-niskim dochodzie było to 52 osoby na 100 tys., zaś o średnio-wysokim dochodzie 50/100 tys., natomiast o wysokim 31/100 tys. mieszkańców. W 2015 roku stwierdzono wzrost umieralności na świecie z powodu POChP, gdyż z powody tej choroby zmarło już 3,2 mln osób (Word Heath Organization, 2014, 2017). Dane dotyczące Polski z 2004 roku wskazują, że współczynnik zgonów z powodu POChP wyniósł wówczas 17,6/100 tys. mieszkańców. Natomiast w 2002 roku w Stanach Zjednoczonych wskaźnik ten, skorygowany dla wieku wyniósł 43/100 tys. (Zieliński, 2007). Według najnowszych danych, w samej tylko Europie co roku z powodu POChP umiera 300 tys. osób. W 2008 roku POChP była na czwartym miejscu pod względem przyczyn zgonu w Europie (European Lung White Book, 2014). Natomiast już w 2012 r, według danych WHO znalazła się na trzecim miejscu wśród przyczyn zgonów na świecie (Burney i wsp., 2014). W Polsce co roku z powodu POChP umiera około 15 tys. osób (Adamowicz-Klepalska i wsp., 2007).

Koszty ekonomiczne

POChP prowadzi do znacznych strat ekonomicznych w zakresie leczenia, absencji i utraty produktywności w pracy. W 2008 roku, w badaniach prowadzonych w Stanach Zjednoczonych, zwrócono uwagę na koszt związany z leczeniem chorych z ciężkim zaostrzeniem POChP, który dwukrotnie przewyższał koszt leczenia pacjentów w okresie remisji choroby (Jahnz-Różyk i Targowski, 2010). Zaostrzenia choroby wiążą się przede wszystkim z bezpośrednimi kosztami wynikającymi z wizyt w oddziale pomocy doraźnej i z hospitalizacji (Ali, 2009). Dane z 2007 roku wskazują, że bezpośrednie koszty związane z POChP w Stanach Zjednoczonych wynosiły 29,5 mld dolarów, natomiast koszty pośrednie stanowiły 20,4 mld dolarów (Gajewski, 2012). Na podstawie międzynarodowych badań prowadzonych w 2009 roku (Brazylia, Chiny, Niemcy, Turcja, USA, Wielka Brytania), wykazano roczny koszt opieki

zdrowotnej związanej z POChP (z wyłączeniem kosztów leczenia i badań diagnostycznych) przypadający na osobę, na kwotę 2 364 dolarów. Natomiast wydatki związane z absencją w pracy dla tych, którzy pozostawali czynni zawodowo wynosiły średnio 880 dolarów rocznie. Wykazano także, że wcześniejsze przejście na emeryturę z powodu POChP, dotyczące jednej na pięć osób, wiąże się z ponoszeniem strat szacowanych na około 316 000 dolarów (Fletcher i wsp., 2011).

W Anglii w latach 2003-2004 hospitalizacje z powodu zaostrzenia POChP stanowiły ponad 0,9% wszystkich hospitalizacji, co stanowiło 11,7 mln pobytów. Przyjęcia z powodu POChP w trybie nagłym stanowiły 2,4 % , czyli około 4,2 mln hospitalizacji (Donaldson i Wędzicha, 2006). Badania przeprowadzone w 2000 roku we Włoszech wskazywały na istniejący pozytywny związek pomiędzy ilością hospitalizacji a niskim dochodem (Agabiti i wsp., 2009).

W 2007 roku koszty ekonomiczne na świecie związane z POChP przekroczyły 49,9 miliardów dolarów. Analizy obciążenia ekonomicznego z 7 krajów w Europie i w Ameryce Północnej (Kanada, Francja, Włochy, Holandia, Hiszpania, Wielka Brytania i USA) sugerują, że hospitalizacja pacjentów z POChP obejmowała większość (52% do 84%) kosztów bezpośrednich związanych z POChP tych krajów (Lin i wsp., 2015). W 2011 roku w krajach Unii Europejskiej całkowite koszty wynikające z ciężaru wszystkich chorób płuc przekroczyły 380 miliardów Euro, z czego ponad 200 miliardów euro łącznie przypadło na POChP i astmę. Dla samej POChP całkowite koszty wyniosły ogółem 141, 4 mld euro, zaś koszty bezpośrednie związane z opieką zdrowotną stanowiły 23,3 mld euro, w tym koszty leków 7,1 mld euro, opieka ambulatoryjna 8,9 mld oraz hospitalizacje 8,9 mld euro. Koszty pośrednie wynikające z utraconej produktywności wynosiły 25,1 mld euro. Dane te zostały zamieszczone w opublikowanym we wrześniu 2013 roku, raporcie przez European Lung Foundation (ELF) oraz European Respiratory Society (ERS) oraz pod nazwą European Lung White Book (ELF&ERS, 2013).

W Polsce w 2012 r. uzyskano świadczenia z NFZ dla 513 878 pacjentów z rozpoznaniem POChP. Koszty bezpośrednie, związane z leczeniem wyniosły ponad 160 mln zł. Świadczenia wypłacone przez ZUS związane z niezdolnością do pracy stanowiły ponad 236 mln zł. (Drapała i wsp., 2014). Co roku w Polsce chorym na obturacyjną chorobę płuc, przyznaje się około 20 tys. rent inwalidzkich - osobom między 50. a 60. rokiem życia, będącym jeszcze w wieku produkcyjnym (Adamowicz-

Klepalska i wsp., 2007). W ramach prewencji rentowej jest prowadzona kompleksowa rehabilitacja pulmonologiczna, której celem jest m.in. przywrócenie, lub utrzymanie zdolności do pracy u tych osób, które rokują jej odzyskanie (Wierzyńska i wsp., 2013).

Według analizy ZUS z 2010 roku 81,4% osób uzyskało zdolność do pracy po odbytej rocznej rehabilitacji w zakresie układu oddechowego (Kuklińska-Janiak i Derdziuk, 2013). Badania prowadzone w Polsce a także w Wielkiej Brytanii i Kanadzie wskazują, że rehabilitacja oddechowa, prowadzi do zmniejszenia liczby zaostrzeń (Wesołowski i wsp., 2013). Udowodniono, że poprzez wczesne rozpoznanie i leczenie zaostrzeń choroby można skutecznie zmniejszyć koszty opieki zdrowotnej (Duvall i Frank, 2010).

Obciążenie społeczne spowodowane POChP

W celu określenia udziału procentowego (odsetkowego) najczęstszych chorób i urazów, w umieralności i niesprawności, z inicjatywy Global Burden of Disease Study wprowadzono złożony wskaźnik obciążenia–DALY (*disability-adjusted life year*). Jest to suma lat życia z niesprawnością, z określeniem jej stopnia oraz utraconych lat życia z powodu przedwczesnego zgonu (Gajewski, 2012). Według raportu European Lung White Book w krajach Unii Europejskiej w 2011 roku, z powodu wszystkich chorób płuc traci się 5.2 miliony DALY rocznie (przy czym 1 DALY oznacza utratę 1 roku życia w pełnym zdrowiu), co stanowi 300 miliardów euro. Posługując się tym wskaźnikiem w POChP koszt 1,69 milionów DALY (liczba lat życia skorygowanych o niepełnosprawność) wyniósł 93 mld euro (Drapała i wsp., 2014). Wskaźnik DALY może wskazywać na umieralność i chorobowość, poprzez określenie czynników ryzyka dla konkretnych chorób oraz korzyści wynikających z prewencji i leczenia (Gajewski, 2012). Istnieje także wskaźnik dla chorób przewlekłych QUALY mający zastosowanie w farmakoekonomice, służący ocenie efektywności kosztowej wprowadzanych nowych leków i procedur przy jednoczesnej zadawalającej pacjentów jakości życia (Jahnz-Różyk, 2009).

1.3. Diagnostyka i terapia

Rozpoznanie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, powinno być postawione w oparciu o przeprowadzone badania podmiotowe i przedmiotowe u każdego chorego narażonego na czynniki ryzyka POChP, u którego występuje przewlekły kaszel, przewlekłe odkrztuszanie plwociny oraz duszność (Mejza i Niżankowska-Mogilnicka, 2015).

Badanie podmiotowe

Szczegółowe badanie podmiotowe, powinno obejmować:

a) dokładny, dotychczasowy wywiad chorobowy ze zwróceniem uwagi na występujące objawy, możliwość narażenie na czynniki ryzyka, częstość występowania zaostrzeń choroby i hospitalizacji z powodu chorób układu oddechowego

b) wywiad dotyczący zachorowania na POChP i inne chorób płuc w rodzinie oraz występowanie chorób współistniejących.

c) ocenę wpływu POChP na codzienne życie i udzielane wsparcie

d) możliwości ograniczenia ekspozycji na czynniki ryzyka (Mejza i Niżankowska-Mogilnicka, 2015,s.9).

Badanie przedmiotowe

W diagnostyce badanie przedmiotowe odgrywa uzupełniającą rolę, gdyż jako samodzielne badanie rzadko pozwala rozpoznać POChP (Mejza i Niżankowska-Mogilnicka, 2015; Gajewski, 2012).

Badania dodatkowe

Wśród badań dodatkowych wymienia się badanie radiologiczne klatki piersiowej (widoczne cechy rozedmy) oraz EKG (w zapisie pracy serca widoczne cechy przerostu prawej komory serca). Do oceny morfologicznej i czynnościowej serca u chorych na POChP stosowana jest echokardiografia (Gajewski, 2012).

Spirometria

Spirometria jest powtarzalnym i obiektywnym badaniem, służącym do oceny stopnia obturacji, wymaganym do postawienia rozpoznania (Mejza i Niżankowska-Mogilnicka, 2015). Według GOLD stanowi ”złoty standard” w diagnostyce i ocenie stopnia zaawansowania POChP (Flisińska i wsp., 2014). Dokonując pomiaru objętości (wskaźniki statyczne) i zmian pojemności płuc w czasie (wskaźniki dynamiczne) można wyróżnić niewydolność płuc typu restrykcyjnego czy obturacyjnego (Ziółkowski, red., 2004). Badanie polega na pomiarze stosunku objętości wydychanego powietrza w pierwszej sekundzie natężonego wydechu (natężona objętość wydechowa pierwszo sekundowa - FEV_1) do objętości powietrza wydychanego po wykonaniu natężonego maksymalnego wdechu (natężona pojemność życiowa - FVC). Przyjęty przez GOLD i PTFP uzyskany wynik FEV_1/ FVC < 0,70, wskazuje na POChP. Wynik interpretuje się na podstawie wartości referencyjnych dla płci, wieku, wzrostu i rasy (Mejza i Niżankowska-Mogilnicka, 2015). Stwierdzenie cech obturacji na podstawie tylko obniżonych wartości wskaźnika FEV_1/FVC, poniżej 0,7 (70%) wśród osób starszych, może prowadzić do nadrozpoznawalności POChP, ze względu na zmiany związane z fizjologią układu oddechowego wśród tej grupy osób (Boros i wsp., 2006 ; Pietrzak i wsp., 2011; Sawicka i Marcinowska-Suchowirska, 2011; Celli i wsp., 2015). Diagnostyka POChP wśród chorych w podeszłym wieku napotyka na trudności związane z czynnikami wpływającymi na ograniczenie rezerw wentylacyjnych i prawidłową czynność układu oddechowego. Upośledzenie funkcji poznawczych związanych z wiekiem i mniejsza tolerancja wysiłku są głównymi czynnikami wpływającymi na jakość badania spirometrycznego (Franczuk, 2013; Ostrowski i Grzywa-Celińska, 2005). Najczęstszą przyczyną nieprawidłowo wykonanego badania w tej grupie chorych jest nieosiągnięcie plateau w końcowej fazie wydechu (Czajkowska-Malinowska, 2013). Ponadto wśród błędów wymienia się także niepełny wdech, opóźniony wydech lub kaszel, czy nieumiejętne radzenie sobie z ustnikiem podczas wykonywania spirometrii (Siatkowska, 2007). Interpretując wyniki badania spirometrycznego dla chorych powyżej 70 roku życia, powinno się przyjąć wartość graniczną wskaźnika FEV_1/ FVC jako 65% zamiast 70% (Albertson i wsp., 2011). W diagnostyce POChP wykonuje się spirometrię spoczynkową, test odwracalności obturacji po leku rozszerzającym oskrzela, określa wskaźnik Tiffenau, czyli stosunek

FEV_1 % do VC_{max}, czyli maksymalnej pojemności życiowej a także dokonuje serii pomiarów PEF (Flisińska i wsp., 2014; Boros i wsp., 2006). W badaniu spirometrycznym FEV_1 jest wartością bezwzględną (wyrażoną w litrach lub mililitrach). Przedstawiona jako odsetek wartości należnej, (średniej dla grupy osób zdrowych dla danej płci i wieku), służy do klasyfikacji stopnia obturacji, podziału na stadia zaawansowania choroby (Gajewski, 2012). Wskaźnik FEV_1 stosowany jest także do oceny rokowania w chorobach obturacyjnych (Martinem, 2002). Badania spirometryczne przeprowadzone w USA w 1985 roku oceniające zmniejszenie się wartości FEV_1 w stosunku do wartości należnej posłużyły jako wyznacznik częstości występowania POChP. Obniżone wartości FEV_1 wśród osób palących wskazywały, że głównym czynnikiem wywołującym POChP jest palenie tytoniu (Thomas i Yates, 2001). Badania wskazują, że na spadek FEV_1 mogą mieć wpływ częste zaostrzenia choroby, przyczyniające się do długotrwałego pogorszenia funkcji płuc u pacjentów z umiarkowaną i ciężką postacią POChP (Donaldson i wsp., 2002). Jednakże nie ma pewności co do tego, że zaostrzenia zwiększają tempo spadku FEV_1 (Burge i Wędzicha, 2003).

Ocena choroby

W celu podjęcia właściwego leczenia, należy określić stopień zaawansowania choroby i jej ciężkość, nasilenie objawów oraz stopień obturacji w badaniu spirometrycznym, a także możliwość wystąpienia zaostrzeń i hospitalizacji oraz wpływ występowania chorób współistniejących na stan zdrowia (Gajewski, 2012).

Ocena objawów podmiotowych

Do oceny występujących objawów podmiotowych według wytycznych GOLD zawartych w raporcie z 2011 roku, służą kwestionariusze : mMRC (Modified Medical Research Council) - ocenia poziom niesprawności związany z występującą dusznością, lub CAT (COPD Assessment Test - określa wpływ choroby na funkcjonowanie w życiu codziennym oraz ogólne samopoczucie chorego) (Mejza i Niżankowska-Mogilnicka, 2015; Raghavan i McIvor, 2013).

Klasyfikacja ciężkości obturacji

Na podstawie oceny stopnia obturacji dróg oddechowych po leku rozszerzającym oskrzela, (w oparciu o wartość FEV_1), należy dokonać klasyfikacji ciężkości choroby (obturacji). Uzyskując wyniki za pomocą spirometrii u chorych z FEV_1/ FVC < 0,70 można wyróżnić obturację : GOLD 1-lekką ($FEV_1 \geq$ 80%), GOLD 2-umiarkowaną (50% $\leq FEV_1 <$ 80%), GOLD 3-ciężką (30% $\leq FEV_1$ < 50%), GOLD 4-bardzo ciężką (FEV_1 < 30%) (Mejza i Niżankowska-Mogilnicka, 2015).

Światowa Inicjatywa Zwalczania Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – GOLD) została powołana w 1998 roku. Od 2001 roku GOLD wydaje coroczne raporty pod nazwą "Światowa strategia rozpoznania, leczenia i prewencji POChP". W dokonanej aktualizacji raportu, w grudniu 2011 roku wprowadzono podział na stadia choroby nie tylko w oparciu o samą wartość FEV1, ale przede wszystkim na podstawie spirometrycznej klasyfikacji ciężkości obturacji. Wartości te łącznie z oceną stopnia nasilenia objawów i zaostrzeń choroby stanowią podstawę do zastosowania właściwej terapii (Gajewski, 2012; Mejza i wsp., 2012).

Ocena możliwości wystąpienia zaostrzeń

Zaostrzenie POChP charakteryzuje się zazwyczaj nagłym lub stopniowym narastaniem silnej duszności, której często towarzyszy nasilony kaszel, zwiększona ilość odkrztuszanej plwociny o charakterze ropnym oraz gorączka.

Ryzyko wystąpienia zaostrzeń można określić na podstawie:

1. Wartości spirometrycznej GOLD :
   a) GOLD 1 i GOLD 2 – ryzyko małe,
   b) GOLD 3 i GOLD 4 – ryzyko duże.
2. Liczby zaostrzeń występujących , w ciągu ostatnich 12 miesięcy:
   a) 0 lub 1 – ryzyko małe,
   b) >=2 – ryzyko duże (Gajewski, 2012).

Połączenie powyższych dwóch metod pozwoliło na wydzielenie czterech kategorii: A, B, C, D, według których można ocenić małe lub duże ryzyko wystąpienia zaostrzenia choroby (Mejza i Niżankowska - Mogilnicka, 2015).

Ocena wpływu chorób współistniejących

Występowanie chorób współistniejących u pacjentów z POChP związanie jest często z procesem starzenia się organizmu oraz z wpływem palenia tytoniu na rozwój chorób układu krążenia, metabolicznych, osteoporozy, depresji, czy raka płuc. POChP jako choroba ogólnoustrojowa, często wiąże się z zaburzeniami odżywiania prowadzącymi do wyniszczenia organizmu, dysfunkcji mięśni szkieletowych a przez to pogorszenia ogólnego złego stan zdrowia (Gajewski, 2012; Mannino, 2001; Głuszek, 2013).

Czynniki ryzyka

Przełom lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych XX wieku, stał się czasem poszukiwań przyczyn tłumaczących rozwój POChP. Autorem jednej z hipotez nazywanej ”brytyjską” był Charles Fletcher z Londynu, który jako główną przyczynę wskazał palenie tytoniu. Szerokie i długotrwałe badania, które prowadził udowodniły silny związek pomiędzy zaprzestaniem palenia w początkowej fazie choroby a spowolnieniem spadku wartości FEV_1, który był porównywalny do wyników badań osób niepalących. Drugą hipotezę zwaną ”holenderską” przedstawił kilka lat później w 1961 roku Nicholas Orie z Groningen w Holandii. Zwrócił on uwagę na uwarunkowanie genetyczne przewlekłego zapalenia oskrzeli, rozedmy płuc i astmy oskrzelowej. Zwolennicy hipotezy holenderskiej, nie zaprzeczyli, że palenie tytoniu jest główną przyczyną choroby. Jednakże to wrodzona skłonność do POChP u tych palących, którzy cechowali się atopią i nieswoistą nadreaktywnością oskrzeli, powoduje rozwój choroby (Zieliński, 2000).

Prowadzone liczne badania dowiodły, że oprócz palenia tytoniu - głównej przyczyny rozwoju POChP, ekspozycja na pył węgla kamiennego, cement, kadm, kurz bawełny czy kurz zbożowy wywołuje zaburzenia wentylacji mające wpływ na postępujący spadek FEV_1 . Dlatego czynniki te odgrywają znaczną rolę w rozwoju POChP.

Wśród innych jeszcze czynników chorobotwórczych wymienić należy: bierne palenie, narażenie zawodowe na pyły, czy inne szkodliwe substancje, częste infekcje układu oddechowego przebyte w dzieciństwie, a także nawracające infekcje oskrzelowo-płucne, uwarunkowania genetyczne, płeć, czynniki klimatyczne i środowiskowe w tym zanieczyszczenia powietrza oraz utajoną infekcję adenowirusem, mającą wpływ na rozwój i progresję POChP (Zieliński, 2001; Mannino, 2001).

Po raz pierwszy w 1963 roku został opisany związek pomiędzy czynnikiem genetycznym, związanym z niedoborem α 1-antytrypsyny a powstaniem rozedmy. Ta wrodzona predyspozycja do rozwoju POChP dotyczy tylko 1-2 % chorych. Uważa się, że palenie papierosów jest najistotniejszym czynnikiem rozwoju choroby, jednakże zachorowanie dotyka jedynie około 10-20% osób uzależnionych (Makowska i wsp., 2010).

W wyniku nieprawidłowej odpowiedzi zapalnej płuc na dym tytoniowy dochodzi u wszystkich palących do rozwoju zapalenia w obrębie dróg oddechowych, ze szczególnym nasileniem w przebiegu zaostrzenia choroby (Kozielski, 2008). Ciężkość choroby ściśle związana jest z natężeniem rozwoju procesu zapalnego. W wyniku oddziaływania dymu papierosowego powstaje stres oksydacyjny, który wraz z udziałem komórek zapalnych odgrywa znaczną role w patomechanizmie POChP. Uwalniane wolne rodnikami przez komórki zapalne do tkanki płucnej uczestniczą między innymi w zwiększonej produkcji śluzu i skurczu oskrzeli (Mróz i wsp., 2006 ; Nowicka i wsp., 2004). W wyniku stresu oksydacyjnego, który może wpływać na patogenezę POChP, dochodzi do zakłócenia równowagi pomiędzy utleniaczami i przeciwutleniaczami, ze zwiększonym obciążeniem utleniacza, dlatego dieta bogata w przeciwutleniacze może mieć działanie ochronne.

Prowadzone badania wskazują na korzystne działanie witamin C i E, karotenoidów i flawonoidów (katechina) na czynność płuc (Eisner i wsp., 2010). Palenie papierosów jest głównym czynnikiem etiologicznym, odpowiadającym za około 80% przypadków zachorowań, znacznie przewyższającym inne pozostałe czynniki ryzyka rozwoju choroby (Górecka i wsp., 2012). Patogeneza POChP jest więc silnie związana z ekspozycją dymu papierosowego, stopniem historii palenia i ciężkości ograniczenia przepływu powietrza, jednakże istnieje ogromna zmienność osobnicza (MacNee, 2005).

Ze względu na charakteryzującą POChP dużą niejednorodność pod względem klinicznego przebiegu choroby i jej progresji zwrócono uwagę na zidentyfikowanie różnych fenotypów tej choroby w celu określenia podatności na zachorowanie, przebieg choroby i indywidualizację leczenia (Raghavan i McIvor, 2013; Han i wsp., 2010).

Leczenie

Szczególne znaczenie wśród działań prewencyjnych podejmowanych w leczeniu chorych na POChP odgrywa zapobieganie postępowi choroby poprzez eliminację lub zmniejszenie oddziaływania szkodliwych czynników wywołujących chorobę. Prewencja pierwotna związana z ekspozycją zawodową w miejscu pracy, czy narażeniem na zanieczyszczenia powietrza w pomieszczeniach zamkniętych, stanowi bazę wyjściowa dla prewencji wtórnej dotyczącej odpowiedniego monitorowania, nadzoru i wczesnego wykrywania POChP. Podjęcie interwencji skutkujących zaprzestaniem palenia tytoniu, staje się priorytetowym, gdyż czynnik ten ma największy wpływ na przebieg choroby (Mejza i Niżankowska-Mogilnicka, 2015). Zarówno wsparcie terapeutyczne (niefarmakologiczne) jak i farmakologiczne w walce z uzależnieniem od tytoniu odgrywa duże znaczenie w leczeniu POChP (Mejza i wsp., 2012).

Profilaktykę trzeciorzędową stanowi zapobieganie powikłaniom istniejącej już choroby poprzez prowadzenie właściwego, optymalnego leczenia (Górecka i Puścińska, 2011; Górecka i wsp., 2012). Postępowanie to uwzględnia w praktyce klinicznej przeciwdziałanie następstwom płucnym i pozapłucnym powstałym w procesie zapalnym rozszerzającym się na inne narządy a także obejmuje ograniczenie występowania chorób współistniejących (Batura-Gabryel, 2010). Profilaktyczne stosowanie szczepień ochronnych przeciw grypie, zmniejsza częstość zaostrzeń choroby a przez to liczba hospitalizacji, stanowiących duże ryzyko zgonu dla tej grupy pacjentów (Górecka i wsp., 2012). Ocenia się, że w okresie od 3 tygodni i więcej, po zastosowaniu szczepienia przeciwko grypie zwiększa się do 87% skuteczność w zapobieganiu wystąpienia zaostrzenia choroby (Górecka i Puścińska, 2011).

Oceniając ryzyko zaostrzenia choroby zbadano, że w grupie osób ze zwiększonymi parametrami zapalnymi we krwi obwodowej (liczba leukocytów,

stężenie CRP i fibrynogenu) istnieje większe prawdopodobieństwo wystąpienia zaostrzenia (Mejza i wsp., 2014). Najczęstszą przyczyną dotyczącą około 70% przypadków zaostrzeń POChP, charakteryzujących się zwiększonym odkrztuszaniem plwociny w ciągu dnia, często ze zmianą jej zabarwienia i narastającymi objawami duszności, jest zakażenie bakteryjne, wirusowe lub mieszane (Albertson i wsp., 2011). Rozpoczynając leczenie należy również uwzględnić stopień nasilenia duszności oraz wielkości obturacji a także ilość zaostrzeń wpływających na ogólny przebieg choroby (Górecka i wsp., 2012).

Optymalne leczenie stabilnej POChP, w oparciu o ocenę nasilenia objawów i stopnia ryzyka wystąpienia zaostrzenia choroby w przyszłości, zmierza do złagodzenia objawów choroby, poprawy wydolności oddechowej i lepszej tolerancji wysiłku, poprzez zastosowanie farmakoterapii, z udziałem długodziałających leków rozszerzających oskrzela (Zieliński 2001; Bała i wsp., 2011 za Vogelmeier i wsp., 2011; Mejza i Niżankowska-Mogilnicka, 2015).

Pierwsze standardy diagnozowania i leczenia chorych z POChP zostały opublikowane w 1995 roku przez American Thoracic Society (ATS) i European Respiratory Society (ERS), które zaktualizowano w 2004 roku (Celli i wsp., 2004). Zgodnie z zaleceniami postępowanie w stabilnej postaci choroby powinno obejmować obok edukacji zdrowotnej, stosowanie leków rozszerzających oskrzela, jako podstawę terapii, następnie wprowadzenie leków z grupy wziewnych glikokortykosteroidów oraz zastosowanie tlenoterapii (Grzelewska-Rzymowska, 2006).

Ze względu na mechanizm działania leki rozszerzające oskrzela dzieli się na trzy grupy: antycholinergiczne, beta-sympatykomimetyczne oraz metyloksantyny. Ten sposób usystematyzowania leków odpowiada kolejności ich stosowania w praktyce, gdzie jako leki pierwszego wyboru stosuje się należące do grupy antycholinergicznych (Zieliński, 2001). Ocena ryzyka wystąpienia zaostrzeniu choroby ma decydujące znaczenie przy podjęciu właściwej terapii.

Istnieją badania wskazujące, iż zastosowanie, glikokortykosteroidów wziewnych zmniejsza to ryzyko. Stosowanie glikokortykosteroidów ogólnoustrojowo prze 5-14 dni może wpływać na właściwe postępowanie w zaostrzeniach choroby (Mejza i wsp., 2014). Do prognozowania wystąpienie ryzyka zaostrzenia, nasilenia ciężkości progresji POChP i przeżywalności stosuje się wskaźnik BODE (uwzględnia BMI). Ma on także duże znaczenie w ocenie skuteczności rehabilitacji oddechowej oraz w podejmowaniu

decyzji dotyczących interwencji chirurgicznych, czy diagnostyczno-terapeutycznych (Bręborowicz i wsp., 2008; Cote i Celli, 2009).

W leczeniu POChP najczęstszym i najlepszym sposobem przyjmowania leków jest droga wziewna. Jednakże, tylko dokładne zsynchronizowanie początku wdechu z momentem uwalniania leku z kieszonkowego inhalatorka oraz zatrzymanie na 5-10 sekund oddechu po inhalacji ściśle określonej dawki leku, pozwala na uzyskanie oczekiwanego efektu leczniczego. Chorzy stosujący leki wziewnie pod postacią aerozoli z podręcznych, kieszonkowych inhalatorów, czy wytwarzanych przez nebulizatory muszą być wyposażeni w podstawową wiedzę oraz umiejętności, aby zastosowane leczenie było dla nich optymalne (Zieliński, 2001). Dane wskazują, iż wysoki odsetek pacjentów z POChP ma słabą technikę inhalacji, co może mieć negatywny wpływ na wyniki leczenia (Celli i wsp., 2015).

Edukacja chorego jest ważnym elementem wpływającym na skuteczność podejmowanych działań terapeutyczno-leczniczych (Kieczka, 2008). Ocena wartości edukacji w POChP może być trudna ze względu na stosunkowo długi okres wymagany do osiągnięcia poprawy w obiektywnych pomiarach parametrów czynności płuc. Edukacja pacjenta wywiera istotny wpływ na kształtowanie jego umiejętności właściwego reagowania na zaostrzenia i zdolności do radzenia sobie z chorobą (Rabe i wsp., 2007).

Niezależnie od stopnia zaawansowania choroby, w leczeniu POChP istotną rolę odgrywa rehabilitacja oddechowa, której celem jest złagodzenie objawów choroby, zwiększenie kondycji fizycznej i psychicznej poprzez zmniejszenie poczucia lęku a przez to polepszenie jakości życia (Górecka i wsp., 2012; Ziętkowska i wsp., 2008). Rehabilitacja oddechowa wpływa korzystnie na poprawę siły mięśni oddechowych, których czynność została wtórnie upośledzona w wyniku przebiegu POChP. (Jastrzębski i wsp., 2008). Stan zapalny, panujący w całym organizmie wpływa na poczucie ogólnego osłabienia, co wiąże się z mniejszą chęcią do podejmowania aktywności fizycznej, co w konsekwencji prowadzi do zaniku mięśni i utraty masy ciała. Przedwczesne zakwaszenie i zwiększona podatność mięśni szkieletowych na zmęczenie skurczowe, na skutek zmniejszonej wydajności enzymów oskydacyjnych u chorych na POChP prowadzi do spadku tolerancji wysiłku fizycznego. Osłabieniu ulegają mięśnie oddechowe i przepona, pomimo uruchamianych mechanizmów

przystosowawczych (poszerzenie przestrzeni międzyżebrowych i uruchomienie wdechowych mięśni pomocniczych).

Wśród chorych na POChP w ramach rehabilitacji pulmonologicznej, w celu zwiększenia siły mięśniowej i wydolności fizycznej podejmowane są próby suplementacji kreatyną, mającą korzystny wpływ na poprawę masy mięśniowej i wydolność pacjentów (Barinow-Wojewódzki i wsp., 2013). Aktywność fizyczna jako niezależny czynnik ryzyka zgonu, ma duże znaczenie w leczeniu chorych na POChP. Wśród metod służących jej poprawie wymienia się obok leczenia farmakologicznego i tlenoterapii, edukację i rehabilitację oddechową (Mejza, 2014).

W zindywidualizowanym leczeniu chorych na POChP dokonuje się kwalifikacji i oceny przebiegu rehabilitacji pulmonologicznej, oceniając stopień nasilenia duszności za pomocą badania spirometrycznego, gazometrycznego, wysiłkowego a także dokonuje oceny jakości życia za pomocą mierzalnych i powtarzalnych metod w ramach programów rehabilitacyjnych (Farnik i wsp., 2008).

Ocena jakości życia jest jednym z najważniejszych parametrów, pozwalających określić nie tylko przebieg rehabilitacji oddechowej, ale przede wszystkim jej wpływ na życie chorego (Kasibowska-Kuźniar i wsp., 2007). Wśród chorujących na POChP poddanych rehabilitacji zaobserwowano zmniejszenie upośledzenia sprawności fizycznej a także poprawę kondycji psychicznej a przez to lepsze przystosowanie do choroby (Lewczuk i wsp.,1998). Jednakże u chorych z zaawansowaną postacią POChP, pomimo znacznej poprawy jakości życia, długotrwała rehabilitacja oddechowa, nie potwierdziła wpływu na ich lepsze rokowanie (Lewczuk i wsp., 2004).Należy dodać, że niska jakość życia w tej grupie chorych, wiąże się ze stopniem zaawansowania choroby oraz z wyższą śmiertelnością (Kasibowska-Kuźniar i wsp., 2005; Anto´ i wsp.,2001).

Kinezyterapia oddechowa w POChP skupia się na nauce efektywnego oddychania z wykorzystaniem toru przeponowego, w celu uruchomienia rezerw wentylacyjnych i zmniejszenia uczucia duszności (Osiadło i Dzierżęga, 2007). Ogólny stan chorego jest wyznacznikiem zakresu i charakteru ćwiczeń, dostosowanych do możliwości fizycznych chorego (Niemirowska-Mikulska, 1994). Korzystne oddziaływanie na poprawę wydolności wysiłkowej, mechaniki i hemodynamiki oddychania a także poprawę parametrów hematologicznych i stanu psychicznego chorego ma przewlekłe, domowe leczenie tlenem (DLT), do którego to kwalifikują się

chorzy z cechami niewydolności oddechowej (Niżankowska-Mogilnicka i wsp., 2001; Górecka i wsp., 2012).

W celu uzyskania korzystnych efektów przewlekłego leczenia tlenem chory powinien oddychać tlenem co najmniej przez 15 godzin na dobę, w tym koniecznie przez całą noc, ze względu na możliwość pojawienia się znacznego spadku utlenowania krwi (hipoksemii) podczas snu. Przepływ tlenu powinien być regulowany na podstawie wyników gazometrii lub wskazań pulsoksymetru (Śliwiński, 2000a; Górecka i wsp., 2012).

W przypadku, gdy leczenie tlenem może powodować narastanie kwasicy oddechowej i nie jest w stanie poprawić narastającej niewydolności oddychania, wówczas u tych chorych stosuje się nieinwazyjną wentylację mechaniczną płuc, w celu uzyskania lepszej wentylacji pęcherzykowej bez konieczności intubacji dróg oddechowych. Do wentylacji nieinwazyjnej wykorzystuje się respiratory zmiennego typu, generujące dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych, niższe podczas wydechu i wyższe podczas wdechu (Kamiński, 2000; Górecka i wsp., 2012). Natomiast u chorych z bardzo zaawansowaną chorobą przeszczepienie płuc poprawia jakość życia, chociaż nie wpływa znacząco na jego przedłużenie (Foroncewicz i Mucha, 2004; Górecka i wsp., 2012).

2. Jakość życia w chorobach przewlekłych

2.1. Pojęcie jakości życia związanej ze zdrowiem i jego znaczenie w chorobach przewlekłych

Pojęcie jakości życia (quality of life) w literaturze jest opisywane bardzo różnie, między innymi w zależności od zawodu, czy specjalności, w obszarze której porusza się definiujący je badacz (filozof, psycholog, socjolog, itd.). Pojawiło się po raz pierwszy w słowniku amerykańskim w okresie powojennym (II Wojna Światowa), podczas wielkich przemian społeczno-politycznych. Początkowo pojęcie to utożsamiane było z ”dobrym życiem”, związanym wyłącznie z posiadaniem i konsumpcją. Z czasem objęło swym zasięgiem szersze pojęcia, takie jak zdrowie, wolność, szczęście. Przyjęto, że potrzeby, zasoby i szczęście stanowią integralną część rozważań nad definiowaniem pojęcia jakości życia, w których najwięcej uwagi poświęcono szczęściu (De Walden-Gałuszko i Majkowicz, 1994).

Także dla starożytnych filozofów, wśród pytań stawianych o sens ludzkiego życia pojawiały się również pytania o ”dobre życie” i ”szczęście”. Zdaniem Arystotelesa ”dobre życie”, to życie szczęśliwe, zaś samo ”szczęście” jest działaniem i angażowaniem się w czynności dnia codziennego, z zachowaniem umiaru przy stosowaniu metody złotego środka. Jednakże według Arystotelesa, pojawiająca się przy tym przyjemność, nie stanowi dobra najwyższego (tak jak miało to miejsce w doktrynach hedonistycznych, głoszonych przez Epikura), a jedynie jest nieodzownym składnikiem szczęścia. Według Platona ”dobre życie” stanowi pewien stopień doskonałości, jest dobrem absolutnym, autonomicznym i niezależnym od ludzkich pragnień, opinii, czy skłonności (Popkin i Stroll, 1994).

W poglądach Sokratesa i Platona udane życie, pojmowane jest jako swoista jakość, najwyższe dobro obiektywne, dające pomyślność i zadowolenie z życia. Z kolei podmiotowe, subiektywne pojęcie szczęścia pojawia się w poglądach Demokryta jako harmonia przeżyć, przeżywanie i odczuwanie składające się na zadowolenie z życia (Dziamski, 2001; Sompolska-Rzechuła, 2013).

Dlatego W. Tatarkiewicz w monografii zatytułowanej ”O szczęściu” mówi o dwóch jego aspektach: subiektywnym, definiowanym jako trwałe i pełne zadowolenie

z życia oraz obiektywnym, będącym podstawą szczęścia subiektywnego (Trejtowicz, 2007 za: Tatarkiewicz, 2015).

We współczesnych badaniach nad jakością życia, dobrym samopoczuciem, dobrostanem, czyli poczuciem szczęścia stosowana jest zarówno obiektywna jak i subiektywna ocena jakości życia, skupiająca się na obrazie siebie i swego życiowego położenia w pewnym okresie czasu, w porównaniu z przyjętym wzorcem (De Walden-Gałuszko i Majkowicz, 1994).

Początki badań nad jakością życia miały miejsce w 1971 roku, kiedy poszukiwano obiektywnych wyznaczników zadowolenia z życia. Przełom w badaniach dokonał się z inicjatywy Campbella, który wraz z Rodgersem i Conversem, przeprowadził subiektywny pomiar zadowolenia z życia mieszkańców Stanów Zjednoczonych. Opracowane narzędzie do pomiaru ogólnej subiektywnej jakości życia, pozwoliło w spoób łatwy dokonać badania dużych grup ludności. To również skierowało uwagę na holistyczne podejście do jakości życia człowieka, uwzględniające także otaczające go warunki środowiskowe (Papuć, 2011).

Campbell wskazał, że na jakość życia wpływa stopień zaspokojenia potrzeb w różnych dziedzinach życia, takich jak np.: praca zawodowa, miejsce i warunki zamieszkania, stan cywilny, życie rodzinne itd. (Campbell i wsp., 1976). Ponieważ w 1978 roku Flanagen, stwierdził, że różne sfery życia mogą mieć zdecydowanie różne znaczenie dla poszczególnych osób, dlatego zasadne jest użycia wskaźnika wagi, dla lepszej oceny ważności analizowanych danych, co sprawia, że ocena ta staje się jednocześnie bardziej subiektywna (Flanagan, 1982).

Powstające, nowe definicje jakości życia zaczynały coraz bardziej rozszerzać rozumienie tego pojęcia, co także znalazło potwierdzenie w definicji autorstwa polskiej badaczki De Walden-Gałuszko K., mówiącej o ocenie własnego życia dokonanej z perspektywy przyjętej własnej hierarchii wartości w określonym czasie, w sytuacji obecnej i w sytuacji oczekiwanej - wymarzonej (De Walden-Gałuszko, 1993).

Przełom lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XX wieku, to czas, kiedy zaczęto definiować jakość życia także na gruncie nauk medycznych i społecznych, gdzie pojęcie tro znalazło zastosowanie między innymi w pomiarach socjologicznych i psychologicznych. Powstało wiele definicji, w których zaczęto łączyć ten termin z poczuciem zadowolenia, dobrostanem oraz ze stylem życia. Na gruncie nauk społecznych wyróżniono cztery grupy definicji jakości życia. Do pierwszej grupy

zaliczone zostały definicje, zwane egzystencjalnymi. Stanowiły one propozycje Tomaszewskiego T., Suchodolskiego B., Kowalika S. i Nordenfelta L., dla których charakterystyczne stało się wyróżnienie dwóch orientacji życiowych „być" i „mieć". Drugą grupę stanowiły definicje reprezentowane przez Bańkę A., Rootmana I. oraz Raeburnn'a J.M., oparte na realizowaniu zadań, określane też jako życiowe oraz rozwojowe, związane z pełnieniem ról społecznych. Trzecią grupę definicji, reprezentowaną przez Campella A., Kaletę A. oraz Borowicza R. oparto na indywidualnych potrzebach i stopniu ich zaspokajania, w odniesieniu między innymi do satysfakcji z życia osobistego, rodzinnego, zawodowego, relacji międzyludzkich, stanu zdrowia. Natomiast czwarta grupa definicji, według Ratajczaka Z. i Czapińskiego J. skierowana była na potrzeby określane przez wyznaczniki subiektywne (potrzeba spokoju i bezpieczeństwa, samorealizacji, samoakceptacji i uznania społecznego, dobrostanu psychicznego) oraz wyznaczniki obiektywne (sytuacja materialna, wsparcie i aktywność społeczna, wypoczynek) (Trzebiatowski, 2011).

W medycynie, od lat 70. zaczęto jakość życia wiązać ze zdrowiem. W 1972 roku pojawiła się pierwsza publikacja Rosser R. M. opisująca metodę określającą jakość życia pacjentów. Dzięki jej pracom do medycyny wprowadzono behawioralny i przeżyciowy wymiar jakości życia (Kowalik i wsp., 2001). Przyjęto, że na pojęcie jakości życia składa się wiele czynników wpływających na jego wielowymiarowość. Podstawowe obszary jakości życia obejmują wymiary : fizyczny, psychiczny, społeczny oraz związany ze sprawnością ruchową. To właśnie poprawa aktywnościi sprawności, uważana była za miernik końcowego efektu leczenia i zdolności przystosowania się pacjenta do objawów choroby.

Pojęcie „jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQOL - Health Related Quality of Life)" zostało wprowadzone przez Schippera i jego współpracowników dopiero w 1990 roku, jako "funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany i przeżywany przez pacjenta". Tak definiowana jakość życia związana ze zdrowiem, skupia się wokół czterech obszarów dotyczących: stanu fizycznego i sprawności ruchowej, stanu psychicznego, doznań somatycznych oraz sytuacji społecznej wraz z warunkami ekonomicznymi (De Walden-Gałuszko i Majkowicz,1994).

Rylander A. kieruje uwagę na różnice występujące pomiędzy oceną stanu zdrowia dokonywaną na podstawie objawów obiektywnych a oceną stanu zdrowia uzyskaną na podstawie subiektywnych odczuć i doświadczeń pacjenta. Ponadto uważa,

że oceniając jakość życia w wymiarze subiektywnym, czyli psychologicznym, powinno się uwzględniać obok odczuć negatywnych (przygnębienie czy lęk) także pozytywne elementy, na przykład takie jak nadzieja, satysfakcja, czy dobre przystosowanie do zaistniałej sytuacji (De Walden-Gałuszko i Majkowicz, 1994 za: Rylander, 1993).

Ze względu na początkowo odczuwany w medycynie brak jednolitej definicji i powszechnie uznanych narzędzi, w 1995 roku przyjęto propozycję Farquahar M., ogólnego podziału istniejących już definicji na dwie obszerne grupy. Pierwszą stanowiły definicje sformułowane przez ekspertów, z podziałem na: globalne (skupiające się wokół ogólnego poczucia szczęścia i satysfakcji z życia), złożone (obejmujące wiele zmiennych cząstkowych natury subiektywnej i obiektywnej związanych z jakością życia), oraz definicje specyficzne - dotyczące stanu zdrowia jednostki związanego z określoną chorobą. Powstały także definicje mieszane (zawierające zmienne opisujące elementy definicje typu pierwszego i drugiego). Drugą grupę stanowiły definicje tworzone przez laików.

Obiektywna ocena jakości życia w medycynie może być dokonywana przez specjalistów, wykwalifikowany personel medyczny i dotyczy parametrów klinicznych, oraz czynników społeczno-ekonomicznych, niekoniecznie znanych choremu. Ocena subiektywna, związana jest z odczuciami samego chorego i dotyczy stopnia zadowolenia z życia oraz z podejmowanej aktywności w różnych jej sferach (Trzebiatowski, 2011; Zielińska-Więczkowska i Kędziora-Kornatowska, 2006).

Narzędziami wykorzystywanymi w ocenie globalnej jakości życia, określanej niezależnie od choroby, są kwestionariusze ogólne, zawierające pytania uniwersalne. Natomiast w celu sprecyzowania problemów związanych z chorobą, jej stopniem nasilenia i wpływu na stan emocjonalny chorego oraz funkcjonowanie społeczne, stosowane są kwestionariusze badające jakość życia związaną ze zdrowiem. Dokonując ściślejszego podziału można wyróżnić dwie grupy tych kwestionariuszy, tj. kwestionariusze odnoszące się ogólnie do choroby i jej skutków, w tym wpływu jej na samopoczucie, stan emocjonalny chorego i funkcjonowanie społeczne oraz kwestionariusze specyficzne opisujące te same kwestie, ale w odniesieniu do konkretnej jednostki chorobowej (Bąk-Drabik i Ziora, 2004).

Pierwszy, standaryzowany kwestionariusz (EQ-5D), służący do badania jakości życia związanej ze zdrowiem, niezależnie od rodzaju choroby, powstał z inicjatywy międzynarodowej grupy ekspertów, utworzonej w 1987 roku przy Światowej

Organizacji Zdrowia (WHO). Kwestionariusz ten zawierał dane demograficzne oraz oceniał stan zdrowia, w aspekcie funkcjonowania w życiu codziennym pod względem możliwości ruchowych, codziennej aktywności, samoobsługi i stanu psychicznego. Dawał możliwość oceny codziennych problemów życiowych z perspektywy subiektywnych odczuć chorego. Dopiero w kolejnym etapie powstały kwestionariusze specyficzne, skierowane do wyznaczonych grup odbiorców z określonymi chorobami, w tym przewlekłymi (Sobczyk i wsp., 2008).

Jakość życia w chorobach przewlekłych odgrywa szczególną rolę przede wszystkim ze względów medycznych, jako wskaźnik skuteczności leczenia, ale także jako wyznacznik kierunku działań w obszarze kosztów ekonomicznych, społecznych i psychologicznych, spowodowanych konsekwencjami chorób przewlekłych, prowadzącymi do dezaktywizacji zawodowej i społecznej. Choroba, między innymi uniemożliwia lub utrudnia realizację planów i celów życiowych, wpływa na stan emocjonalny i relacje interpersonalne, zaburza funkcjonowanie w życiu rodzinnym. Przewlekłe choroby, w tym choroby układu oddechowego, niosą ze sobą znaczne ograniczenia w zakresie codziennych aktywności chorego i w znacznym stopniu sprzyjają powstawaniu zaburzeń emocjonalnych (Tobiasz-Adamczyk i wsp., 1999).

W ocenie jakości życia, koniecznym staje się zatem branie pod uwagę czynników społecznych i psychologicznych na równi z czynnikami fizjologicznymi. Chorzy na POChP często są w złym stanie psychicznym a ich funkcjonowanie społeczne bywa poważnie utrudnione. Podwyższony poziom lęku, zaniżona samoocena i niewiara w podejmowane leczenie oraz jego skuteczność sprawiają, że obniża się zdolność do wykonywania pracy, co pośrednio wpływa na stan socjoekonomiczny chorego (Bąk-Drabik i Ziora, 2004). Choroby o chronicznym przebiegu, takie jak POChP, związane są ze świadczeniami o profilu długoterminowym, sprawowanymi przez specjalistów w ramach opieki medycznej, a często także opieki społecznej, co generuje dodatkowe koszty. Długotrwały przebieg, niejednoznaczna etiologia i leczenie bywają powodem narastającego niepokoju i dyskomfortu, nie tylko fizycznego, ale i psychicznego. Dlatego, czułym narzędziem służącym ocenie stosowanej terapii oraz ocenie oczekiwań z nią związanych, staje się pomiar jakości życia (Ostrzyżek, 2008).

2.2. Czynniki psychologiczne a jakość życia w chorobach przewlekłych

W 1948 roku podczas posiedzenia WHO, zostało zdefiniowane pojęcie zdrowia, w myśl koncepcji holistycznej, jako dobre samopoczucie, a ściślej dobrostan bio-psycho-społeczny. Ten dynamiczny stan równowagi, może być zachwiany nie tylko na skutek dysfunkcji somatycznych, ale również na skutek czynników psychologicznych i społecznych. Wspomniana definicja kieruje oddziaływania na wzmacnianie potencjału zdrowia a nie jedynie na zwalczanie choroby. Proces dynamicznej równowagi w modelu socjo-ekologicznym, zachodzący pomiędzy wymaganiami otoczenia a jednostką, powinien być wzmacniany poprzez eliminację zachowań szkodliwych i wspieranie oraz utrwalanie zachowań korzystnych. Nurt promocji zdrowia, ściśle związany z tym modelem, stał się bliski trzeciemu modelowi - salutogenetycznemu, ukierunkowanemu na czynniki wzmacniające zdrowie. W myśl tego ostatniego modelu, zdrowie pozytywne rozumiane jest jako umiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych, w tym także w chorobie, związana z umiejętnością zmiany swego podejścia do zdarzeń, na które nie ma się większego wpływu (Borys, 2010).

Prekursorem salutogenezy był Aaron Antonovsky, który swe zainteresowania skierował na czynniki determinujące zdrowie w celu jego utrzymania i poprawy (Raniszewska-Wyrwa, 2013). Koncepcja poczucia koherencji Antonovskyego A. została wprowadzona w odpowiedzi na pytanie, co sprawia, że niektórzy ludzie cieszą się dobrym zdrowiem pomimo poważnych i trudnych sytuacji stresowych, które ich dotykają a inni nie? Trzy wymiary: zrozumiałość, sensowność i zaradność, wyznaczają kierunek oddziaływań i nastawienie człowieka do rzeczywistości, w celu lepszego radzenia sobie z wyzwaniami życia (Eriksson i Lindström, 2007; Piotrowicz i Cianciara, 2011). Różne zasoby odpornościowe, którymi dysponują ludzie są odmiennie dysponowane. Zdolność, która pozwala na dysponowanie tymi zasobami, ściśle związana jest z orientacją życiową, czyli z poczuciem koherencji (Marzec i Molanda, 2005). Zdaniem Antonovsky'ego A. ludzie o dużym poczuciu koherencji wybierają adekwatną do zaistniałej sytuacji i działającego stresora, określoną strategię radzenia sobie z sytuacją trudną i stresem (Kurowska i Dąbrowska, 2008). Antonovsky A. na podstawie badań prowadzonych wśród więźniarek ocalonych z Holokaustu, zwrócił uwagę na podgrupę charakteryzującą się szczególnym stylem poznawczym w radzeniu sobie ze stresem, który charakteryzował się równoważeniem działania stresorów przez

działanie uogólnionych zasobów odpornościowych człowieka (Potoczek, 2011).

Definiując poczucie koherencji Antonovsky A. wskazał na trzy ważne cechy zasobów osobistych człowieka, tj. poczucie zrozumiałości, poczucie zaradności i poczucie sensowności (Antonovsky, 2005).

Zainteresowanie radzeniem sobie w sytuacjach trudnych znajduje szczególne miejsce w psychologii. W 1959 roku w pracach Selye`ego zostało zdefiniowane pojęcie stresu psychologicznego jako swoistego zespołu zmian nieswoistych w układzie biologicznym człowieka powstających pod wpływem czynników awersyjnych. Heszen-Niejodek opisując stres jako zjawisko psychologiczne wskazuje na trzy jego nurty: bodźca zewnętrznego; reakcji emocjonalnych, wewnętrznych człowieka; relacji między człowiekiem a czynnikami zewnętrznymi (Heszen i Sęk, 2007). Radzenie sobie ze stresem, czyli podejmowanie aktywności i zachowań zaradczych może być rozumiane jako proces, strategia a także styl, czyli indywidualna, trwała, dyspozycja do pokonywania sytuacji stresowych, ściśle związana z czynnikami osobowymi i możliwością elastycznego dopasowania się do adekwatnej sytuacji (Płaczkiewicz i Tucholska, 2009).

Choroba jako sytuacja trudna niesie ze sobą wiele zmian dotyczących wielu aspektów życia chorego. Stan związany z przebiegiem klinicznym i długotrwałą terapią a w przypadku chorób przewlekłych, trwających do końca życia, niesie ze sobą wiele nieprzyjemnych emocji, w tym uczucie lęku, niepokoju, przygnębienia, które w konsekwencji mogą prowadzić do depresji. Pytając o sens życia osoby chore przewlekle, w ich opinii dobre zdrowie jest nadal dla nich wartością najwyższą a w ocenie swego życia, określają je często jako udane, szczęśliwe i wartościowe (Ogórek-Tęcza i wsp., 2012). W zależności od wpływu różnych czynników np. nastawienia do choroby, czy nastroju chorego, stan psychologiczny może się zmieniać zarówno w początkowej fazie choroby jak i w późniejszym jej przebiegu. Lęk, którego częstym powodem jest obawa przed czymś nieznanym i nieuniknionym jest dominującą reakcją szczególnie w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia. Może być też sygnałem ostrzegawczym a nawet czynnikiem mobilizującym do działania w przeciwieństwie do przygnębienia, którego zarówno łagodna jak i ostra, groźniejsza postać prowadzić może do depresji.

W literaturze opisującej zachowania zdrowotne związane z profilaktyką zaostrzeń POChP wśród chorych w bardzo zawansowaniem stanie choroby, zwrócono uwagę na

pozytywny związek pomiędzy poczuciem własnej skuteczności i kontroli a korzystną zmianą zachowań zdrowotnych w podejmowaniu działań i oceny własnych możliwości w tym zakresie, skutkującą czynnym uczestnictwem w procesie leczenia. Przykre emocje związane z lękiem przed zaostrzeniem choroby mogą zmniejszać pozytywne nastawienie i poczucie własnej skuteczności, wynikające z kompetencji wchodzących w skład kontroli osobistej, związanej z własną aktywnością poznawczą i sprawczą. Na poczucie własnej skuteczności mają również wpływ czynniki zewnętrzne (zewnętrzne umiejscowienie kontroli), które pozwalają choremu przenieść odpowiedzialność za leczenie na innych, w tym wykwalifikowany personel medyczny (Kościelak, 2010). Strickland B. R. uwrażliwia, że ludzie z dobrze rozwiniętą kontrolą wewnętrzną czując się bardziej odpowiedzialni za siebie, własne zdrowie i życie, będą chętniej poszerzać wiedzę w celu lepszego funkcjonowania w sytuacji choroby (Skommer, 2008 za: Strickland, 1978).

Badania K. Kurowskiej i I. Wrońskiej kierują uwagę na dynamikę zachodzących zmian zdrowotnych wśród chorych przewlekle. Wprawdzie choroba i związana z nią sytuacja trudna powoduje niekiedy korzystną zmianę zachowań zdrowotnych, to jej przewlekły charakter hamuje dalszy przebieg zmian w pożądanym kierunku i w konsekwencji zachowania te nie podlegają modyfikacji (Kurowska i Wrońska, 2005). Czynniki antyzdrowotne, wynikające ze złej sytuacji społecznej w tym stres, wpływały niekorzystnie na zmianę zachowań zdrowotnych w badanej grupie chorych (Wrońska i Kurowska, 2005). Odczuwane, nieprzyjemne doznania związane ze stresem, który towarzyszy choremu, uzależnione są także od czynników o charakterze indywidualnym, związanych z posiadanymi zasobami, doświadczeniem, czy z cechami osobowościowymi (Lesińska-Sawicka i wsp., 2007). Przykładowo lęk, jako cecha, to właściwość osobowości o względnie stałym charakterze, polegająca na skłonności do reagowania lękiem, czasem niezbyt adekwatnym do obiektywnej sytuacji. Ponadto stwierdzono, że lęk występujący wśród, osób chorych na astmę (chorobę przewlekłą układu oddechowego) może być ważnym modyfikatorem występującej u nich duszności (Nowobilski i wsp., 2005).

Zaburzenia lękowe i depresja często współwystępują z chorobami przewlekłymi układu oddechowego, co znalazło miejsce w licznych badaniach naukowych. Jednakże znacznym utrudnieniem w rzeczywistym pomiarze poziomu lęku jest przyjmowanie przez chorych leków o działaniu przeciwlękowym. Zaburzenia w stanie

zdrowia psychicznego mają swą przyczynę wśród czynników biologicznych i psychospołecznych. Pierwszą grupę tworzą czynniki wywołujące nadmierną aktywację cytokin długotrwałego procesu zapalnego, a także niedotlenienie, spowolnienie psychoruchowe, obniżenie funkcji poznawczych oraz uboczne działanie leków (sterydów systemowych) wpływających na stan emocjonalny, w tym pogorszenie nastroju. Czynnikami psychospołecznymi oddziaływującymi na zaburzenia w zdrowiu psychicznym są: brak wsparcia i bezsilność wobec choroby, trudna sytuacja osobista w tym materialna oraz negatywne nastawienie do bieżącej sytuacji życiowej (Andysz i Merecz, 2012). Osoby mające większą skłonność do reagowania lękiem często oceniają swój stan zdrowia gorzej, niż wskazuje na to obiektywna rzeczywistości, co niejednokrotnie idzie w parze z ich negatywnym nastawieniem do choroby i istniejącej sytuacji życiowej. Dodatkowo, brak poczucia kontroli powoduje wystąpienie zaburzeń lękowych. Jednocześnie związany z tym zły stan psychiczny w postaci depresji, obniżonego nastroju i lęku wpływa na postawę chorego wobec choroby (Andysz i Merecz, 2012; Friedman, 2003). Często współwystępowanie lęku i depresji skutkuje poczuciem winy i niskiej samooceny, drażliwością, zmęczeniem, zaburzeniem łaknienia i rytmu snu (Jaeschke i wsp., 2010).

Osobom chorym na POChP często towarzyszą lęk i depresja, których skutkiem niejednokrotnie jest obniżenie odporności i pogorszenie stanu somatycznego. Zmniejszona adaptacja chorych do trudnej sytuacji choroby poprzez nasilenie objawów depresji prowadzić może do zwiększonej niesprawności w sferze emocjonalnej, psychospołecznej a także fizycznej. Wśród chorych na POChP z nasilonymi objawami depresji, częściej niż w innej grupie chorych somatycznie, pojawiają się myśli samobójcze. Dane statystyczne wskazują na wysoki odsetek takich reakcji sięgający nawet 70-90% pacjentów z tej podgrupy (Talarowska i wsp., 2009). Jednakże bardzo niewielka liczba chorych na POChP przyjmuje leki przeciwdepresyjne, co stanowi 6-13% przypadków, z czego w większości dotyczy to kobiet i osób starszych (Talarowska i wsp., 2009). Zauważono większą skłonność do występowania depresji i lęku u kobiet niż u mężczyzn z ciężką postacią POChP, co także wiąże się z częstszą obecnością urazów psychicznych w życiu dorosłym wśród kobiet niż wśród mężczyzn. Wykazano także pozytywny związek pomiędzy nasileniem objawów lęku i depresji oraz obecnością urazów psychicznych i negatywny związek z poczuciem koherencji (Potoczek i wsp., 2008a). Badania wskazują na dodatnią korelację pomiędzy

występowaniem depresji wśród chorych na POChP a wyższym wykształceniem chorych i ich statusem społeczno-ekonomicznym. Należy zaznaczyć, że istnieją dowody naukowe na temat korzystnego wpływu terapii poznawczo-behawioralnej stosowanej wśród pacjentów z POChP z objawami lęku i depresji, na znaczącą poprawę jakości życia tych chorych (Talarowska i wsp., 2009). W badaniach nad poczuciem koherencji a depresją, zespołem lęku napadowego i funkcjonowaniem w rodzinie pacjentów z ciężką postacią POChP wykazano ujemną zależność. Większe nasilenie objawów lękowych i depresji ujemnie korelowało z poczuciem koherencji, niektórymi mechanizmami obronnymi oraz funkcjonowaniem w rodzinie. Czas trwania choroby nie był związany z nasileniem objawów lęku i depresji w badanej grupie chorych. Jednakże im dłużej trwała choroba tym niższe było poczucie koherencji i większa skłonność do stosowania mechanizmów obronnych. Opisane zależności miały istotny wpływ na jakość życia w badanej grupie chorych (Potoczek i wsp., 2008b).

Wśród czynników psychologicznych wpływających na jakość życia w chorobie przewlekłej wymienia się także zasoby osobiste związane z pozytywnymi emocjami, do których należy optymizm. W modelu salutogenezy Antonovsky'ego A. zwraca się uwagę na te zasoby odpornościowe, którymi dysponuje człowiek w sytuacji trudnej, (radzenia sobie ze stresem), związane z cechami człowieka i środowiska, w którym funkcjonuje a także cechami społecznymi i kulturowymi zapewniającymi wsparcie i pomoc w skutecznym pokonywaniu trudności (Sęk, 2003 za: Antonovsky 1987). Przyjęty sposób, strategia radzenia sobie ze stresem, może między innymi charakteryzować się stylem atrybucji w wyjaśnianiu tego co się wydarzyło i przyjąć postać pesymistycznego lub optymistycznego postrzegania rzeczywistości. Wśród licznych badań dotyczących wpływu pozytywnego nastawienia do radzenia sobie w sytuacji trudnej, którą niewątpliwie jest choroba, zwrócono uwagę na znacząco lepsze zdrowie wśród równolatków, którzy przyjęli optymistyczny sposób wyjaśniania zdarzeń. Zdrowie osób z pesymistycznym stylem, podatnym na bezradność było znamiennie gorsze (Mc Dermott i O'Connor, 2001). Z badań wynika, że osoby optymistyczne chętniej biorą odpowiedzialność za swoje zdrowie, zapobiegając bezradności i promując zdrowy tryb życia. Pesymiści w sytuacji trudnej są pasywni, nie szukają pomocy i wsparcia wśród innych osób, co wpływa niekorzystnie na utrzymanie zdrowia i dobrej jakości życia (Seligman, 1993).

2.3. Czynniki socjodemograficzne a jakość życia w chorobach przewlekłych

Opisując czynniki, które warunkują zdrowie w ujęciu holistycznym, B. Dudek zwraca uwagę na czynniki psychospołeczne, na które to składają się dwie grupy zjawisk: skupiające zmienne określające cechy charakterystyczne dla danej osobowości, sposobu jej zachowania, uznawanych wartości i poglądów oraz stanowiące drugą grupę określające cechy funkcjonowania danej osoby w środowisku społecznym oraz rodzinnym (Dudek, 2005).

Na podstawie tak wyznaczonego zakresu zjawisk skupiających się wokół czynników psychospołecznych, ważnym staje się dokładniejsze przyjrzenie się grupie czynników, które określane są jako socjoekonomiczne, społeczno-demograficzne czy socjodemograficzne. Czynniki te według J. Rutkowskiego, będące obiektywnymi wskaźnikami modyfikującymi warunki życia człowieka, w tym jego funkcjonowanie społeczne, pozwalają ocenić jakość życia z perspektywy niezależnej od odczuć chorego. Brane pod uwagę na równi z czynnikami subiektywnymi, określającymi stopień zadowolenia z życia, w perspektywie oczekiwań, postrzegania przyszłości, odniesienia do przeszłości, mogą w pełni kształtować jakość życia (Rutkowski, 1988).

W prowadzonych badaniach nad wpływem wybranych czynników socjo-demograficznych na jakość życia chorych cierpiących na różnego rodzaju choroby przewlekłe, do których należą: stwardnienie rozsiane, udar mózgu, choroba niedokrwienna serca, główną rolę odegrały: wiek badanych, źródło utrzymania, aktywność zawodowa, otrzymywane wsparcie społeczne (Karakiewicz i wsp., 2010; Zawadzka i wsp., 2014; Tylka i Bajcar, 2005).

W literaturze istnieje zdecydowany brak opracowań dotyczących wpływu obiektywnych czynników socjodemograficznych na jakość życia chorych na przewlekłe choroby układu oddechowego, a szczególnie na POChP. Jednakże zebrane doniesienia pozwoliły podkreślić znamienną rolę tych czynników w badaniach prowadzonych przez K. Bąk-Drabik i D. Ziora, w których wykazano lepszą jakość życia wśród osób chorych na POChP, posiadających wykształcenie wyższe, wykonujących pracę umysłową, czynnych zawodowo i uzyskujących wyższy dochód miesięczny (Bąk-Drabik i Ziora, 2010).

W innych badanich prowadzonych przez E. Grochans i współautorów wybrane czynniki społeczno-demograficzne, wśród których wymienia się płeć, wiek, status

zatrudnienia miały także istotny wpływ na jakość życia chorych na POChP. Badania E. Grochans i współautorów potwierdziły również, że osoby czynne zawodowo i pracujące umysłowo miały lepszą jakość życia. Płeć badanych natomiast nie odgrywała istotnego wpływu na ich jakość życia, natomiast wraz z wiekiem respondentów jakość życia ulegała pogorszeniu (Grochans i wsp., 2013).

Obecność somatycznej choroby przewlekłej powoduje często pojawienie się poczucia niższej jakości życia. Wynika to często z dokonanej przez pacjenta oceny obecnego odczuwanego stanu i dalszego jego funkcjonowania w odniesieniu do stanu wcześniejszego organizmu, swych odczuć somatycznych, sprawności fizycznej, kondycji psychicznej a także sytuacji społecznej (Raniszewska - Wyrwa, 2013).

Choroba przewlekła łączy się z odczuwanymi dolegliwościami, mającymi charakter nieodwracalny, postępujący, powodujący często inwalidztwo, skutkującymi znacznymi zmianami w sposobie funkcjonowania, zmianą pełnionych ról społecznych, uzależnieniem od innych, przerwaniem pracy, utratą zdolności zarobkowania a przez to pogorszeniem sytuacji materialnej chorego i jego rodziny.

Ocena jakości życia dokonana przez chorego wiąże się z rozpoznaniem i rokowaniem choroby, możliwością kontroli i efektami uczenia się jak z nią żyć, z poczuciem lęku, poczuciem braku własnej skuteczności, bezradnością, a czsem nawet utratą nadziei. Odczuwany przez pacjenta smutek, lęk, złość, poczucie krzywdy lub osamotnienie mogą mieć wpływ nie tylko na stan samego chorego, ale i na relacje interpersonalne z osobami z najbliższego jego otoczenia, zarówno rodziny jak i fachowego personelu medycznego.

Dla chorego duże znaczenie ma ich spojrzenie na niego i jego chorobę. Poczucie zrozumienia, akceptacji i podmiotowego traktowania może mieć wpływ na udział chorego w procesie leczenia, podobny do obiektywnych czynników determinujących jakość życia.

Szczegółowa analiza jej uwarunkowań psychospołecznych i obiektywnych czynników, które ją determinują stanowi zatem ważny problem praktyczny i naukowy.

II. CZĘŚĆ METODOLOGICZNA

3. Metodologia badań

3.1. Cel pracy i problemy badawcze

Biorąc pod uwagę znaczenie jakie ma jakość życia w chorobach przewlekłych, do których należy POChP, ogólnym celem przeprowadzonych badań stała się ocena wybranych uwarunkowań jakości życia pacjentów hospitalizowanych z powodu POChP, ze szczególnym uwzględnieniem czynników psychologicznych.

Dla realizacji tak określonego celu sformułowano kilka, wymienionych poniżej, problemów badawczych.

Problemy badawcze

1. Czy istnieje związek pomiędzy zaawansowaniem choroby a jakością życia pacjentów hospitalizowanych z powodu POCHP?
2. Czy istnieje związek pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi (stan cywilny, wykształcenie, aktywność zawodowa, miejsce zamieszkania, otrzymywane wsparcie) a jakością życia pacjentów hospitalizowanych z powodu POChP ?
3. Czy istnieje związek pomiędzy poziomem lęku (lęk jako cecha osobowości) a jakością życia pacjentów hospitalizowanych z powodu POChP ?
4. Czy istnieje związek pomiędzy optymizmem a jakością życia pacjentów hospitalizowanych z powodu POChP ?
5. Czy istnieje związek pomiędzy poczuciem koherencji i jej składowymi a jakością życia pacjentów hospitalizowanych z powodu POChP ?
6. Jaki rodzaj czynników (poczucie koherencji, optymizm, poczucie lęku, zmienne psychospołeczne, poziom zaawansowania choroby) jest najsilniej związany z poziomem jakości życia pacjentów hospitalizowanych z powodu POChP ?

Hipotezy badawcze

1. Istnieje negatywny związek pomiędzy stopniem zaawansowania choroby a jakością życia pacjentów hospitalizowanych z powodu POChP.
2. Istnieje związek pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi a jakością życia pacjentów hospitalizowanych z powodu POChP.
3. Istnieje negatywny związek pomiędzy poziomem lęku (lęk jako cecha osobowości) a jakością życia pacjentów hospitalizowanych z powodu POChP.
4. Istnieje pozytywny związek pomiędzy optymizmem a jakością życia pacjentów hospitalizowanych z powodu POChP.
5. Istnieje pozytywny związek pomiędzy ogólnym poczuciem koherencji i jego składowymi a jakością życia pacjentów hospitalizowanych z powodu POChP.
6. Jakość życia pacjentów hospitalizowanych z powodu POChP jest silniej związana z czynnikami o charakterze psychologicznym (poczucie koherencji, optymizm, lęk) niż ze stopniem zaawansowania choroby (nasilenie duszności) oraz ze zmiennymi socjodemograficznymi.

Zmienne niezależne

1. Stan zaawansowania choroby (stopień nasilenia duszności wg Skali MRC).
2. Zmienne socjodemograficzne (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, aktywność zawodowa, wsparcie społeczne).
3. Lęk jako względnie stała cecha osobowości (kwestionariusz STAI, X-2).
4. Poziom optymizmu (kwestionariusz LOT-R).
5. Ogólne poczucie koherencji (kwestionariusz SOC-13).
6. Poczucie zrozumiałości (SOC-13).
7. Poczucie sensu (SOC-13).
8. Poczucie zaradności (SOC-13).

Zmienne zależne

1. Ogólna jakość życia (Skala Satysfakcji z Życia - SWLS).
2. Jakość życia związana ze zdrowiem (Skala Samooceny Jakości Życia-SJŻ).
3. Specyficzna jakość życia związana z chorobą (kwestionariusz SGRQ).

3.2. Grupa badana

Badania przeprowadzono w Specjalistycznym Zespole Gruźlicy i Chorób Płuc w Rzeszowie, w województwie podkarpackim, metodą bezpośrednią: poprzez osobisty kontakt ankietera z badanymi oraz metodą pośrednią, poprzez udostępnioną dokumentację medyczną. Badania miały charakter celowy. Została nimi objęta 200 osobowa grupa pacjentów hospitalizowanych z powodu POChP, w okresie od kwietnia 2013 roku do lutego 2014 roku. Po uzyskaniu dobrowolnej zgody pacjentów na prowadzenie badań i po ocenie stopnia nasilenia objawów, chorzy otrzymywali do wypełnienia te same narzędzia badawcze. Badania były prowadzone po upływie drugiej doby od momentu hospitalizacji (po adaptacji pacjenta do warunków szpitala).

Na badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Rzeszowskim. Uchwała Nr 1/10/2011, z dnia 19.X.2011 roku.

Kryteria doboru pacjentów do badań:

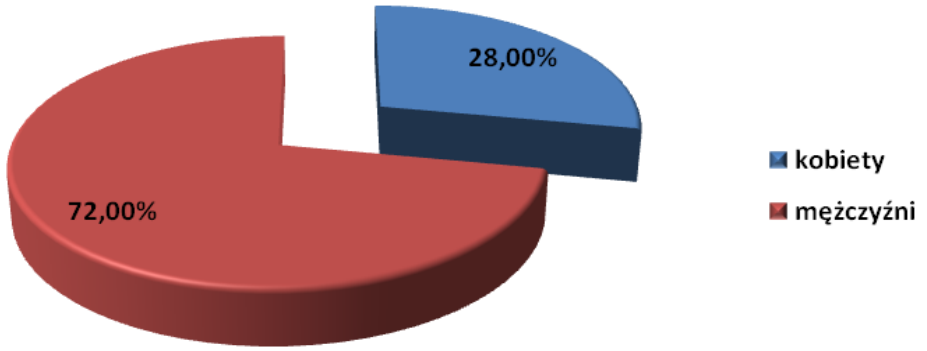
- pacjenci wyrażający dobrowolną zgodę na udział w badaniu;
- pacjenci pełnoletni;
- pacjenci w ogólnie dobrym stanie psychicznym, pozwalającym na dobry kontakt werbalny i rzetelne wypełnienie kwestionariuszy testowych;
- względnie dobry stan fizyczny - pacjenci nie cierpiący z powodu silnej duszności uniemożliwiającej prowadzenie badań;
- pacjenci hospitalizowani 2 doby lub dłużej (do 14 dni).

Kryteria wykluczenia:

- brak zgody na udział w badaniu,
- pacjenci niepełnoletni,
- ogólnie zły stan psychiczny pacjentów, nie pozwalający na dobry kontakt werbalny,
- zły stan fizyczny - pacjenci cierpiący z powodu silnej duszności uniemożliwiającej prowadzenie badań,
- pacjenci hospitalizowani krócej niż 2 doby.

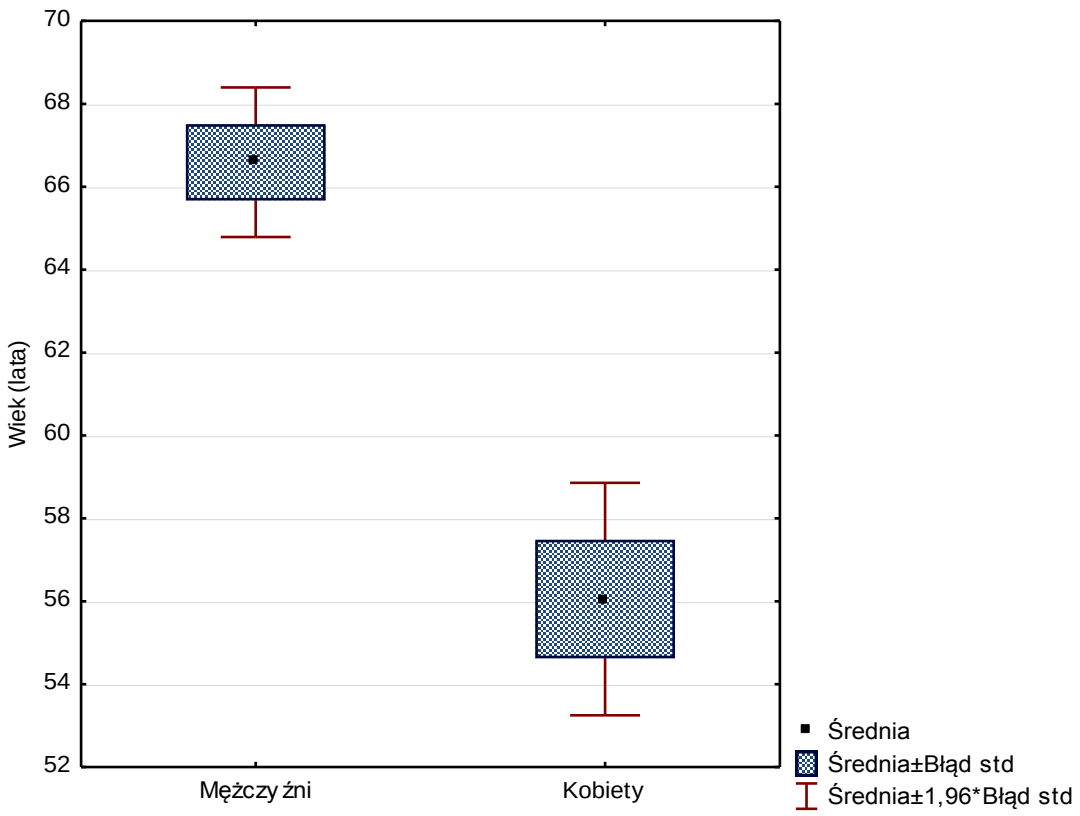
3.3. Szczegółowa charakterystyka badanej grupy

Jak podano wcześniej, badaniami objęto 200 pacjentów hospitalizowanych z powodu POChP. Wśród ankietowanych 72,00%, (n=144) stanowili mężczyźni, natomiast 28,00%, (n=56) kobiety, (ryc. 1).



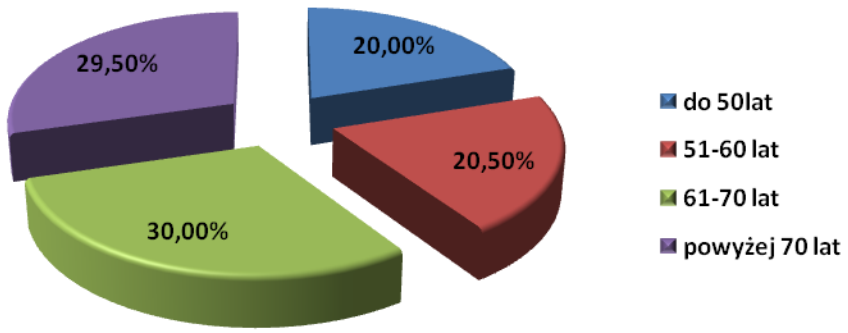
Ryc. 1. Rozkład badanych z uwzględnieniem płci.

Średnia wieku osób badanych wynosiła 63,64 ± 11,91 lat (od 41 do 87 lat). Średni wiek kobiet to 56,05 ± 10,71 lat, zaś mężczyzn 66,59 ± 11,05 lat (ryc. 2).



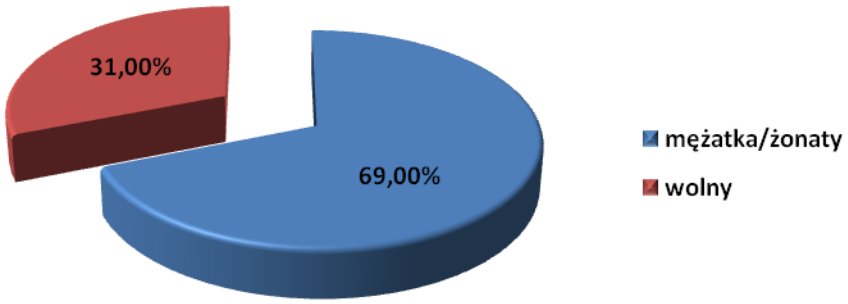
Ryc. 2. Średnia wieku w grupie kobiet i mężczyzn.

Badani w wieku do 50 lat stanowili 20,00% (n=40) natomiast w wieku od 41 do 50 lat 20,50% (n=41), w wieku od 61 do 70 lat 30,00% (n=60) i powyżej 70 lat 29,50%, (n=59, ryc. 3).



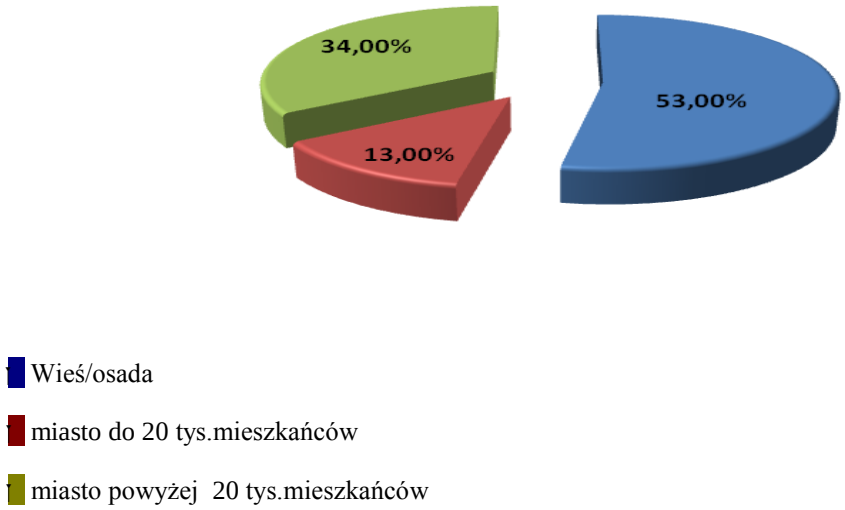
Ryc.3. Rozkład badanych z uwzględnieniem grup wiekowych.

Respondenci to w większości osoby będące w związku małżeńskim, (n=138; 69,00%), natomiast w stanie wolnym (panna, kawaler, wdowa, wdowiec) pozostawało 31,00% (n=62, ryc. 4).



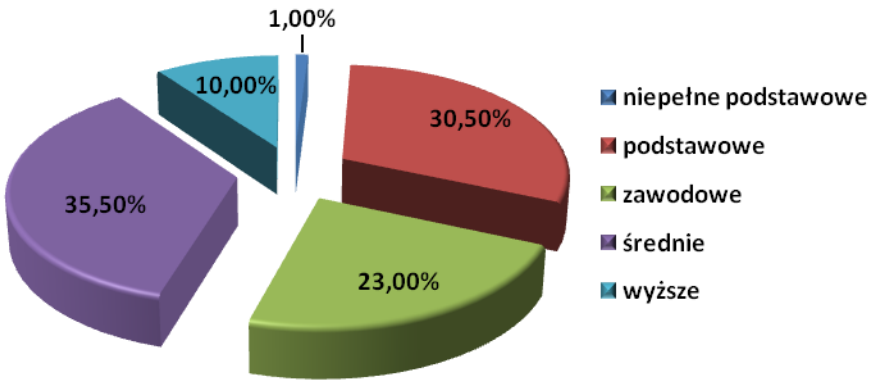
Ryc. 4. Rozkład badanych z uwzględnieniem stanu cywilnego.

Badani w 53,00%, (n=106) byli w większości mieszkańcami wsi lub osad (małych miejscowości, po byłym gospodarstwie rolnym), natomiast 13,00% (n=26) ankietowanych mieszkało w mieście do 20 tys. mieszkańców i 34,00% (n=68) w mieście powyżej 20 tys. mieszkańców (ryc. 5).



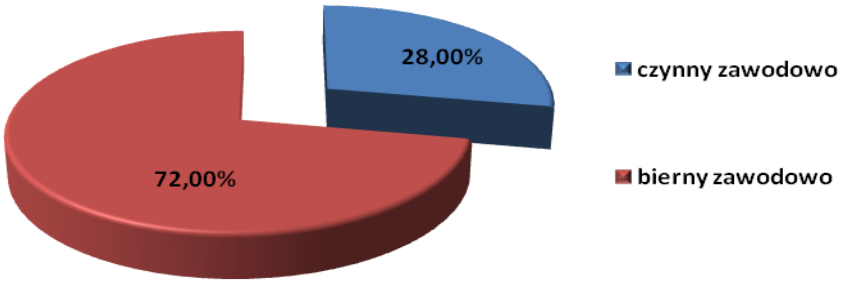
Ryc. 5. Rozkład badanych z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.

Respondenci w 35,50% (n=71) posiadali wykształcenie średnie, natomiast 30,50% (n=61) miało wykształcenie podstawowe, 23,00% (n=46) zawodowe, 10,00% (n=20) wyższe i 1,00% (n=2) niepełne podstawowe (ryc. 6).



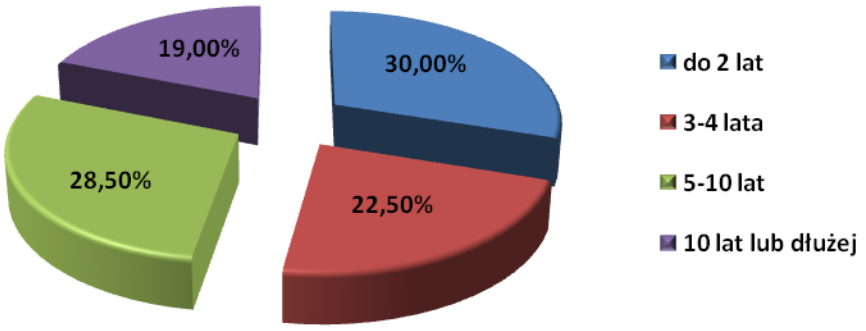
Ryc. 6. Rozkład badanych z uwzględnieniem wykształcenia.

W większości osoby badane były bierne zawodowo (n=144; 72,00%), natomiast 28,00% (n=56) badanych było aktywnych zawodowo (ryc. 7).



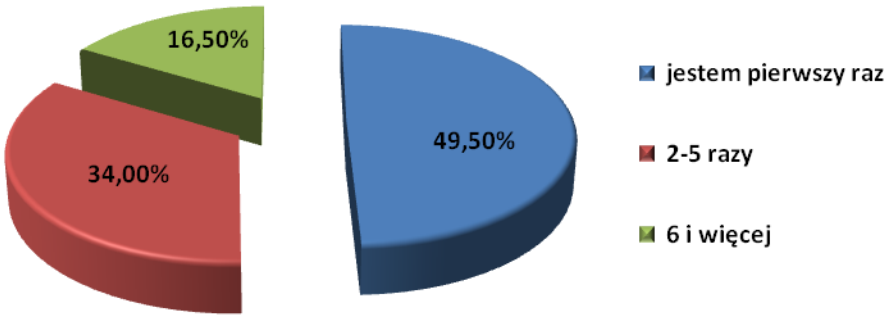
Ryc. 7. Rozkład badanych z uwzględnieniem aktywności zawodowej.

Średni czas trwania choroby wynosił 5,91 ± 5,75 lat (rozpiętość od 1 do 30 lat), Mediana (4 lata). Badani chorujący na schorzenia układu oddechowego do 2 lat stanowili 30,00% (n=60), natomiast od 3 do 4 lat 22,50% (n=45), od 5 do 10 lat 28,50% (n=57) oraz chorujący 10 lat lub dłużej 19,00% (n=38, ryc. 8).



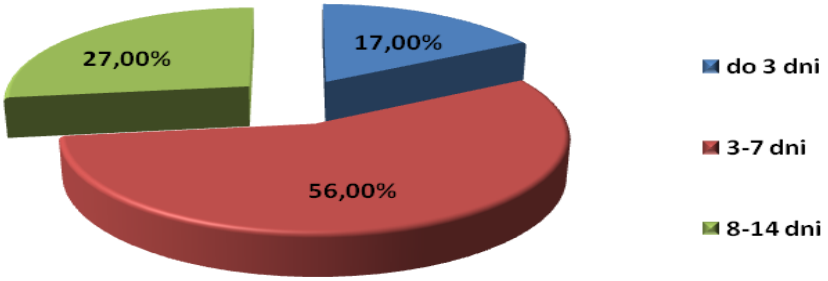
Ryc. 8. Rozkład badanych z uwzględnieniem czasu trwania choroby.

Dla większości badanych był to pierwszy pobyt w szpitalu (n=99; 49,50%), natomiast dla 34,00% (n=68) 2 -5 pobyt i dla 16,50% (n=33) 6 lub kolejny (ryc. 9).



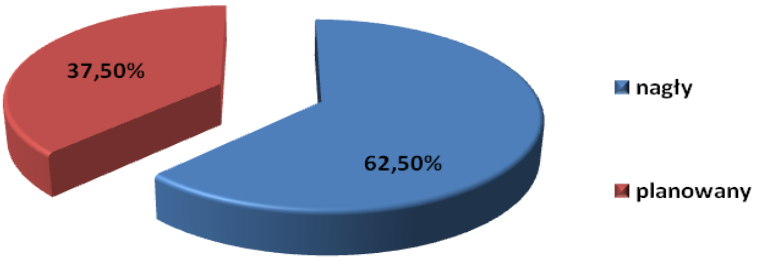
Ryc. 9. Rozkład badanych z uwzględnieniem liczby pobytów w szpitalu.

Średnia liczba dni pobytu w szpitalu wynosiła 6,33 ± 3,22 dni (od 5 do 14 dni). Pacjenci hospitalizowani do 3 dni stanowili 17,00% (n=34), natomiast 56,00% (n=112) pacjentów przebywało w szpitalu od 4 do 7 dni i 27,00% (n=54) 8 -14 dni (ryc. 10).



Ryc. 10. Rozkład badanych z uwzględnieniem czasu trwania hospitalizacji.

Pacjenci w 62,50% (n=125) byli przyjęci do szpitala w trybie nagłym, natomiast w 37,50% (n=75) w planowym (ryc. 11).



Ryc. 11. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem trybu przyjęcia do szpitala.

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że ankietowani w większości, poza POChP nie mieli innych, większych problemów zdrowotnych. Najczęściej występowały małe dolegliwości związane ze wzrokiem (37,50%), słuchem, (26,50%) oraz z kręgosłupem (28,50%), zaś rzadziej z utrzymaniem równowagą podczas chodzenia (15,50%), zapamiętywaniem (16,50%) i myśleniem-skupieniem uwagi (13,00%, tabela 1).

Tabela 1. Choroby współistniejące w badanej grupie

Problemy zdrowotne dotyczące:	Odpowiedzi							
	Bardzo duże		Duże		Małe		Brak	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Wzroku	8	4,00	27	13,50	75	37,50	90	45,00
Słuchu	7	3,50	10	5,00	53	26,50	130	65,00
Kręgosłupa (np. bóle)	12	6,00	31	15,50	57	28,50	100	50,00
Zaburzenia równowagi	8	4,00	16	8,00	31	15,50	145	72,50
Myślenia-skupienia uwagi	0	0,00	3	1,50	26	13,00	171	85,50
Zapamiętywania	1	0,50	7	3,50	33	16,50	159	79,50
Inne	0	0,00	24	12,00	0	0,00	176	88,00

n-liczba odpowiedzi

Najczęściej badani otrzymywali wsparcie od jednej osoby (42,50%) lub 2-3 osób (35,50%), natomiast rzadziej od 4 lub większej liczby osób (15,0%). Na podstawie liczby osób, które w deklaracjach osób badanych, udzielały im wsparcia, stwierdzono, że 43,50% (n=87) badanych posiadało niski poziom wsparcia, 39,50% (n=79) średni i 17,00% (n=34) wysoki. Otrzymane wyniki przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Liczba osób na których pomoc mogą liczyć badani

Liczba osób pomagających	Zawsze		Często		Rzadko	
	n	%	n	%	n	%
0-1 osoba (niski poziom wsparcia)	85	42,50%	0	0,00%	2	1,00%
2-3 osoby (średni poziom wsparcia)	71	35,50%	8	4,00%	0	0,00%
4 lub więcej osób (wysoki poziom wsparcia)	30	15,00%	4	2,00%	0	0,00%

n-liczba osób

Charakteryzując grupę badaną pod względem stopnia zaawansowania choroby za pomocą skali MRC oceniającej nasilenie duszności, stwierdzono, że badani najczęściej (34,00%) mieli 3 stopień nasilenia duszności (chory nie może przejść 100 m po płaskim terenie bez zatrzymania się celem nabrania oddechu), kolejno 23,00% - 2 stopień (pacjent musi się zatrzymywać do nabrania tchu, z powodu duszności chodzi wyraźnie wolniej od rówieśników), zaś 13,00% - 4 stopień (duszność spoczynkowa, uniemożliwiająca choremu opuszczenie domu lub samodzielne ubranie się). 22,00% badanych miało 1 stopień nasilenia duszności (duszność występuje przy wchodzeniu na niewielkie wzniesienie lub przy szybkim marszu). U 8,00% pacjentów duszność występowała tylko przy dużych wysiłkach (tabela 3).

Tabela 3. Ocena nasilenia duszności (Skala MRC)

Stopień duszności		n	%
0	Duszność występująca przy dużych wysiłkach.	16	8,00%
1	Duszność występuje przy wchodzeniu na niewielkie wzniesienie lub przy szybkim marszu.	44	22,00%
2	Pacjent musi się zatrzymywać do nabrania tchu, z powodu duszności chodzi wyraźnie wolniej od rówieśników.	46	23,00%
3	Chory nie może przejść 100 m po płaskim terenie bez zatrzymania się celem nabrania oddechu.	68	34,00%
4	Duszność spoczynkowa, uniemożliwiająca choremu opuszczenie domu lub samodzielne ubranie się.	26	13,00%

n-liczba osób

3.4. Metody i narzędzia badawcze

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego oraz analizę dokumentacji medycznej: Kartę gorączkową - opisującą między innymi czas trwania hospitalizacji oraz Historię pielęgnowania.

Zastosowane narzędzia badawcze to wymienione poniżej kwestionariusze i skale wypełniane przez respondenta w obecności prowadzącej badanie. Taki sposób badania pozwalał na zebranie dużej liczby informacji w niedługim czasie, umożliwiając wyjaśnienie ewentualnych niejasności w trakcie badania oraz dokładne zebranie informacji bez pomijania pytań (Kwestionariusze stosowanych w badaniach narzędzi znajdują się w aneksie).

Kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji - zawierał 17 pytań, z czego 14 to pytania zamknięte. Dotyczyły one danych socjo-demograficznych (stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie, źródło utrzymania), liczby hospitalizacji, wsparcia społecznego oraz ogólnej satysfakcji z kontaktu z personelem szpitala. Końcowe 3 pytania otwarte dotyczyły osobistych odczuć pacjenta towarzyszących ”zmaganiu się z chorobą” oraz określenia tego, co pacjentom pomagało najbardziej w radzeniu sobie z chorobą i jej skutkami oraz tego, co stanowiło dla nich największą trudność.

Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-13 - zawierał 13 pytań, odnoszących się do postawy wobec trzech najważniejszych dla poczucia koherencji aspektów życia człowieka. Każde pytanie zaopatrzone było w 7 punktową skalę szacunkową przy czym cyfry 1 i 7 oznaczały odpowiedzi skrajne. Wyniki obliczano za pomocą klucza, który pozwala określić wartość SOC i jego składowych. Kwestionariusz orientacji życiowej (SOC) A. Antonowskiego został zaadaptowany do warunków polskich w 1993 roku (Koniarek i wsp., 1993), natomiast kwestionariusz SOC-13 w 2001 roku (Zwoliński i wsp., 2001).

Kwestionariusz LOT-R - służy do badania poziomu optymizmu – zawierał 10 stwierdzeń, którym przyporządkowane były 4 punktowe skale szacunkowe, gdzie 0 oznaczało - ”zdecydowanie nie odnosi się do mnie” a 4 - ”zdecydowanie odnosi się do mnie”. Autorami kwestionariusza są M.F. Scheier, C.S. Carter, W. Bridges. Polskiej adaptacji dokonali R. Poprawa i Z. Juczyński (Juczyński, 2009).

Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) - skala ta bada poziom ogólnej satysfakcji z życia, którą można traktować zamiennie z pojęciem jakości życia.Autorami skali są E. Diener, R.O. Emmons, R.J. Larsen, S. Griffin. Skala ta składa się z pięciu twierdzeń. Badany oceniał na siedmiostopniowej skali w jakim stopniu każde z nich odnosi się do jego dotychczasowego życia. Uzyskany wynik mieścił się w obszarze od 5 do 35 punktów (Juczyński, 2001).

Skala Samooceny Jakości Życia (SJŻ) – jest skalą wizualną, mającą graficzną postać drabiny ze stopniami oznaczonymi kolejno numerami od 0 do 10. Powyżej znajdował się tekst wyjaśniający, że 0 oznacza najgorsze a 10 najlepsze życie . Ankietowany zaznacza jakie jest jego życie w chwili obecnej, stawiając znak X w odpowiednim miejscu. Przyjąć należy, że 6 punktów lub więcej oznacza znaczne zadowolenie z życia, zaś wynik poniżej wskazuje na osoby niezadowolone z życia.

W literaturze przedmiotu drabinka Cantrila wskazywana jest jako użyteczne narzędzie wykorzystywane między innymi do oceny jakości życia związanej ze stanem zdrowia (Mazur i wsp., 2009). Po raz pierwszy narzędzie to zostało opublikowane w 1965 roku (Cantril, 1965) i do chwili obecnej jest często wykorzystywane w różnych badaniach.

Kwestionariusz Specyficznej Jakości Życia SGRQ - jest narzędziem służącym do badania jakości życia chorych ze schorzeniami układu oddechowego w tym POChP. Zawiera pytania zgrupowane w trzech podskalach, dotyczących kolejno objawów, aktywności własnej oraz wpływu choroby na życie. Poszczególnym odpowiedziom na pytania przypisana jest doświadczalnie liczba punktów, których suma stanowi podstawę do obliczenia wyniku oceny. Wynik globalny otrzymany za pomocą SGRQ oraz wyniki dla poszczególnych podskal znajdują się między 0 (najmniejsze upośledzenie jakości życia) a 100 (największe upośledzenie jakości życia). Kwestionariusz ten, cytowany jest w literaturze jako trafne narzędzie do oceny jakości życia osób ze schorzeniami układu oddechowego (Bąk-Drabik i Ziora, 2004; Ståhl i wsp., 2005). Na wykorzystanie w badaniach własnych tego narzędzia uzyskano zgodę Autora, nie ograniczoną konkretnymi ramami czasowymi. (The permission for Margaret Kochman to use the St George's Respiratory Questionnaire in her thesis about chronic obstructive lung disease. Professor Paul Jones, PhD FRCP Professor of Respiratory Medicine**.** London, 25 June 2010).

Kwestionariusz Samooceny STAI, ARKUSZ X-2 - służy do oceny cechy lęku. Kwestionariusz ten umożliwia określenie lęku jako pewnej stałej, osobowościowej cechy (STAI,X-2). Wypełniając inwentarz, badany zaznacza na arkuszu dla każdego z 20 pytań jedną z czterech możliwych odpowiedzi, która najlepiej określa nasilenie objawu. Opisywany kwestionariusz autorstwa C.D. Spielbergera, R.I. Gorsucha i R.E. Lushena, znalazł polską adaptację w 1996 roku (Wrześniewski i Sosnowski, 1996).

Skala Nasilenia Duszności MRC - (Medical Research Council) – skala ta stosowana jest w medycynie dla określenia stopnia nasilenia duszności. Jest wykorzystywana w ocenie stopnia zaawansowania chorób płuc, np. przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (Szczeklik, 2005). Obecnie w badaniach wykorzystuje się zmodyfikowaną skalę MRC (mMRC). W pracy własnej posłużono się skalą MRC, ze względu na fakt prowadzenia badań w latach 2013-2014 r. oraz wystąpienia o zgodę Komisji Bioetycznej w 2011 roku.

3.5. Opracowanie statystyczne wyników

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany i odchylenia standardowego, a dla cech niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Dla cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano przy pomocy testu W Shapiro-Wilka.

Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test U Manna-Whitneya (Z). Do porównania wielu grup zastosowano test Kruskala-Wallisa (H). Do oceny związku pomiędzy jakością życia a zmiennymi psychospołecznymi zastosowano korelację R Spearmana (R). Dla niepowiązanych cech jakościowych do oceny istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności Chi^2. Do oceny istnienia zależności między badanymi cechami również użyto testu niezależności Chi^2.

Dla oceny wielkości wyjaśnionej wariancji i identyfikacji czynników wyjaśniających jakość życia pacjentów z POChP zastosowano krokową analizę regresji, przyjmując jako kryterium wyłączenia dla F $p>0,01$. Wyniki analizy regresji przedstawiono podając wartości skorygowanego współczynnika determinacji (R^2), informującego o wielkości wyjaśnianej zmiennej zależnej przez zmienne niezależne oraz wartości współczynników parametrów modelu (Beta). Podano także, wartości i poziomy istotności testu t, testującego istotność każdego parametru równania oraz wartości i poziomy istotności testu F testującego wartości wszystkich parametrów razem. Dodatkowo, podano wartość współczynnika korelacji cząstkowej informującego o wkładzie danej zmiennej niezależnej w wyjaśnienie zmienności zmiennej zależnej.

Przyjęto poziom istotności $p<0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 10.0 PL (StatSoft, Polska).

III. CZĘŚĆ EMPIRYCZNA

4. Wyniki badań

4.1. Stopień zaawansowania choroby a jakość życia pacjentów z POChP

4.1.1. Stopień zaawansowania choroby w badanej grupie chorych z POChP

Szczegółowej ocenie badanej grupy chorych z rozpoznaną POChP pod względem stopnia zaawansowania choroby, posłużyły takie wskaźniki, jak: nasilenie duszności, tryb przyjęcia do szpitala (nagły - świadczący o zaostrzeniu choroby lub planowy - w okresie remisji), czas trwania choroby oraz liczba dni hospitalizacji.

Charakteryzując badanych pod względem nasilenia duszności, biorąc pod uwagę płeć ankietowanych stwierdzono, że duszność IV stopnia występowała częściej wśród mężczyzn, (17,36%) niż wśród kobiet (1,79%). Wykazany związek, okazał się istotny statystycznie (p=0,0002). Być może różnice te wiążą się z wyższym wiekiem w grupie mężczyzn i późniejszym podejmowaniem leczenia przez mężczyzn w stosunku do kobiet i stąd stopień nasilenia duszności jest w tej grupie badanych znacznie wyższy.

W celu wykonania analizy statystycznej stopień duszności 0 i I połączono w jedną grupę I, ze względu na małą liczebność w grupie 0 (tabela 4).

Tabela 4. Ocena nasilenia duszności (MRC) z uwzględnieniem płci

Płeć	Stopień duszności				Ogółem
	I	II	III	IV	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Kobiety	26 (46,43)	17 (30,35)	12 (21,43)	1 (1,79)	56 (100,00)
Mężczyźni	34 (23,61)	29 (20,14)	56 (38,89)	25 (17,36)	144 (100,00)
Razem	60 (30,00)	46 (23,00)	68 (34,00)	26 (13,00)	200 (100,00)
*Analiza statystyczna :Chi^2=19,97; p=0,0002**					

n- liczba osób; p - poziom istotności; * - oznacza wysoki poziom istotności

Badani w wieku powyżej 70 lat zdecydowanie częściej mieli IV stopień duszności (30,51%) w porównaniu z badanymi w wieku 61-70 lat (8,33%) i badanymi w wieku 51-60 lat (7,32%) oraz z badanymi do 50 lat. Wykazano istotny związek pomiędzy oceną nasilenia duszności (MRC) a wiekiem, (p<0,0000; tabela 5).

Tabela 5. Ocena nasilenia duszności (MRC) z uwzględnieniem wieku

Wiek	Stopień duszności				Ogółem
	I	II	III	IV	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Do 50 lat	27 (67,50)	7 (17,50)	6 (15,00)	0 (0,00)	40 (100,00)
51-60 lat	18 (43,90)	12 (29,27)	8 (19,51)	3 (7,32)	41 (100,00)
61-70 lat	15 (25,00)	14 (23,33)	26 (43,34)	5 (8,33)	60 (100,00)
Powyżej 70 lat	0 (0,00)	13 (22,03)	28 (47,46)	18 (30,51)	59 (100,00)
Razem	60 (30,00)	46 (23,00)	68 (34,00)	26 (13,00)	200 (100,00)
*Analiza statystyczna :Chi^2=73,44; p<0,00001**					

n- liczba osób; p - poziom istotności; * - oznacza wysoki poziom istotności

Osoby chorujące 10 lat lub dłużej zdecydowanie częściej miały IV stopień duszności, (34,21%) w porównaniu z chorującymi krócej 5-10 lat (17,54%), 3-4 lata, (6,67%) lub do 2 lat. Stwierdzono istotny związek pomiędzy oceną stopnia nasilenia duszności a czasem trwania choroby, (p<0,00001; tabela 6). Wraz z czasem trwania choroby rośnie jej stopień nasilenia.

Tabela 6. Ocena nasilenia duszności (MRC) z uwzględnieniem czasu trwania choroby

Czas trwania choroby	Stopień duszności				Ogółem
	I	II	III	IV	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Do 2 lat	38 (63,33)	16 (26,67)	6 (10,00)	0 (0,00)	60 (100,00)
3-4 lat	12 (26,67)	14 (31,10)	16 (35,56)	3 (6,67)	45 (100,00)
5-10 lat	6 (10,53)	7 (12,28)	34 (59,65)	10 (17,54)	57 (100,00)
10 lat i dłużej	4 (10,53)	9 (23,68)	12 (31,58)	13 (34,21)	38 (100,00)
Razem	60 (30,00)	46 (23,00)	68 (34,00)	26 (13,00)	200 (100,00)
*Analiza statystyczna: Chi^2=83,44; p<0,00001**					

n- liczba osób; p - poziom istotności; * - oznacza wysoki poziom istotności

Badani hospitalizowani szósty raz lub kolejny - częściej mieli IV stopień nasilenia duszności (54,55%) w porównaniu z osobami będącymi w szpitalu 2-5 razy, (7,35%) lub pierwszy oraz (3,03%). Wykazany związek pomiędzy oceną nasilenia duszności a liczbą hospitalizacji był istotny statystycznie (p<0,0000; tabela 7).

Tabela 7. Ocena nasilenia duszności (MRC) z uwzględnieniem liczby hospitalizacji

Liczba hospitalizacji	Stopień duszności				Ogółem
	I	II	III	IV	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Pierwsza	45 (45,45)	28 (28,29)	23 (23,23)	3 (3,03)	99 (100,00)
2-5 razy	14 (20,59)	17 (25,00)	32 (47,06)	5 (7,35)	68 (100,00)
6 razy lub kolejny	1 (3,03)	1 (3,03)	13 (39,39)	18 (54,55)	33 (100,00)
Razem	60 (30,00)	46 (23,00)	68 (34,00)	26 (13,00)	200 (100,00)
*Analiza statystyczna: Chi^2=85,05; p<0,00001**					

n- liczba osób; p - poziom istotności; * - oznacza wysoki poziom istotności

Chorzy przebywający w szpitalu 8-14 dni, znacznie częściej mieli IV stopień nasilenia duszności (27,78%) w porównaniu z pacjentami przebywającymi krócej, tj. 4-7 dni (8,04%) lub do 3 dni (5,88%). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie (p=0,02; tabela 8).

Tabela 8. Ocena nasilenia duszności (MRC) z uwzględnieniem liczby dni hospitalizacji

Liczba dni hospitalizacji	Stopień duszności				Ogółem
	I	II	III	IV	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Do 3 dni	13 (38,24)	7 (20,59)	12 (35,29)	2 (5,88)	34 (100,00)
4-7 dni	35 (31,25)	28 (25,00)	40 (35,71)	9 (8,04)	112 (100,00)
8-14 dni	12 (22,22)	11 (20,37)	16 (29,63)	15 (27,78)	54 (100,00)
Razem	60 (30,00)	46 (23,00)	68 (34,00)	26 (13,00)	200 (100,00)
*Analiza statystyczna: Chi^2=15,29; p=0,02**					

n- liczba osób; p - poziom istotności; * - oznacza wysoki poziom istotności

Pacjenci przyjęci do szpitala w trybie nagłym częściej mieli IV stopień nasilenia duszności (17,60%) w porównaniu z chorymi przyjętymi planowo (5,34%). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie (p=0,02; tabela 9).

Tabela 9. Ocena nasilenia duszności (MRC) z uwzględnieniem trybu przyjęcia do szpitala

Tryb przyjęcia	Stopień duszności				Ogółem
	I	II	III	IV	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Nagły	33 (26,40)	24 (19,20)	46 (36,80)	22 (17,60)	125 (100,00)
Planowy	27 (36,00)	22 (29,33)	22 (29,33)	4 (5,34)	75 (100,00)
Razem	60 (30,00)	46 (23,00)	68 (34,00)	26 (13,00)	200 (100,00)
*Analiza statystyczna: Chi^2=9,72; p=0,02**					

n- liczba osób; p - poziom istotności; * - oznacza wysoki poziom istotności

Podsumowując ten fragment analizy wyników można stwierdzić, że stopień nasilenia duszności (a więc zaawansowania choroby) był wyższy w badanej grupie mężczyzn w porównaniu z grupą kobiet, a ponadto w sposób pozytywny wiązał się z wiekiem, czasem trwania choroby, liczbą hospitalizacji i liczbą dni pobytu w szpitalu oraz trybem nagłym przyjęcia do szpitala.

4.1.2. Stopień zaawansowania choroby a ogólna jakość życia

Wykazano, że wbrew oczekiwaniom, stopnień nasilenia duszności nie różnicował w sposób istotny ogólnego poziomu jakości życia (SWLS) (p=0,12; tabela 10).

Tabela 10. Stopień nasilenia choroby (MRC) a ogólna jakość życia (SWLS)

Stopień nasilenia duszności	Poziom satysfakcji z życia			Ogółem
	Niski	Przeciętny	Wysoki	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
I	5 (8,33)	31 (51,67)	24 (40,00)	60 (100,00)
II	13 (28,26)	18 (39,13)	15 (32,61)	46 (100,00)
III	15 (22,06)	26 (38,24)	27 (39,71)	68 (100,00)
IV	4 (15,38)	15 (57,69)	7 (26,92)	26 (100,00)
Razem	37 (18,50)	90 (45,00)	73 (36,50)	200 (100,00)
Analiza statystyczna: Chi^2=10,13; p=0,12				

n- liczba osób; p - poziom istotności

Wykazano również brak związku pomiędzy czasem trwania choroby a ogólną jakością życia (p=0,27; tabela 11).

Tabela 11. Czas trwania choroby a ogólna jakość życia (SWLS)

Czas trwania choroby	Poziom satysfakcji z życia			Ogółem
	Niski	Przeciętny	Wysoki	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Do 2 lat	6 (10,00)	26 (43,33)	28 (46,67)	60 (100,00)
3-4 lat	11 (24,44)	21 (46,67)	13 (28,89)	45 (100,00)
5-10 lat	13 (22,81)	23 (40,35)	21 (36,84)	57 (100,00)
10 lat i dłużej	7 (18,42)	20 (52,63)	11 (28,95)	38 (100,00)
Razem	37 (18,50)	90 (45,00)	73 (36,50)	200 (100,00)
Analiza statystyczna: Chi^2=7,61; p=0,27				

n- liczba osób; p - poziom istotności

Podobnie nie wykazano statystycznie istotnego związku pomiędzy liczbą hospitalizacji a ogólną jakością życia (p=0,23; tabela 12).

Tabela 12. Liczba hospitalizacji a ogólna jakość życia (SWLS)

Liczba hospitalizacji	Poziom satysfakcji z życia			Ogółem
	Niski	Przeciętny	Wysoki	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Pierwsza	14 (14,14)	44 (44,44)	41 (41,41)	99 (100,00)
2-5 raz	13 (19,12)	31 (45,59)	24 (35,29)	68 (100,00)
6 raz lub kolejny	10 (30,30)	15 (45,45)	8 (24,24)	33 (100,00)
Razem	37 (18,50)	90 (45,00)	73 (36,50)	200 (100,00)
Analiza statystyczna: Chi^2=5,57; p=0,23				

n- liczba osób; p - poziom istotności

Kolejna analiza dotycząca związku pomiędzy czasem hospitalizacji a ogólną satysfakcją z życia również nie potwierdziła występowania istotnej zależności (p=0,15; tabela 13).

Tabela 13. Liczba dni hospitalizacji a ogólna jakość życia (SWLS)

Liczba dni hospitalizacji	Poziom satysfakcji z życia			Ogółem
	Niski	Przeciętny	Wysoki	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Do 3 dni	5 (14,71)	17 (50,00)	12 (35,29)	34 (100,00)
4-7 dni	18 (16,07)	46 (41,07)	48 (42,86)	112 (100,00)
8-14 dni	14 (25,93)	27 (50,00)	13 (24,07)	54 (100,00)
Razem	37 (18,50)	90 (45,00)	73 (36,50)	200 (100,00)
Analiza statystyczna: Chi^2=6,64; p=0,15				

n- liczba osób; p - poziom istotności

Podsumowując, można stwierdzić, że stopień zaawansowania choroby w różnych jej aspektach, nie zróżnicował istotnie badanych pod względem ogólnej, odczuwanej przez nich jakości życia. Dotyczyło to zarówno stopnia nasilenia duszności (p=0,12), czasu trwania choroby (p=0,27), liczby dni hospitalizacji (p=0,15), jak i liczby hospitalizacji (p=0,23). Tym samym hipoteza nr 1 nie potwierdziła się w odniesieniu do ogólnej jakości życia mierzonej testem SWLS. Jest to ciekawy i jak się wydaje ważny wynik, świadczący o tym, że pacjenci mogą zachować względnie wysoką ogólną jakość życia, nawet przy znacznym nasileniu objawów chorobowych.

4.1.3. Stopień zaawansowania choroby a jakość życia związana ze zdrowiem

W przypadku tego aspektu jakości życia (jakość życia związana ze zdrowiem) wykazano, że chorzy z I stopniem nasilenia duszności odczuwali istotnie lepszą jakość życia (mierzoną skalą SJŻ), w porównaniu z osobami z II, III, lub zwłaszcza IV stopniem nasilenia duszności. Stwierdzone różnice były wysoce istotne statystycznie (p<0,0001; tabela 14).

Tabela 14. Nasilenie objawów choroby (MRC) a jakość życia związana ze zdrowiem (SJŻ)

Stopień nasilenia duszności	Średnia	Odch.std.	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl
I	28,50	8,50	22,00	31,00	35,00
II	26,59	7,42	21,00	27,00	33,00
III	24,16	8,89	18,50	25,50	31,00
IV	16,81	10,13	9,00	13,50	30,00
*Analiza statystyczna: H=26,64; p<0,0001**					

H - wynik testu Kruskala-Wallisa; p - poziom istotności; *- oznacza wysoki poziom istotności

Badania wykazały ponadto, że ankietowani hospitalizowani po raz pierwszy odczuwali istotnie lepszą jakość życia związaną ze zdrowiem w porównaniu z badanymi dla których był to 2-5 pobyt lub zwłaszcza szósty lub kolejny pobyt w szpitalu. Stwierdzone różnice były wysoce istotne statystycznie (p<0,0001;tabela 15).

Tabela 15. Liczba pobytów w szpitalu a ocena jakości życia związanej ze zdrowiem (SJŻ)

Liczba pobytów w szpitalu	Średnia	Odch. std.	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl
Pierwszy raz	28,03	7,21	23,00	30,00	34,00
2-5 raz	25,51	9,16	19,00	26,50	33,50
6 raz lub kolejny	15,24	8,76	9,00	12,00	17,00
*Analiza statystyczna: H=39,26; p<0,0001**					

H - wynik testu Kruskala-Wallisa; p - poziom istotności; *- oznacza wysoki poziom istotności

Z analizy wynika również, że badani chorujący krócej, a więc do 2 lat oceniali lepiej swą jakość życia związaną ze zdrowiem, w porównaniu z pacjentami, którzy chorowali 3-4 lata, 5-10 lat lub dłużej (p<0,0001). W tym ostatnim przypadku jakość życia związana ze zdrowiem okazała się najniższa (tabela 16).

Tabela 16. Czas trwania choroby a ocena jakości życia związanej ze zdrowiem (SJŻ)

Czas trwania choroby	Średnia	Odch. std.	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl
Do 2 lat	29,68	7,75	26,50	30,50	36,00
3-4 lata	26,40	8,09	20,00	26,00	33,00
5-10 lat	23,53	9,29	17,00	24,00	31,00
10 lat i dłużej	18,50	8,77	12,00	18,00	28,00
*Analiza statystyczna: H=36,43; p<0,0001**					

H - wynik testu Kruskala-Wallisa; p - poziom istotności; *- oznacza wysoki poziom istotności

Analiza statystyczna nie wykazała natomiast istotnych różnic w ocenie jakości życia związanej ze zdrowiem, pomiędzy grupami różniącymi się czasem hospitalizacji (p=0,86; tabela 17).

Tabela 17. Liczba dni hospitalizacji a ocena jakości życia związanej ze zdrowiem (SJŻ)

Liczba dni hospitalizacji	Średnia	Odch.std.	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl
Do 3 dni	25,21	8,13	22,00	27,50	32,00
4-7 dni	25,54	8,69	19,00	26,50	33,00
8-14 dni	24,00	11,14	16,00	26,00	35,00
Analiza statystyczna: H=0,31; p=0,86					

H - wynik testu Kruskala-Wallisa; p - poziom istotności

Uogólniając krótko powyższy fragment analizy wyników, dotyczących tym razem jakości życia związanej ze zdrowiem, należy stwierdzić, że wyniki badań uzyskane za pomocą skali SJŻ, potwierdzają hipotezę nr 1. Zarówno stopień nasilenia duszności (p<0,0001), czas trwania choroby (p<0,0001) jak i liczba hospitalizacji, (p<0,0001), w sposób statystycznie istotny różnicowały ocenianą jakość życia badanych. Jedyny wyjątek stanowiła liczba dni hospitalizacji (p=0,86), która jak się okazało nie wpływała w sposób istotny na jakość życia związaną ze zdrowiem, mierzoną skalą SJŻ. W sumie, otrzymane dane wskazują, że zgodnie z oczekiwaniem wraz z rosnącymi wskaźnikami zaawansowania choroby, jakość życia związana ze zdrowiem u badanych pacjentów z POChP maleje (z wyjątkiem dni hospitalizacji, gdyż tu czynnikiem istotnym okazała się liczba hospitalizacji, a nie liczba dni pobytu w szpitalu) .

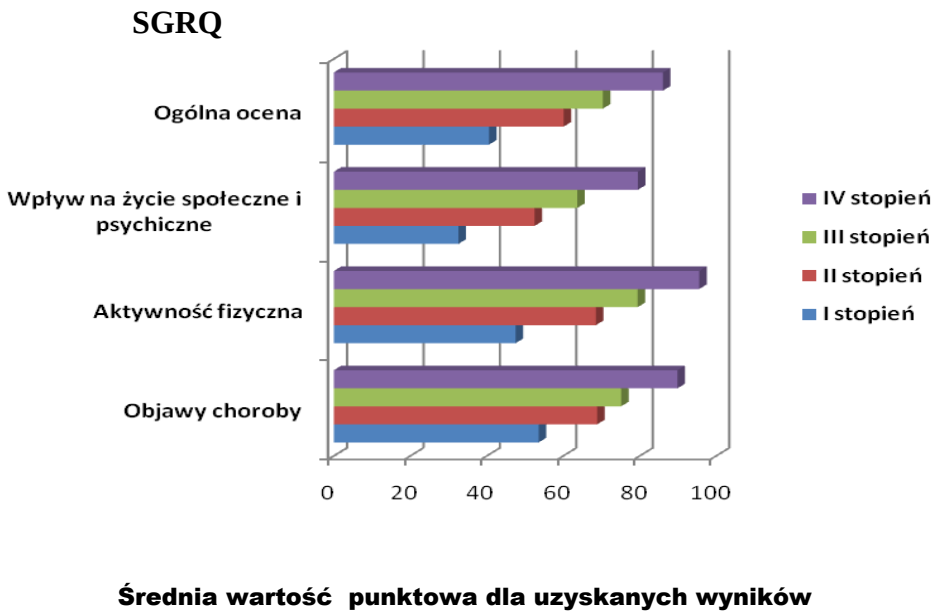
4.1.4. Stopień zaawansowania choroby a specyficzna jakość życia związana z POChP

W wyniku dalszej analizy statystycznej poświęconej problemowi specyficznej jakości życia dotyczącej POChP stwierdzono, że badani z I stopniem nasilenia duszności odczuwali istotnie lepszą specyficzną jakość życia związaną z POChP, mierzoną kwestionariuszem SGRQ we wszystkich podskalach tego kwestionariusza, w porównaniu z osobami z II, III czy IV stopniem nasilenia duszności (p<0,001; tabela 18; ryc. 12).

Tabela 18. Nasilenie duszności (MRC) a upośledzenie specyficznej jakości życia (SGRQ) w badanej grupie pacjentów.

Składowe	I stopień			II stopień			III stopień			IV stopień			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch. std.	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	H	p
Objawy choroby	53,60	53,71	19,55	68,87	73,49	17,49	75,17	77,47	16,87	89,91	95,09	10,46	68,06	<0,0001*
Aktywność fizyczna	47,55	47,52	19,84	68,57	69,30	14,97	79,52	79,01	12,00	95,60	99,83	6,71	109,62	<0,001*
Wpływ na życie społeczne i psychiczne	32,60	27,87	19,15	52,54	51,41	23,42	63,73	66,14	16,87	79,54	85,10	17,63	79,77	<0,0001*
Ogólna ocena upośledzenia jakości życia	40,62	39,69	17,51	60,11	60,48	17,67	70,41	71,10	12,22	86,13	88,21	11,89	98,64	<0,001*

H - wynik testu Kruskala-Wallisa; p - poziom istotności; *- oznacza wysoki poziom istotności



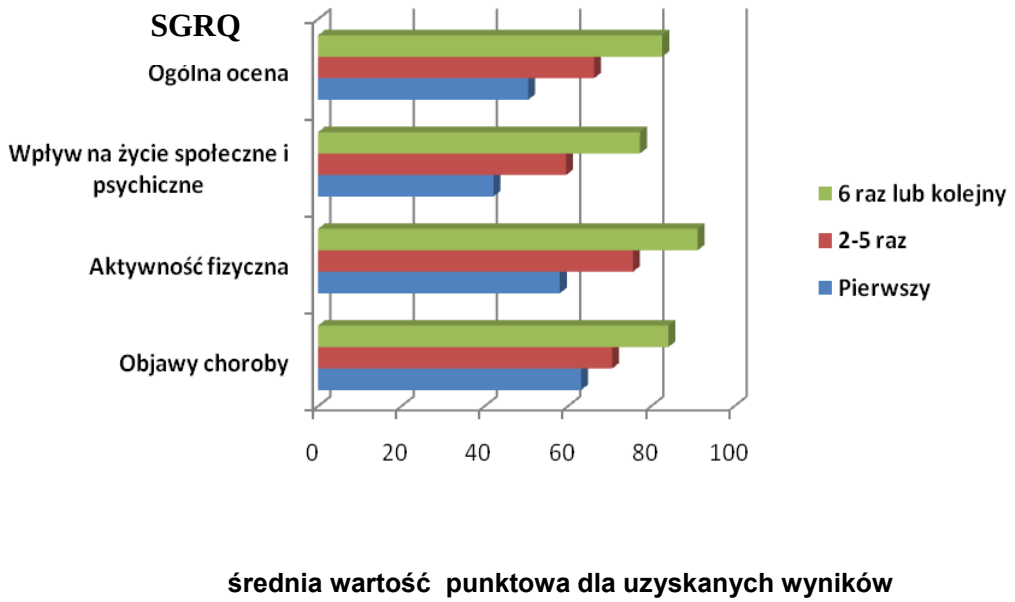
Ryc. 12. Nasilenie duszności a upośledzenie specyficznej jakości życia (SGRQ).

Co więcej, przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że pacjenci przebywający w szpitalu szósty raz lub kolejny odczuwali istotnie gorszą specyficzną jakość życia związaną ze zdrowiem, w porównaniu z badanymi dla których był to 2-5 pobyt lub pierwszy, gdzie jakość życia była najlepsza (p<0,0001; tabela 19). Stwierdzono wyraźne obniżanie się specyficznej jakości życia związanej ze zdrowiem u pacjentów wraz z liczbą kolejnych hospitalizacji (ryc.13).

Tabela 19. Liczba pobytów w szpitalu a upośledzenie specyficznej jakości życia (SGRQ) pacjentów z POChP

Składowe	Pierwszy			2-5 razy			6 razy lub kolejny			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch. std.	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	H	p
Objawy choroby	63,17	67,41	20,22	70,63	72,29	21,08	84,14	85,48	12,98	27,06	<0,0001*
Aktywność fizyczna	58,07	60,06	20,81	75,62	78,98	17,72	91,18	92,34	9,84	66,50	<0,0001*
Wpływ na życie społeczne i psychiczne	42,13	39,78	23,07	59,58	58,79	22,31	77,33	79,17	11,94	56,26	<0,0001*
Ogólna ocena upośledze-nia jakości życia	50,45	51,75	19,70	66,28	66,88	18,87	82,66	81,72	9,40	63,61	<0,0001*

H - wynik testu Kruskala-Wallisa; p - poziom istotności; *- oznacza wysoki poziom istotności



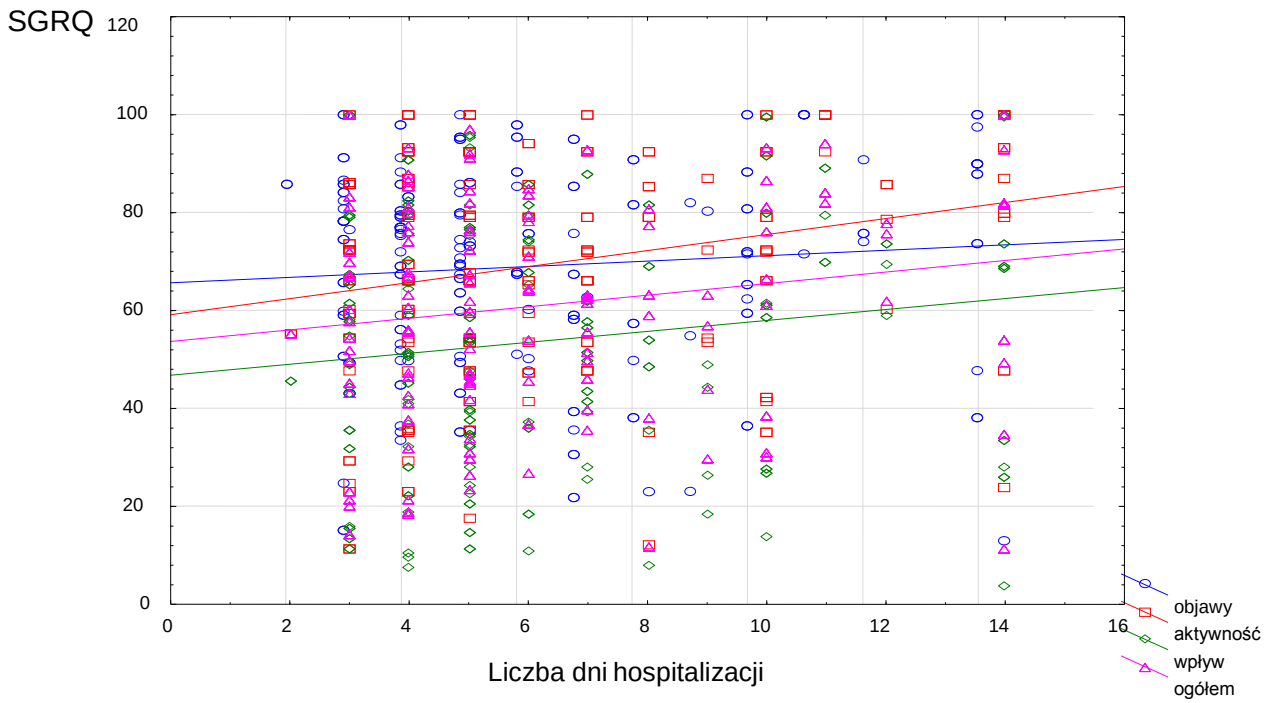
Ryc. 13. Liczba pobytów w szpitalu a upośledzenie specyficznej jakości życia (SGRQ) pacjentów z POChP.

Stwierdzono także istotny związek pomiędzy liczbą dni hospitalizacji a spadkiem aktywności fizycznej (współczynnik korelacji Spearmana R=0,22) oraz ogólną oceną upośledzenia specyficznej jakości życia (R=0,16). Im dłuższy czas pobytu w szpitalu, tym większe upośledzenie aktywności fizycznej pacjenta (p=0,002). Nie stwierdzono natomiast związku czasu hospitalizacji (liczba dni hospitalizacji) z jakością życia dotyczącą objawów choroby (p=0,38) oraz wpływu choroby na życie społeczne i psychiczne (p=0,08; tabela 20; ryc. 14).

Tabela 20. Liczba dni hospitalizacji a upośledzenie specyficznej jakości życia (SGRQ)

Składowe	Analiza statystyczna	
	R	p
Objawy choroby	0,06	0,38
Aktywność fizyczna	0,22	0,002*
Wpływ na życie społeczne i psychiczne	0,13	0,08
Ogólna ocena	0,16	0,03*

R - współczynnik korelacji Spearmana; p - poziom istotności; *- oznacza wysoki poziom istotności



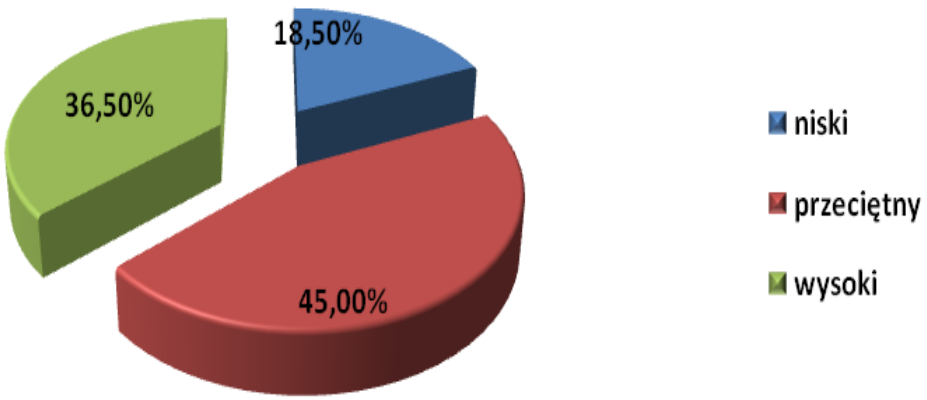
Ryc.14. Korelacja pomiędzy upośledzeniem specyficznej jakości życia (SGRQ) a czasem trwania hospitalizacji.

Podsumowując, można stwierdzić, że hipoteza nr 1 potwierdziła się również w odniesieniu do specyficznej jakości życia związanej z POChP. Stopień zaawansowania choroby w sposób istotny różnicował specyficzną jakość życia mierzoną kwestionariuszem SGRQ. Pacjenci przebywający w szpitalu po raz pierwszy, lub dla których był to 2-5 raz w porównaniu z chorymi hospitalizowanymi częściej niż 5 razy, odczuwali lepszą jakość życia związaną z POCHP ($p<0,0001$), podobnie jak pacjenci z I stopniem nasilenia duszności w porównaniu z pozostałymi chorymi, posiadającymi bardziej zaawansowaną postać POChP ($p<0,001$). Stwierdzono także pozytywny, znamienny związek pomiędzy liczbą dni hospitalizacji a obniżaniem się specyficznej jakości życia SGRQ w obszarze aktywności fizycznej ($R=0,22$) i w obszarze ogólnej oceny upośledzenia specyficznej jakości życia ($R=0,16$). Większe upośledzenie specyficznej jakości życia pacjenta, łączyło się z dłuższym czasem pobytu w szpitalu ($p=0,002$).

4. 2. Czynniki socjodemograficzne a jakość życia

4.2.1. Czynniki socjodemograficzne a ogólna jakość życia

Do oceny ogólnej jakości z życia pacjentów, podobnie jak we wcześniej opisanych analizach wykorzystano skalę SWLS. Średnia ocena satysfakcji z życia wyniosła 20,70 ± 7,09, (Me=20,00). Biorąc pod uwagę wyniki przeliczone na steny stwierdzono, że średnia satysfakcji z życia w badanej grupie pacjentów wynosiła 5,59 ± 2,41. 18,50% (n=37) ankietowanych miało niski poziom jakości życia (1-3 sten), 45,00% (n=90) przeciętny (4-6 sten), a 36,50% (n=73) wysoki (7-10 sten; ryc. 15; Juczyński, 2001).



Ryc. 15. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem oceny satysfakcji z życia.

Zbliżony odsetek mężczyzn (37,50%) i kobiet (33,93%) odczuwał wysoki poziom ogólnej jakości życia. Różnice nie były istotne statystycznie (p=0,66; tabela 21).

Tabela 21. Płeć a poziom ogólnej jakości życia (SWLS)

Płeć	Poziom satysfakcji z życia			Ogółem
	Niski	Przeciętny	Wysoki	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Kobiety	9 (16,07)	28 (50,00)	19 (33,93)	56 (100,00)
Mężczyźni	28 (19,44)	62 (43,06)	54 (37,50)	144 (100,00)
Razem	37 (18,50)	90 (45,00)	73 (36,50)	200 (100,00)
Analiza statystyczna: Chi^2=0,82; p=0,66				

n- liczba osób; p - poziom istotności

Analiza statystyczna dotycząca wieku wykazała, że również ta zmienna nie różnicowała badanych pod względem ogólnej jakości życia. Respondenci w wieku powyżej 70 lat mieli zbliżony poziom ogólnej jakości życia w stosunku do pozostałych grup wiekowych. Związek pomiędzy wiekiem badanych a ogólną jakością życia nie okazał się istotny statystycznie (p=0,23; tabela 22).

Tabela 22. Wiek a poziom ogólnej jakości życia (SWLS)

Wiek	Poziom satysfakcji z życia			Ogółem
	Niski	Przeciętny	Wysoki	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Do 50 lat	5 (12,50)	20 (50,00)	15 (37,50)	40 (100,00)
51-60 lat	6 (14,63)	24 (58,54)	11 (26,83)	41 (100,00)
61-70 lat	12 (20,00)	27 (45,00)	21 (35,00)	60 (100,00)
Powyżej 70 lat	14 (23,73)	19 (32,20)	26 (44,07)	59 (100,00)
Razem	37 (18,50)	90 (45,00)	73 (36,50)	200 (100,00)
Analiza statystyczna: Chi^2=8,12; p=0,23				

n- liczba osób; p - poziom istotności; *- oznacza wysoki poziom istotności

Podobnie analiza korelacji po zastosowaniu testu R Spearmana, nie wykazała istotnego związku pomiędzy wiekiem a oceną ogólnego poziomu jakości życia (R=-0,02; p=0,81).

Wykazano natomiast związek pomiędzy poziomem ogólnej jakości życia a miejscem zamieszkania (p=0,02). Pacjenci mieszkający w mieście do 20 tysięcy mieszkańców zdecydowanie częściej mieli wysoki poziom ogólnej jakości życia (61,54%) w porównaniu do grupy osób z miasta powyżej 20 tysięcy mieszkańców (25,00%), lub ze wsi i osady (27,74%; tabela 23).

Tabela 23. Miejsce zamieszkania a poziom ogólnej jakości życia (SWLS)

Miejsce zamieszkania	Poziom satysfakcji z życia			Ogółem
	Niski	Przeciętny	Wysoki	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Wieś/osada	21 (19,81)	45 (42,45)	40 (37,74)	106 (100,00)
Miasto do 20 tys. mieszkańców	2 (7,69)	8 (30,77)	16 (61,54)	26 (100,00)
Miasto powyżej 20 tys. Mieszkańców	14 (20,59)	37 (54,41)	17 (25,00)	68 (100,00)
Razem	37 (18,50)	90 (45,00)	73 (36,50)	200 (100,00)
*Analiza statystyczna: Chi^2=11,54; p=0,02**				

n- liczba osób; p - poziom istotności; *- oznacza wysoki poziom istotności

Chociaż respondenci z wykształceniem zawodowym (52,71%) oraz wyższym (50,00%) nieco częściej mieli wysoki poziom ogólnej jakości życia w porównaniu z badanymi z wykształceniem podstawowym (26,98%) lub średnim (30,99%), to jednak stwierdzone różnice nie okazały się istotne statystycznie (p=0,10; tabela 24).

Tabela 24. Wykształcenie a poziom ogólnej jakości życia (SWLS)

Wykształcenie	Poziom satysfakcji z życia			Ogółem
	Niski	Przeciętny	Wysoki	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Podstawowe	15 (23,81)	31 (49,21)	17 (26,98)	63 (100,00)
Zawodowe	7 (15,22)	15 (32,61)	24 (52,17)	46 (100,00)
Średnie	13 (18,31)	36 (50,70)	22 (30,99)	71 (100,00)
Wyższe	2 (10,00)	8 (40,00)	10 (50,00)	20 (100,00)
Razem	37 (18,50)	90 (45,00)	73 (36,50)	200 (100,00)
Analiza statystyczna: Chi^2=10,70; p=0,10				

n- liczba osób; p - poziom istotności

Analiza statystyczna wykazała natomiast istotny związek pomiędzy oceną poziomu ogólnej jakości życia (SWLS) a aktywnością zawodową (p=0,05). Osoby czynne zawodowo częściej miały wysoki poziom ogólnej jakości życia (46,43%) w porównaniu z badanymi biernymi zawodowo (32,64%; tabela 25).

Tabela 25. Aktywność zawodowa a poziom ogólnej jakości życia (SWLS)

Aktywność zawodowa	Poziom satysfakcji z życia			Ogółem
	Niski	Przeciętny	Wysoki	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Czynny zawodowo	5 (8,93)	25 (44,64)	26 (46,43)	56 (100,00)
Bierny zawodowo	32 (22,22)	65 (45,14)	47 (32,64)	144 (100,00)
Razem	37 (18,50)	90 (45,00)	73 (36,50)	200 (100,00)
Analiza statystyczna: Chi^2=5,95; p=0,05				

n- liczba osób; p - poziom istotności

Nie stwierdzono natomiast związku pomiędzy poznomem wsparcia a ogólną jakością życia. Stwierdzone różnice nie okazały się istotne statystycznie (p=0,89; tabela 26).

Tabela 26. Wsparcie a poziom ogólnej jakości życia (SWLS)

Poziom wsparcia	Poziom satysfakcji z życia			Ogółem
	Niski	Przeciętny	Wysoki	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Niski	17 (19,54)	36 (41,38)	34 (39,08)	87 (100,00)
Przeciętny	15 (18,99)	37 (46,84)	27 (34,18)	79 (100,00)
Wysoki	5 (14,71)	17 (50,00)	12 (35,29)	34 (100,00)
Razem	37 (18,50)	90 (45,00)	73 (36,50)	200 (100,00)
Analiza statystyczna: Chi^2=1,12; p=0,89				

n- liczba osób; p - poziom istotności

Rozpatrując łącznie dane uzyskane przy pomocy skali SWLS, którą posłużono się do oceny ogólnej jakości życia, można zauważyć, że hipoteza nr 2, dotycząca związku czynników socjo-demograficznych z jakością życia, uzyskała w badanym aspekcie jakości życia jedynie częściowe potwierdzenie. Wykazano bowiem pozytywny związek jedynie pomiędzy aktywnością zawodową (p=0,05) oraz miejscem zamieszkania, (p=0,02) a ogólną jakością życia. Co ciekawe nie wykazano związku pomiędzy ogólną jakością życia a wiekiem badanych (R=-0,02; p=0,81). Ponadto, nieistotne dla ogólnej jakości życia okazały się takie czynniki jak: wykształcenie (p=0,10), płeć (p=0,66) czy poziom otrzymywanego wsparcia (p=0,89), mierzonego liczbą pozytywnych relacji z bliskimi. Wynika stąd, że ocena ogólnej jakości życia prawdopodobnie uwarunkowana jest różnymi czynnikami nie dającymi się sprowadzić do prostych kategorii, i stanowiąc bardziej ich wypadkową niż prostą sumę tych czynników.

4.2.2. Czynniki socjodemograficzne a jakość życia związana ze zdrowiem

Poniżej prezentowane są wyniki dotyczące kolejnego, ocenianego w badaniu, aspektu jakości życia jakim jest jakość życia związana z aktualnym stanem zdrowia i samopoczucia.

Z przeprowadzonych badań wynika, że w ocenie swej jakości życia związanej ze zdrowiem (w skali od 1 do 10) badani najlepiej oceniali swą zdolność do samoobsługi oraz angażowanie się w kontakty z innymi, natomiast nieco gorzej oceniali swe samopoczucie i wpływ choroby na zadowolenie z życia (tabela 27).

Tabela 27. Ocena jakości życia związanej ze zdrowiem (SJŻ) w badanej grupie pacjentów z POChP

Składowe	Średnia	Mediana	Dolny kwartyl	Górny kwartyl	Odch. std.
Zdolność do samoobsługi	6,46	7,00	4,00	9,00	2,82
Samopoczucie	5,89	6,00	4,00	8,00	2,67
Zaangażowanie w nawiązywanie kontaktów z innymi	6,63	7,00	5,00	9,00	2,85
Wpływ choroby na zadowolenie z życia	6,08	6,00	3,00	9,00	2,99

Średnia samoocena jakości życia dla całej skali wynosiła 25,20 ± 9,31 (Me=27,00) na 40 pkt. możliwych do uzyskania. Kobiety nieco lepiej oceniały swą jakość życia związaną ze zdrowiem (SJŻ) w porównaniu z mężczyznami. Różnica ta była istotna statystycznie, (p=0,03; tabela 28).

Tabela 28. Płeć a jakość życia związana ze zdrowiem (SJŻ)

Płeć	Średnia	Odch. std.	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl
Kobiety	27,29	9,03	22,50	28,00	35,50
Mężczyźni	24,20	9,30	18,00	25,00	31,50
Analiza statystyczna: Z=-2,24; p=0,03*					

Z- wynik testu U Manna-Whitneya; n- liczba osób; p - poziom istotności; *- oznacza wysoki poziom istotności

W wyniku kolejnej analizy stwierdzono, że ankietowani w wieku 51-60 lat oceniali stosunkowo najlepiej swą jakość życia związaną ze zdrowiem w porównaniu z badanymi pozostałych grup wiekowych. Poniżej 70 lat samoocena jakości życia wyraźnie się obniżała. Występujące różnice były istotne statystycznie, (p=0,0003; tabela 29).

Tabela 29. Wiek a jakość życia związana ze zdrowiem (SJŻ)

Wiek	Średnia	Odch. std.	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl
Do 50 lat	26,87	9,78	21,00	27,00	35,50
51-60 lat	29,32	8,23	28,00	32,00	35,00
61-70 lat	23,75	7,98	18,00	23,50	30,00
Powyżej 70 lat	22,22	9,81	14,00	23,00	30,00
Analiza statystyczna: H=19,14; p=0,0003*					

H - wynik testu Kruskala-Wallisa; p - poziom istotności; *- oznacza wysoki poziom istotności

Analiza statystyczna wykazała również, że ankietowani mieszkający w mieście do 20 tysięcy mieszkańców odczuwali wyraźnie lepszą jakość życia związaną ze zdrowiem w porównaniu z osobami mieszkającymi na wsi lub w osadzie lub osobami z miasta powyżej 20 tysięcy mieszkańców. Różnice te były istotne statystycznie, (p=0,0002), (tabela 30).

Tabela 30. Miejsce zamieszkania a jakość życia związana ze zdrowiem (SJŻ)

Miejsce zamieszkania	Średnia	Odch. std.	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl
Wieś/osada	23,51	9,57	15,00	24,50	31,00
Miasto do 20 tys. Mieszkańców	31,58	5,76	31,00	32,00	36,00
Miasto powyżej 20 tys. Mieszkańców	25,00	8,99	18,00	27,00	33,00
Analiza statystyczna: H=16,95; p=0,0002 *					

H - wynik testu Kruskala-Wallisa; p - poziom istotności; *- oznacza wysoki poziom istotności

Analiza statystyczna wykazała ponadto, że ankietowani z wykształceniem wyższym oceniali swą jakość życia związaną ze zdrowiem lepiej w porównaniu z badanymi z wykształceniem podstawowym lub zawodowym i średnim. Różnice były istotne statystycznie, (p=0,01), (tabela 31).

Tabela 31. Wykształcenie a jakość życia związana ze zdrowiem (SJŻ)

Wykształcenie	Średnia	Odch. std.	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl
Podstawowe	23,43	9,42	17,00	22,00	31,00
Zawodowe	23,26	10,37	14,00	27,00	32,00
Średnie	26,10	8,67	20,00	26,00	34,00
Wyższe	30,70	5,58	28,00	31,00	35,00
*Analiza statystyczna: H=11,40; p=0,01**					

H - wynik testu Kruskala-Wallisa; p - poziom istotności; *- oznacza wysoki poziom istotności

Analiza statystyczna wykazała ponadto, że ankietowani, którzy pracowali zawodowo mieli istotnie lepszą jakość życia w porównaniu z osobami nieaktywnymi zawodowo, (p<0,000001; tabela 32).

Tabela 32 . Aktywność zawodowa a jakość życia związana ze zdrowiem (SJŻ)

Aktywność zawodowa	Średnia	Odch. std.	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl
Czynny zawodowo	32,16	5,88	30,00	33,00	36,00
Bierny zawodowo	22,31	8,93	15,50	22,00	30,00
*Analiza statystyczna: Z=7,12; p<0,000001**					

Z-wynik testu U Manna-Whitneya; p - poziom istotności; *- oznacza wysoki poziom istotności

Analiza statystyczna wykazała także, iż ankietowani otrzymujący wysoki poziom wsparcia oceniali lepiej swą jakość życia związaną ze zdrowiem w porównaniu z osobami otrzymującymi średnie wsparcie lub niskie. Różnice były istotne statystycznie, (p=0,004; tabela 33).

Tabela 33. Wsparcie a jakość życia związana ze zdrowiem (SJŻ)

Otrzymywane wsparcie	Średnia	Odch. std.	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl
Niskie	24,20	10,35	16,00	24,00	35,00
Średnie	23,99	8,53	18,00	25,00	30,00
Wysokie	29,79	6,59	28,00	31,50	34,00
*Analiza statystyczna: H=10,86; p=0,004**					

H - wynik testu Kruskala-Wallisa; p - poziom istotności; *- oznacza wysoki poziom istotności

Analizując łącznie dane uzyskane przy pomocy skali SJŻ, służącej do oceny jakości życia związanej ze zdrowiem, można zauważyć, że hipoteza nr 2, dotycząca związku czynników socjo-demograficznych z jakością życia związaną ze zdrowiem, uzyskała potwierdzenie. Wykazano pozytywny związek pomiędzy oceną jakości życia a płcią (p=0,03), wiekiem (p=0,0003), wykształceniem (p=0,01), miejscem zamieszkania (p=0,0002) i poziomem otrzymywanego wsparcia (p=0,004). Warto zauważyć, że skala ta oceniająca subiektywną jakość życia związaną ze zdrowiem okazała się dużo bardziej wrażliwa na wpływ czynników socjo-demograficznych, niż ogólna jakość życia, zależna widocznie od innych, bardziej skomplikowanych czynników niż większość zmiennych socjodemograficznych uwzględnionych w badaniu.

4.2.3. Czynniki socjodemograficzne a specyficzna jakość życia związana z POChP

Specyficzna jakość życia związana z chorobą jaką jest POChP, badana była za pomocą opisywanego wcześniej kwestionariusza SGRQ, stosowanego w ocenie jakości życia pacjentów z chorobami układu oddechowego. W kwestionariuszu tym wynik globalny oraz wynik dla poszczególnych podskal, może się wahać między 0 (najmniejsze upośledzenie jakości życia), a 100 (największe upośledzenie). Należy zwrócić uwagę, że w przeciwieństwie do wcześniejszych narzędzi badających jakość życia, tu wyższy wynik punktowy odzwierciedla gorszą jakość życia.

Z przeprowadzonych badań wynika, że najmniej destrukcyjny wpływ choroba wywarła na życie społeczne i psychiczne badanych oraz na związane z tym aspekty jakości życia, natomiast największy na jakość życia związaną z objawami, aktywnością fizyczną i ogólną oceną swego życia.

Im wyższa liczba punktów tym większe upośledzenie specyficznej jakości życia związanej ze zdrowiem. Średnia ogólna ocena jakości życia wynosiła 61,15 ± 21,63 pkt. (zakres punktów 0-100). Otrzymane wyniki przedstawia tabela 34.

Tabela 34. Stopień upośledzenia spesyficznej jakości życia (SGRQ) w badanej grupie pacjentów

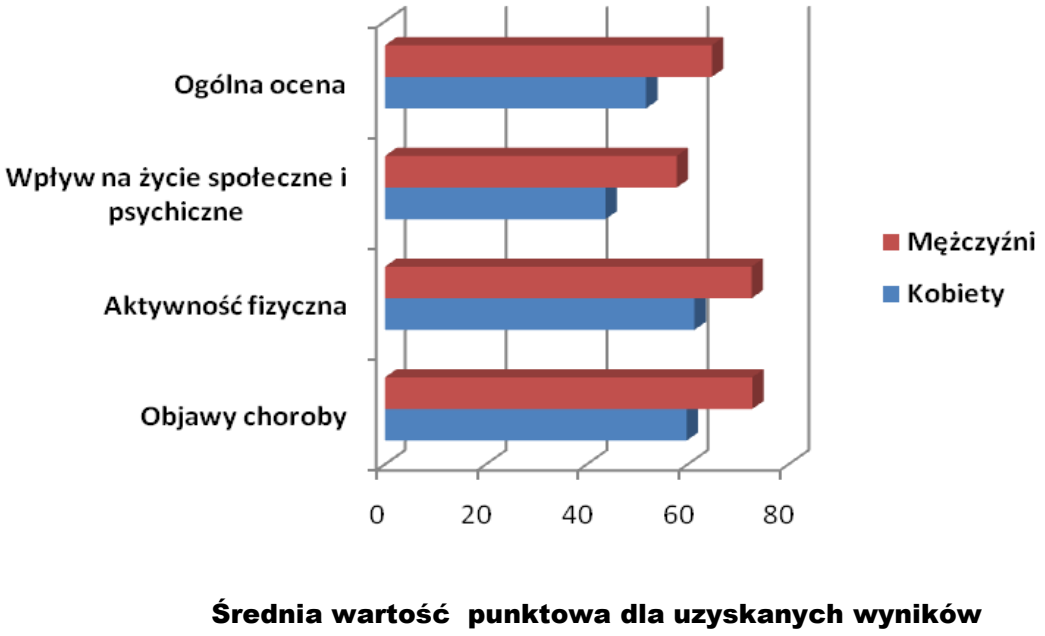
Składowe	Średnia	Mediana	Dolny kwartyl	Górny kwartyl	Odch. std.
Objawy choroby	69,17	73,40	55,51	85,68	20,83
Upośledzenie w aspekcie aktywności fizycznej	69,50	72,16	54,26	86,68	22,14
Wpływ na życie społeczne i psychiczne	53,87	53,88	34,61	74,87	24,97
Ogólna ocena	61,15	62,41	45,42	80,33	21,63

W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono, że kobiety odczuwały istotnie lepszą specyficzną jakość życia związaną z POChP w porównaniu z mężczyznami. Stwierdzono tu wysoce istotne statystycznie różnice w ocenie objawów (p=0,0002), aktywności fizycznej (p=0,001), wpływu choroby na życie społeczne i psychiczne (p=0,0004) oraz w ogólnej ocenie specyficznej jakości życia związanej z chorobą (p=0,0002; tabela 35, ryc. 16). Im wyższe wskaźniki tym większe upośledzenie specyficznej jakości życia.

Tabela 35. Płeć a upośledzenie specyficznej jakości życia (SGRQ) w badanej grupie pacjentów

Składowe	Kobiety			Mężczyźni			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch. Std.	Średnia	Mediana	Odch. Std	Z	p
Objawy choroby	59,80	58,90	21,92	72,81	74,90	19,26	3,71	0,0002*
Upośledzenie w aspekcie aktywność fizyczna	61,36	66,02	22,77	72,67	75,54	21,14	3,22	0,001*
Wpływ na życie społeczne i psychiczne	43,71	44,14	22,43	57,82	61,15	24,87	3,56	0,0004*
Ogólna ocena	51,73	51,75	20,44	64,81	66,71	21,02	3,79	0,0002*

Z - wynik testu U Manna-Whitneya; p - poziom istotności; *- oznacza wysoki poziom istotności



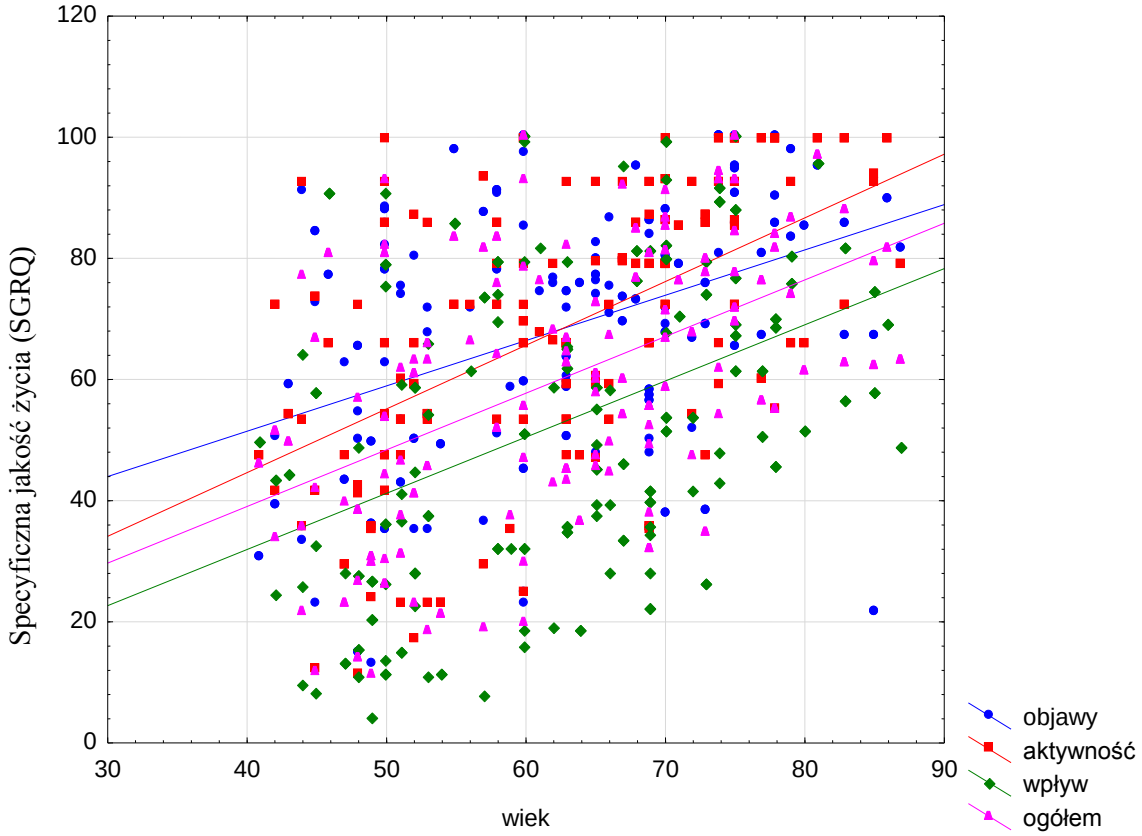
Ryc.16. Stopień upośledzenia jakości życia (SGRQ) w grupie kobiet i mężczyzn.

Analiza statystyczna wykazała także silny, negatywny związek pomiędzy wiekiem a specyficzną jakością życia związaną z POChP (R=0,52), w jej trzech podskalach: „objawy” (R=0,44), „upośledzenie aktywności fizycznej” (R=0,57) oraz „wpływ choroby na życie społeczne i psychiczne” (R=0,45). Wraz z wiekiem specyficzna dla POChP jakość życia wyraźnie pogarsza się we wszystkich wymienionych tu jej kategoriach (tabela 36; ryc. 17). Jak wcześniej wskazywano im wyższe wskaźniki w skali SGRQ, tym niższa jakość życia.

Tabela 36. Wiek a specyficzna jakość życia (SGRQ)

Składowe	Analiza statystyczna	
	R	p
Objawy choroby	0,44	<0,000001*
Upośledzenie aktywności fizycznej	0,57	<0,000001*
Negatywny wpływ na życie społeczne i psychiczne	0,45	<0,000001*
Ogólna ocena	0,52	<0,000001*

R - współczynnik korelacji Spearmana; p - poziom istotności; *- oznacza wysoki poziom istotności



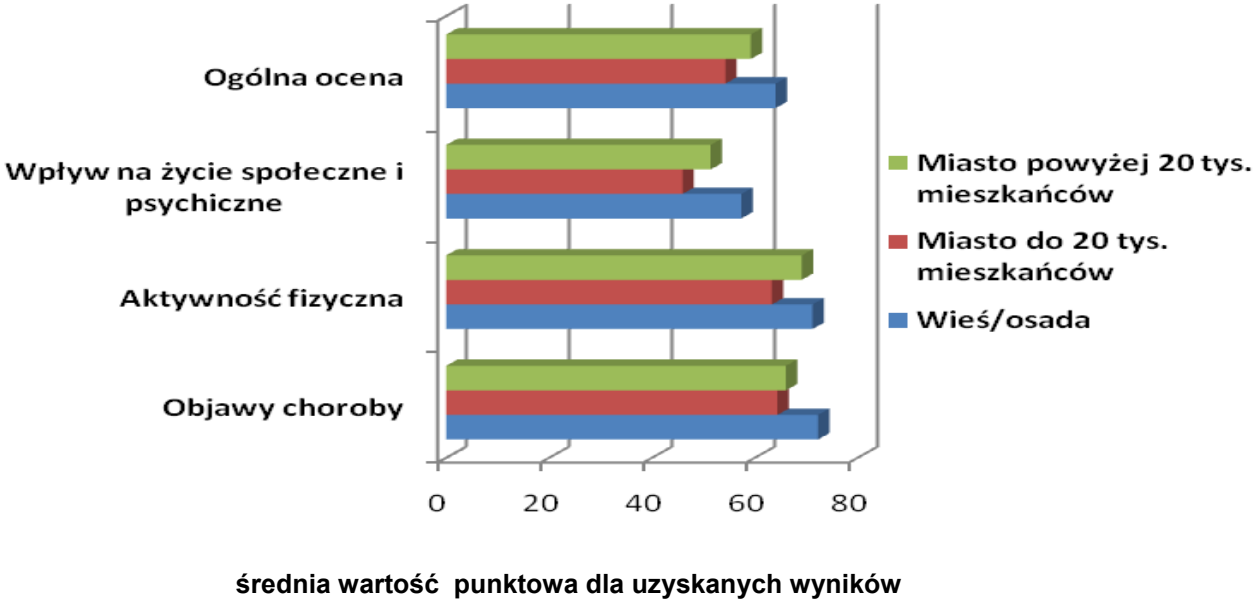
Ryc.17. Korelacja pomiędzy wiekiem a specyficzną jakością życia (SGRQ)

Ponadto stwierdzono, że mieszkańcy wsi lub osad odczuwali gorszą specyficzna jakość życia związaną z POChP w porównaniu z pacjentami mieszkającymi w mieście. Najlepszą jakość życia odnotowano (podobnie jak w przypadku wcześniej zastosowanych narzędzi) wśród mieszkańców miast do 20 tys. mieszkańców. Uzyskano istotne statystycznie różnice pomiędzy tymi grupami w ocenie ogólnej upośledzenia specyficznej jakości życia związanej z POChP (p=0,03) oraz w ocenie dokuczliwości objawów (p=0,04). Natomiast nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w podskalach: upośledzenia aktywności fizycznej i wpływu choroby na życie społeczne i psychiczne (p>0,05; tabela 37; ryc. 18).

Tabela 37. Miejsca zamieszkania a upośledzenie specyficznej jakości życia (SGRQ) w badanej grupie pacjentów

Składowe	Miasto do 20 tys. mieszkańców			Miasto powyżej 20 tys. mieszkańców			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch. std.	Średnia	Mediana	Odch.std.	H	p
Objawy choroby	64,41	59,22	19,97	66,06	69,01	19,81	6,67	0,04*
Aktywność fizyczna	63,34	65,73	18,20	69,13	69,30	20,19	5,10	0,08
Wpływ na życie społeczne i psychiczne	45,95	39,33	25,44	51,43	52,64	22,60	5,43	0,07
Ogólna ocena upośledzenia jakości życia	54,29	51,44	19,94	59,22	60,88	19,71	6,96	0,03*

H - wynik testu Kruskala-Wallisa; p - poziom istotności; *- oznacza wysoki poziom istotności



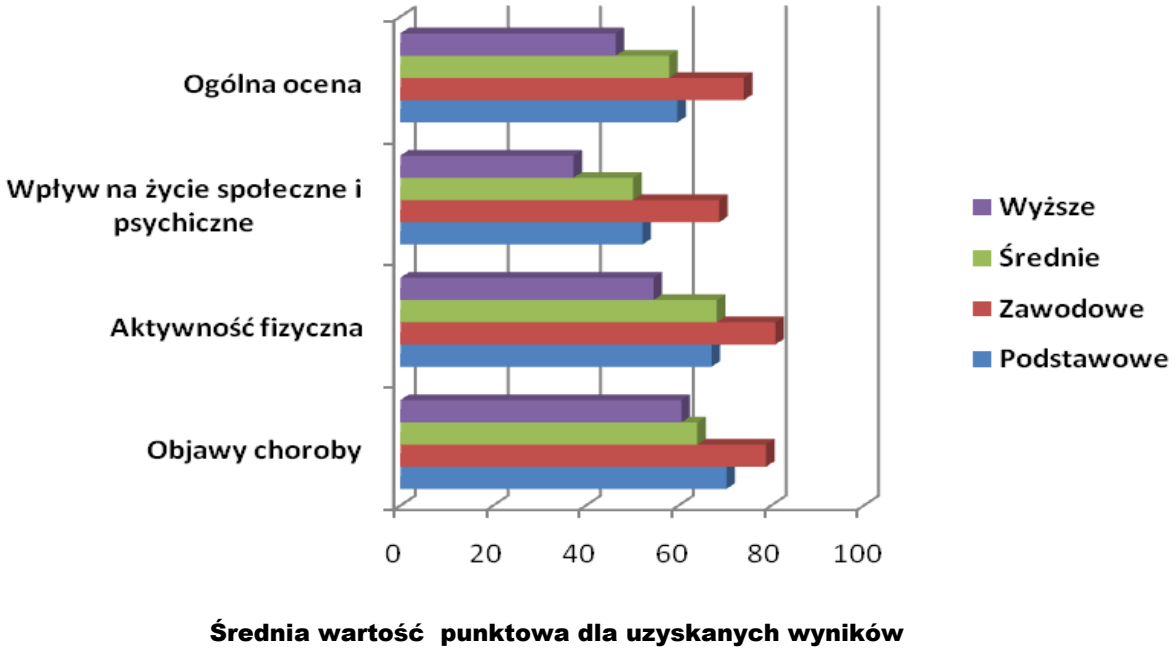
Ryc. 18. Miejsca zamieszkania a specyficzna jakość życia (SGRQ).

Przeprowadzona analiza wykazała ponadto, że pacjenci z wykształceniem zawodowym odczuwali istotnie gorszą jakość życia związaną z POChP w porównaniu z badanymi z wykształceniem podstawowym, średnim a zwłszcza wyższym. Stwierdzono istotne statystycznie różnice upośledzenia jakości życia w zakresie objawów choroby (p=0,0004), aktywności (p=0,0001), wpływu choroby na życie społeczne i psychiczne (p<0,0001) oraz w ocenie ogólnej jakości życia (p<0,0001; tabela 38; ryc. 19).

Tabela 38. Wykształcenie a specyficzna jakość życia (SGRQ) pacjentów z POChP

Składowe	Podstawowe			Zawodowe			Średnie			Wyższe			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch. std.	Średnia	Mediana	Odch. std.	Średnia	Mediana	Odch. std.	Średnia	Mediana	Odch. std.	H	p
Objawy choroby	70,39	73,96	19,98	78,95	80,45	18,57	64,12	67,47	19,32	60,70	59,70	25,32	18,14	0,0004*
Aktywność fizyczna	67,18	72,13	22,89	80,95	85,64	17,54	68,32	69,30	20,29	54,67	66,02	24,66	20,54	0,0001*
Wpływ na życie społeczne i psychiczne	52,27	53,88	25,28	68,81	70,20	22,19	50,26	51,61	23,97	37,39	39,18	16,76	26,44	<0,0001*
Ogólna ocena upośledzenia jakości życia	59,80	59,88	22,08	74,17	76,28	17,82	58,04	60,88	20,29	46,50	51,44	18,98	27,65	<0,0001*

H - wynik testu Kruskala-Wallisa; p - poziom istotności; *- oznacza wysoki poziom istotności



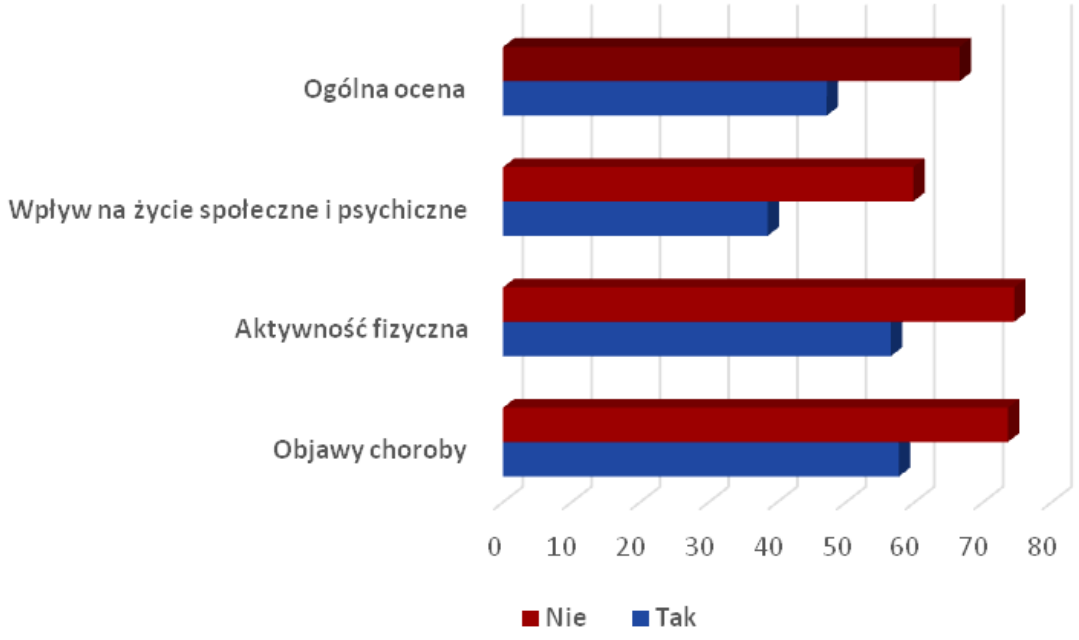
Ryc. 19.Wykształcenie a upośledzenie specyficznej jakości życia (SGRQ).

W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono również, że osoby pracujące zawodowo odczuwały istotnie lepszą jakość życia związaną z POChP w porównaniu z niepracującymi. Stwierdzono istotne różnice w ocenie objawów (p=0,000001), aktywności fizycznej, wpływu choroby na życie społeczne i psychiczne oraz w ogólnej ocenie tego aspektu jakości życia (p<0,000001; tabela 39 ; ryc.20).

Tabela 39. Aktywność zawodowa a specyficzna jakość życia (SGRQ) w badanej grupie pacjentów

Składowe	Czynni zawodowo			Bierni zawodowo			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch. std.	Średnia	Mediana	Odch. std.	Z	p
Objawy choroby	57,73	58,78	19,37	73,61	76,52	19,70	-4,90	0,000001*
Aktywność fizyczna	56,56	56,79	20,13	74,53	79,01	20,87	-5,32	<0,000001*
Wpływ na życie społeczne i psychiczne	38,57	32,18	23,28	59,82	58,96	23,07	-5,39	<0,000001*
Ogólna ocena	47,20	45,88	19,88	66,57	67,72	19,83	-5,62	<0,000001*

Z- wynik testu U Manna-Whitneya; n- liczba osób; p - poziom istotności; *- oznacza wysoki poziom istotności



■ oznacza niepracujących - biernych zawodowo
■ oznacza pracujących - czynnych zawodowo

Ryc. 20. Ocena specyficznej jakości życia (SGRQ) w grupie osób pracujących (czynnych zawodowo) i niepracujących (biernych zawodowo).

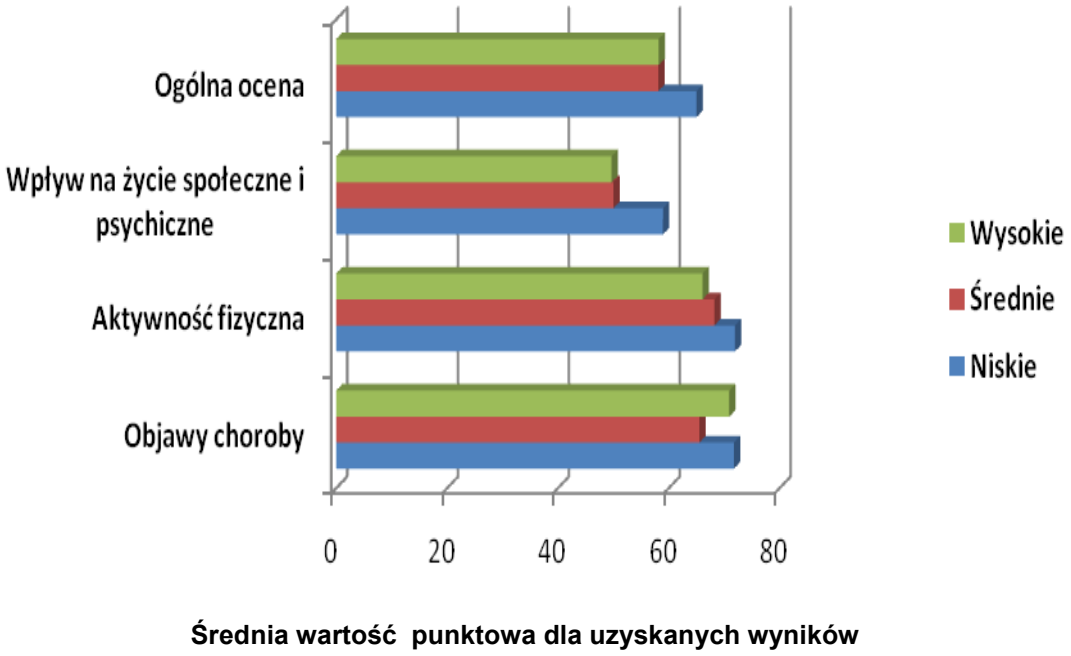
Z wykonanych badań wynika także, iż ankietowani z niskim poziomem wsparcia odczuwali gorszą jakość życia związaną z POChP w porównaniu z chorymi otrzymującymi średni lub wysoki poziom wsparcia. Jednakże tylko w jednej z ocenianych składowych jakości życia, tj. w ocenie wpływu choroby na życie społeczne i psychiczne, różnice te okazały się znamienne statystycznie (p=0,03).

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy porównywanymi grupami w ocenie objawów choroby (p=0,13), aktywności fizycznej (p=0,54) oraz w ogólnej ocenie jakości życia, (p=0,09; tabela 40, ryc. 21).

Tabela 40. Wsparcie a upośledzenie specyficznej jakości życia (SGRQ) pacjentów

Składowe	Wsparcie									Analiza statystyczna	
	Niskie			Średnie			Wysokie				
	Średnia	Mediana	Odch. std.	Średnia	Mediana	Odch. std.	Średnia	Mediana	Odch. std.	H	p
Objawy choroby	71,77	74,63	19,15	65,52	67,82	21,28	70,95	78,01	23,15	4,07	0,13
Aktywność Fizyczna	71,96	72,16	19,49	68,25	67,70	22,45	66,10	72,16	27,29	1,24	0,54
Wpływ na życie społeczne i psychiczne	58,98	64,20	23,50	50,03	49,66	24,91	49,72	45,42	27,08	6,75	0,03*
Ogólna ocena upośledzenia jakości życia	65,04	67,23	19,88	58,13	60,77	21,57	58,21	56,69	24,90	4,73	0,09

H - wynik testu Kruskala-Wallisa; p - poziom istotności; *- oznacza wysoki poziom istotności



Ryc. 21. Wsparcie a upośledzenie specyficznej jakości życia (SGRQ) pacjentów z POChP.

Podsumowując dane uzyskane przy pomocy kwestionariusza SGRQ, można zauważyć, że hipoteza nr 2 dotycząca związku czynników socjo-demograficznych ze specyficzną jakością życia związaną z chorobą POChP (SGRQ) potwierdziła się w całości, gdyż zmienne takie jak: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa, otrzymywane wsparcie, w sposób istotny różnicowały związaną

ze zdrowiem, a także specyficzną dla POChP, jakość życia pacjentów hospitalizowanych z tym rozpoznamiem. W badanej grupie chorych kobiety miały zdecydowanie lepszą specyficzną jakość życia w porównaniu z mężczyznami w ocenie ogólnej (p=0,0002) a także w zakresie oceny aktywności fizycznej (p=0,001), odczuwania objawów choroby (p=0,0002) oraz oceny jej wpływu na życie (p=0,0004).

Ponadto, wykazano silny, pozytywny związek pomiędzy wiekiem badanych a obniżaniem się specyficznej jakości życia związanej z POChP zarówno w ocenie ogólnej (R=0,52) jak i w zakresie: „objawów" (R=0,44), „aktywności fizycznej" (R=0,57) i „wpływu choroby na życie" (R=0,45). Wraz z wiekiem badanych pacjentów ich specyficzna jakość życia związana ze zdrowiem ulegała wyraźnemu pogorszeniu. Również wykształcenie okazało się mieć tu nader istotne znaczenie. Osoby z wykształceniem zawodowym w stosunku do pozostałych grup wykształcenia, przejawiały stosunkowo najwyższy poziom upośledzenia specyficznej jakości życia w zakresie oceny ogólnej (p<0,0001) jak również w zakresie odczuwania objawów choroby (p=0,0004), aktywności (p=0,0001) i wpływu choroby na życie (p<0,0001). Natomiast najwyższy poziom jakości życia związanej z POChP przejawiała grupa osób z wykształceniem wyższym.

Podobnie czynnik: „aktywność zawodowa" w sposób istotny różnicował ocenę specyficznej jakości życia (SGRQ) na korzyść osób utrzymujących się ze stałego, czy okresowego dochodu. Znamienne różnice wystąpiły we wszystkich podskalach, a szczególnie w ocenie ogólnej specyficznej jakości życia (p<0,000001).

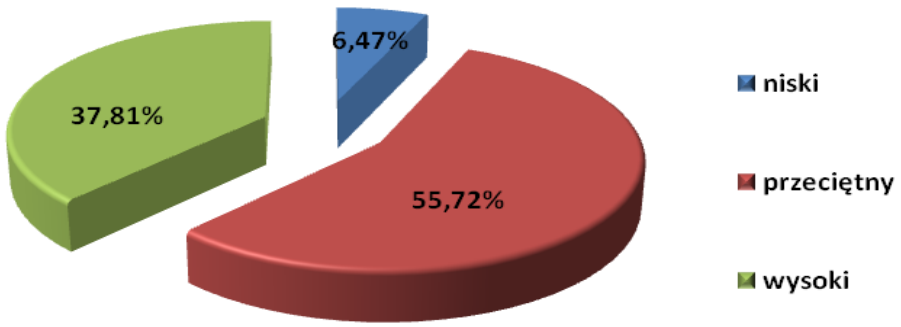
Miejsce zamieszkania także miało wpływ na poziom odczuwanej jakości życia związanej z POChP, gdyż wśród mieszkańców dużych miast oraz małych wsi zaobserwowano większe obniżenie oceny specyficznej jakości życia (SGRQ; p=0,03), w porównaniu z mieszkańcami miast do 20 tys., wszczególnie w zakresie objawów (p=0,04).

Również otrzymywane wsparcie okazało się znamiennie różnicować jakość życia związaną z POChP osób badanych (p=0,03), szczególnie w zakresie wpływu na życie społeczne i psychiczne.

Uogólniając uzyskane dane, można stwierdzić, że specyficzna jakość życia związana ze zdrowiem (SGRQ) okazała się najsilniej związana z badanymi czynnikami socjodemograficznymi w porównaniu z pozostałymi badanymi aspektami jakości życia. Była najbardziej na te czynniki wrażliwa.

4. 3. Poziom lęku a jakość życia pacjentów z POChP

Średnia ocena poziomu cechy lęku w badanej grupie wynosiła 47,93 ± 9,07 (Me=47,50). Wyniki przeliczone na normy stenowe wykazały, że tylko 6,47% (n=13) ankietowanych odczuwało niski (1-4 sten) poziom lęku, zaś 55,72% (n=112) przeciętny (5-7 sten) i 37,81% (n=76) wysoki (8-10 sten; ryc. 22).



Ryc. 22. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem oceny poziomu lęku.

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej nie stwierdzono istotnych różnic poziomu lęku pomiędzy kobietami i mężczyznami, (p=0,84; tabela 41).

Tabela 41. Płeć a poziom lęku

Płeć	Średnia	Odch. std.	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl
Kobiety	47,79	9,121	42,00	48,00	54,00
Mężczyźni	47,98	9,087	41,00	47,00	54,00
Analiza statystyczna: Z=-0,21; p=0,84					

Z- wynik testu U Manna-Whitneya; n- liczba osób; p - poziom istotności

4.3.1. Poziom lęku a ogólna jakość życia

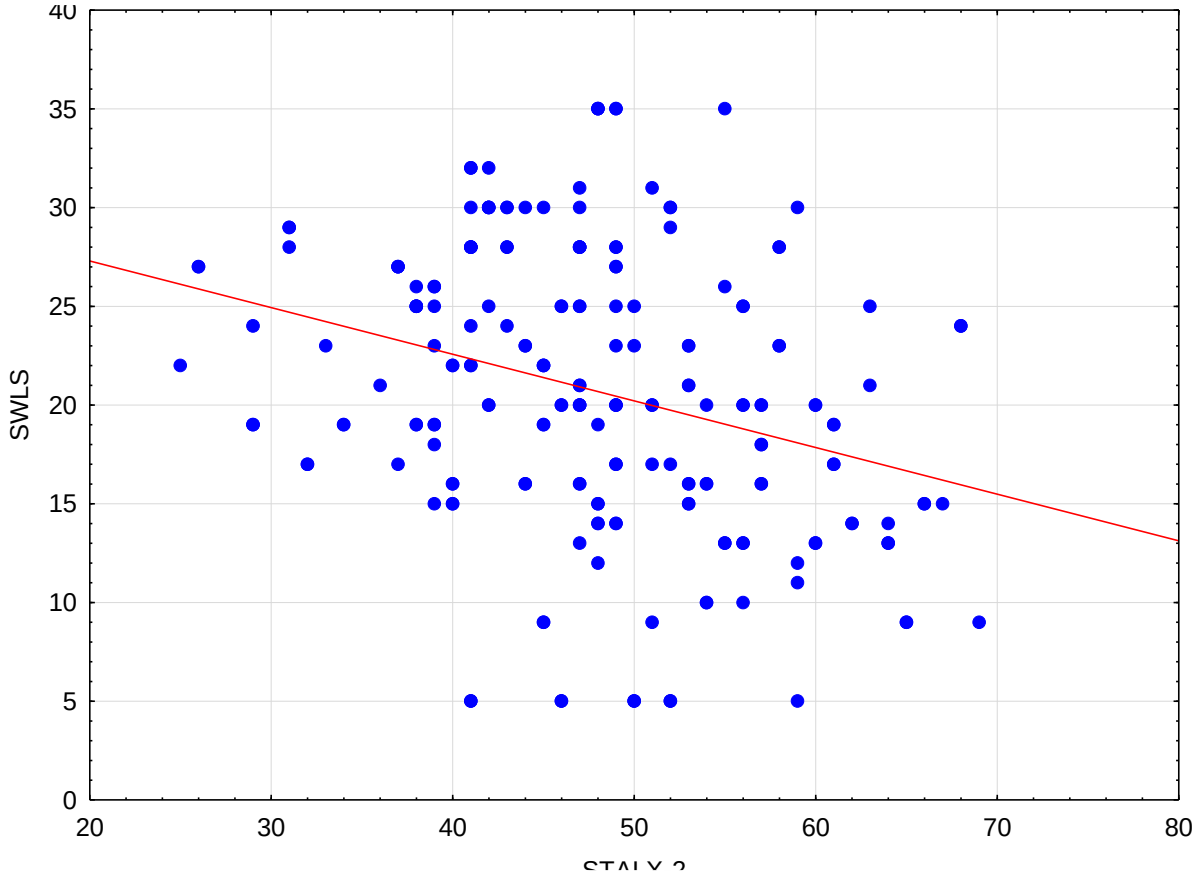
Analiza statystyczna wykazała, że badani z niskim poziomem satysfakcji z życia (SWLS) cechowali się istotnie wyższym poziomem lęku niż badani z przeciętnym lub wysokim poziomem ogólnej jakości (satysfakcji) życia. Różnice te były wysoce istotne (p<0,0001; tabela 42).

Tabela 42. Poziom lęku (STAI-X2) a ogólna jakość życia (SWLS)

Poziom satysfakcji z życia	Wartości poziomu lęku				
	Średnia	Odch. std.	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl
Niski	54,22	7,34	48,00	54,00	60,00
Przeciętny	47,72	9,05	40,00	47,50	54,00
Wysoki	44,99	8,38	41,00	44,00	49,00
Analiza statystyczna: H=26,48; p<0,0001*					

H - wynik testu Kruskala-Wallisa; p - poziom istotności; *- oznacza wysoki poziom istotności

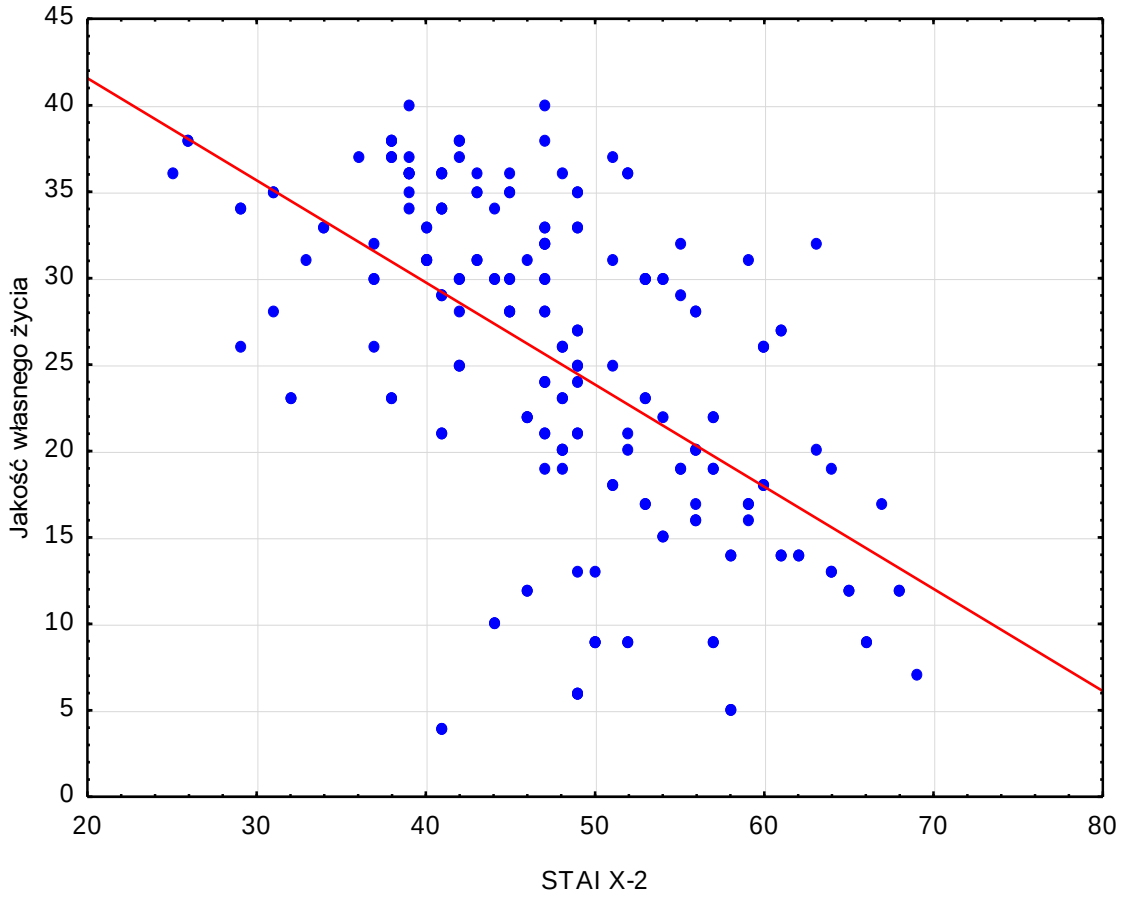
Analiza korelacji wykazała istotny negatywny związek pomiędzy nasileniem cechy lęku (skłonność do reagowania lękiem) a poziomem satysfakcji z życia (R=-0,32, p=0,000003). Im wyższy poziom lęku tym satysfakcja z życia jest mniejsza (ryc. 23).



Ryc. 23. Korelacja pomiędzy lękiem (STAI-X2) a ogólną jakością życia (SWLS).

4.3.2. Poziom lęku a jakość życia związana ze zdrowiem

Analiza statystyczna wykazała również istotny związek pomiędzy nasileniem lęku jako cechy a oceną jakości życia związanej ze zdrowiem (SJŻ). Ujemna korelacja pomiędzy skłonnością do reagowania lękiem a jakością życia okazała się wysoka (R=-0,61; p<0,000001). Im większe było nasilenie tej skłonności , tym gorszą jakością życia związaną ze zdrowiem cechowali się pacjenci, (ryc. 24).



Ryc. 24. Korelacja pomiędzy lękiem (STAI-X2) a jakością życia związaną ze zdrowiem (SJŻ).

4.3.3. Poziom lęku a specyficzna jakość życia związana z POChP

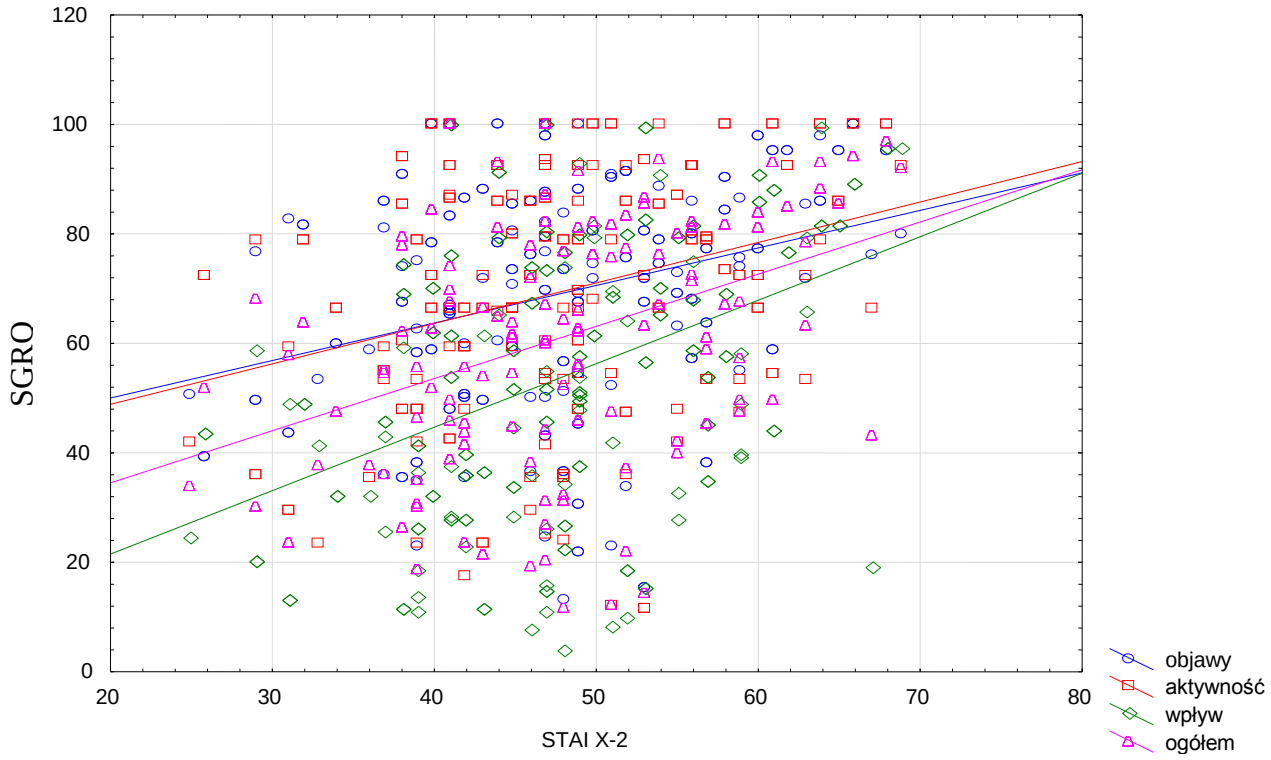
Przeprowadzona analiza korelacji wykazała także istotny związek pomiędzy nasileniem lęku jako cechy a specyficzną jakością życia związaną z chorobą (SGRQ). Korelacje przyjmowały wartości od R=0,28 (objawy choroby) do R=0,41 (wpływ na życie społeczne i psychiczne).

Wraz z większą skłonnością do reagowania lękiem jakość życia związana z POChP pogarszała się we wszystkich podskalach (tabela 43; ryc. 25). Warto jednak, że siła związku najwyraźniej zaznaczyła się w sferze życia społecznego i psychicznego pacjentów.

Tabela 43. Ocena związku pomiędzy poziomem cechy lęku (STAI-X2) a obniżaniem się specyficznej jakości życia (SGRQ)

Składowe	Analiza statystyczna	
	R	p
Objawy choroby	0,28	0,00007*
Aktywność fizyczna	0,29	0,00003*
Wpływ na życie społeczne i psychiczne	0,41	<0,00001*
Ogólna ocena	0,40	<0,00001*

R - współczynnik korelacji Spearmana; p - poziom istotności; *- oznacza wysoki poziom istotności

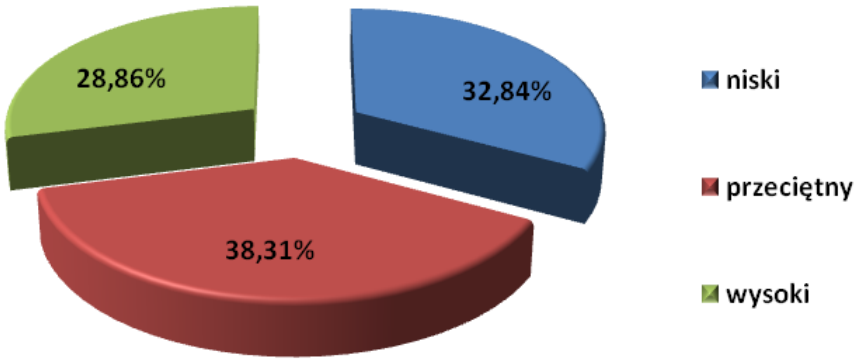


Ryc. 25. Korelacja pomiędzy poziomem lęku (STAI-X2) a specyficzną jakością życia (SGRQ).

Podsumowując kolejny fragment analizy wyników, poświęcony związkowi pomiędzy skłonnością do reagowania lękiem u pacjentów a ich jakością życia można stwierdzić, że zgodnie z hipotezą nr 3, jakość życia pacjentów hospitalizowanych z powodu POChP ulega wyraźnemu pogorszeniu wraz z nasileniem się cechy lęku. Należy podkreślić, że hipoteza nr 3 znalazła potwierdzenie, w odniesieniu do wszystkich trzech aspektów jakości życia, tj.: ogólnej jakości życia (SWLS), ($p<0,0001$), jakości życia związanej ze zdrowiem (SJŻ), ($p<0,000001$) oraz specyficznej jakości życia związanej z POChP (SGRQ). We wszystkich tych przypadkach wraz ze wzrostem skłonności do reagowania lękiem jakość życia pacjentów ulegała wyraźnemu pogorszeniu. Warto zwrócić uwagę, że zależność ta była stosunkowo najsłabsza w przypadku ogólnej jakości życia ($R=-0,32$), (satysfakcja z całego dotychczasowego życia), a najsilniejsza w przypadku jakości życia związanej ze zdrowiem ($R=-0,61$).

4.4. Poziom optymizmu w badanej grupie chorych a jakość życia pacjentów z POChP

Biorąc pod uwagę wyniki przeliczone na normy stenowe stwierdzono, że 32,84% (n=66) ankietowanych posiadało niski poziom optymizmu (1-4 sten), natomiast 38,30% (n=77) przeciętny (5-6 sten) i 28,86% (n=58) wysoki (7-10 sten) (ryc. 26; Juczyński, 2001).



Ryc. 26. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem oceny poziomu optymizmu.

W wyniku analizy statystycznej nie stwierdzono istotnych różnic w nasileniu optymizmu pomiędzy kobietami i mężczyznami (p=0,43; tabela 44).

Tabela 44. Płeć a poziom optymizmu (LOT-R)

Płeć	Średnia	Odch. std.	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl
Kobiety	14,70	4,17	12,00	14,00	17,00
Mężczyźni	14,29	3,11	12,00	14,00	17,00
Analiza statystyczna: Z=0,80; p=0,43					

Z- wynik testu U Manna-Whitneya; p - poziom istotności

Analiza statystyczna przeprowadzona przy pomocy testu *Chi*^{2} również nie wykazała związku pomiędzy płcią a poziomem optymizmu (p=0,59; tabela 45).

Tabela 45 . Ocena poziomu optymizmu (LOT-R) z uwzględnieniem płci (*Chi*^{2})

Płeć	Poziom optymizmu			Ogółem
	Niski	Przeciętny	Wysoki	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Kobiety	16 (28,57)	21 (37,50)	19 (33,93)	56 (100,00)
Mężczyźni	49 (34,03)	56 (38,89)	39 (27,08)	144 (100,00)
Razem	37 (18,50)	90 (45,00)	73 (36,50)	200 (100,00)
Analiza statystyczna :Chi^2=1,04; p=0,59				

n- liczba osób; p - poziom istotności

4.4.1. Poziom optymizmu a ogólna jakość życia

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w ocenie poczucia optymizmu a ogólną jakością życia (SWLS) (p=0,97; tabela 46).

Tabela 46. Poziom optymizmu (LOT-R) a ogólna jakość życia (SWLS)

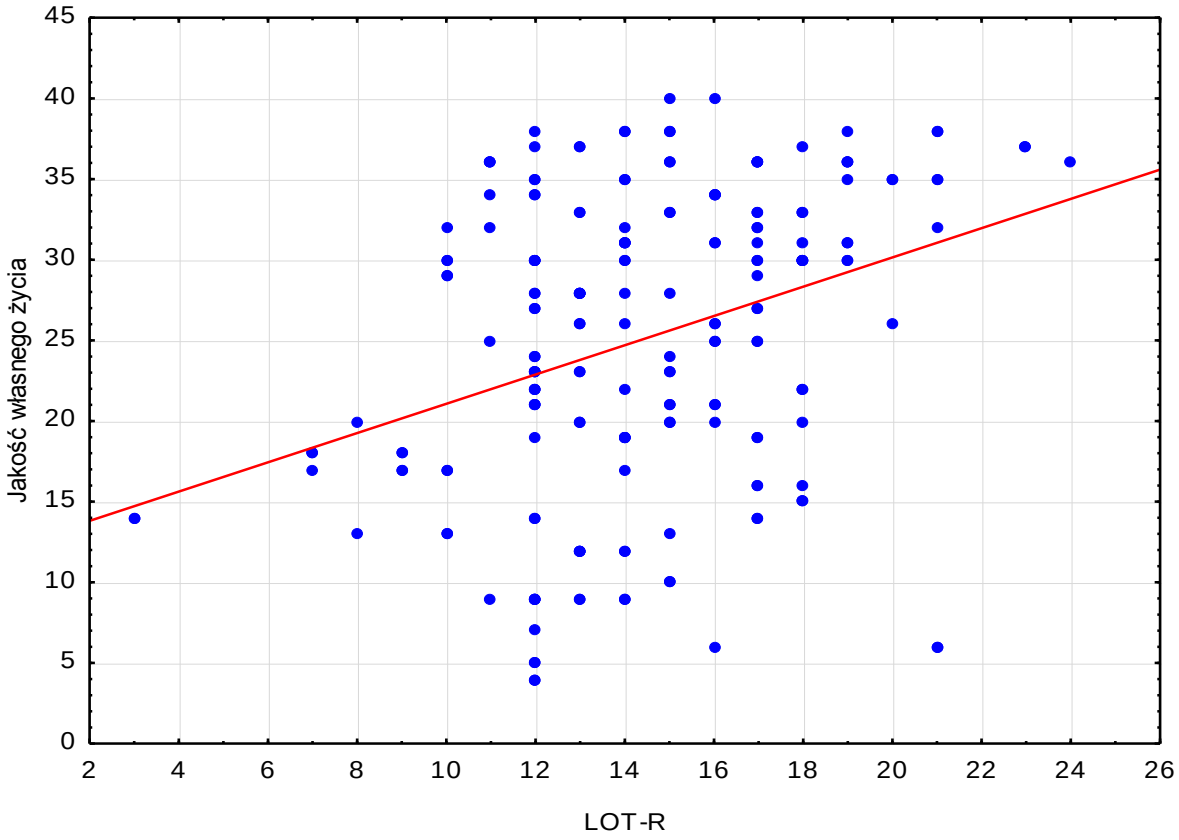
Poziom satysfakcji z życia	Wartości poziomu optymizmu				
	Średnia	Odch. std.	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl
Niski	23,41	3,88	21,00	24,00	25,00
Przeciętny	23,73	3,94	22,00	24,00	26,00
Wysoki	23,97	4,22	21,00	24,00	26,00
Analiza statystyczna: H=0,06; p=0,97					

H - wynik testu Kruskala-Wallisa; p - poziom istotności

Również analiza korelacji nie wykazała istotnego związku pomiędzy poziomem optymizmu a oceną poziomu ogólnej satysfakcji z życia (R=0,0002; p=0,99).

4.4.2. Poziom optymizmu a jakość życia związana ze zdrowiem

Przeprowadzona analiza korelacji wykazała istotny statystycznie związek pomiędzy jakością życia związaną ze zdrowiem (SJŻ) a poziomem optymizmu (LOT-R) (R=0,33; p=0,00002). Wraz z większym optymizmem rośnie jakość życia związana ze zdrowiem (ryc. 27).



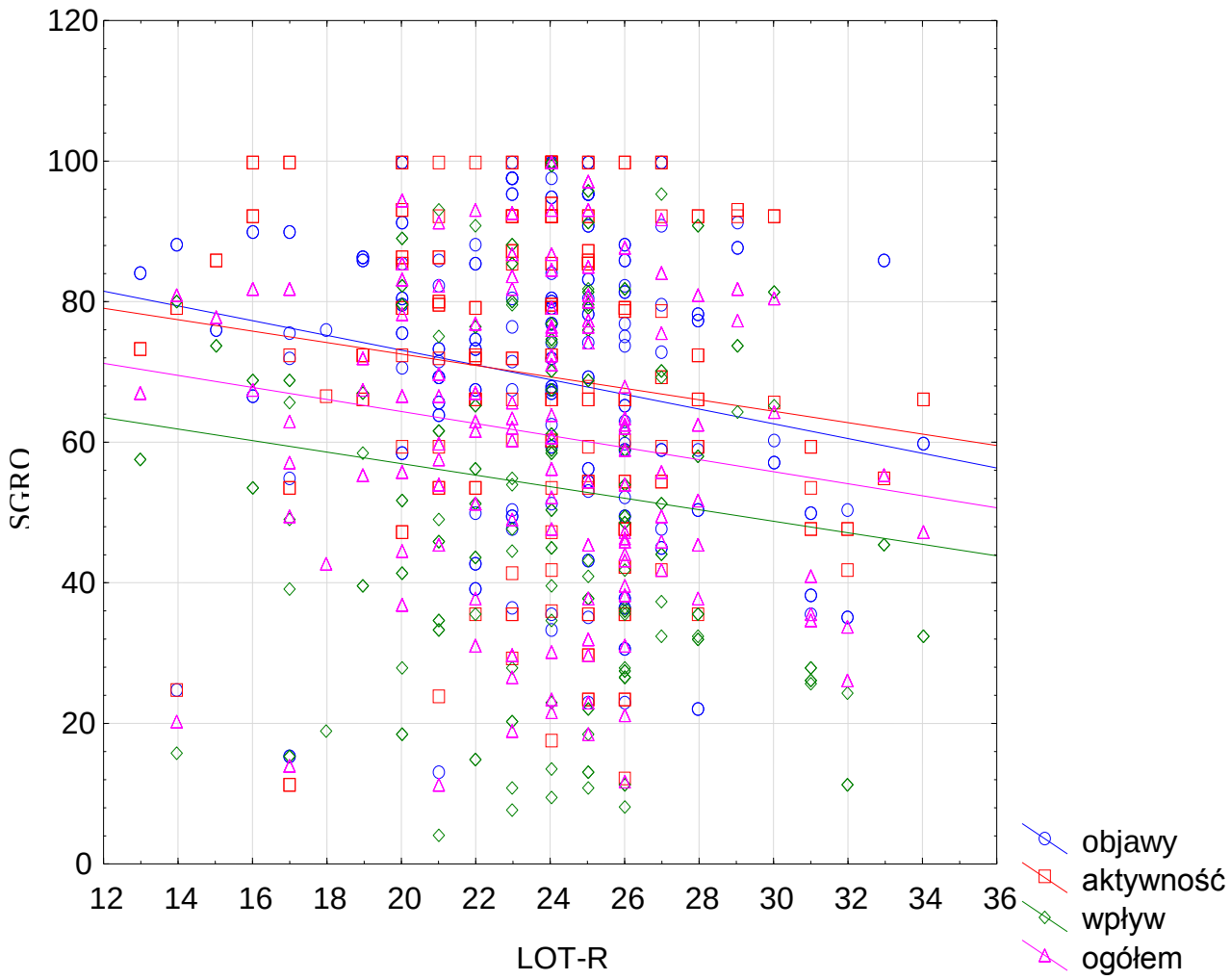
Ryc. 27. Korelacja poziomu optymizmu (LOT-R) z jakością życia związana ze zdrowiem (SJŻ).

4.4.3. Poziom optymizmu a specyficzna jakość życia związana z POChP

Przeprowadzona analiza wykazała niską, lecz istotną statystycznie, ujemną korelację pomiędzy optymizmem a spadkiem specyficznej jakości życia związanej z POChP w podskalach dotyczących: objawów choroby (-0,23) (p=0,001), aktywności fizycznej (-0,20; p=0,01) oraz oceny ogólnej upośledzenia jakości życia (-0,18; p=0,01). Nie wykazano natomiast związku pomiędzy optymizmem a specyficzną jakością życia w podskali wpływ choroby na życie społeczne i psychiczne (-0,13; p=0,06). Z uzyskanych danych wynika łącznie, że optymizm wykazuje pozytywny związek z jakością życia dotyczącą POChP, mierzoną kwestionariuszem SGRQ (tabela 47; ryc.28).

Tabela 47. Optymizm a upośledzenie specyficznej jakości życia (SGRQ)

Składowe	Analiza statystyczna	
	R	p
Objawy choroby	-0,23	0,001*
Aktywność fizyczna	-0,20	0,01*
Wpływ na życie społeczne i psychiczne	-0,13	0,06
Ogólna ocena	-0,18	0,01*



Ryc.28. Korelacja pomiędzy optymizmem a specyficzną jakością życia (SGRQ).

Podsumowując ten kolejny fragment analizy otrzymanych wyników można stwierdzić, że istnieje pozytywny związek pomiędzy optymizmem a jakością życia związaną ze zdrowiem oraz specyficzną jakością życia pacjentów hospitalizowanych z powodu POChP.

Natomiast co ciekawe, nie stwierdzono związku pomiędzy optymizmem a ogólną jakością życia w badanej grupie pacjentów. Tym samym hipoteza nr 4 uzyskała jedynie częściowe potwierdzenie. Wraz ze wzrostem optymizmu ulega poprawie jakość życia związana ze zdrowiem (SJŻ) oraz specyficzna jakość życia dotycząca POChP (SGRQ) we wszystkich podskalach z wyjątkiem wpływu choroby na życie społeczne i psychiczne.

4. 5. Poczucie koherencji a jakość życia pacjentów z POChP

Charakteryzując poczucie koherencji w badanej grupie chorych z POChP łatwo zauważyć, że najwyższe wyniki odnotowano dla poczucia zrozumienia, a kolejno dla poczucia zaradności i sensowności (tabela 48).

Tabela 48 . Ocena poziomu koherencji (SOC-13) w badanej grupie pacjentów

Poczucie koherencji (składowe)	Średnia	Odch. std.	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl
Poczucie sensowności (PS)	19,06	4,81	16,00	19,00	22,00
Poczucie zrozumienia (PZR)	21,54	6,09	17,00	21,00	26,00
Poczucie zaradności (PZ)	18,05	5,22	15,00	18,00	21,00
Ogółem (SOC)	58,64	13,36	51,00	58,00	67,00

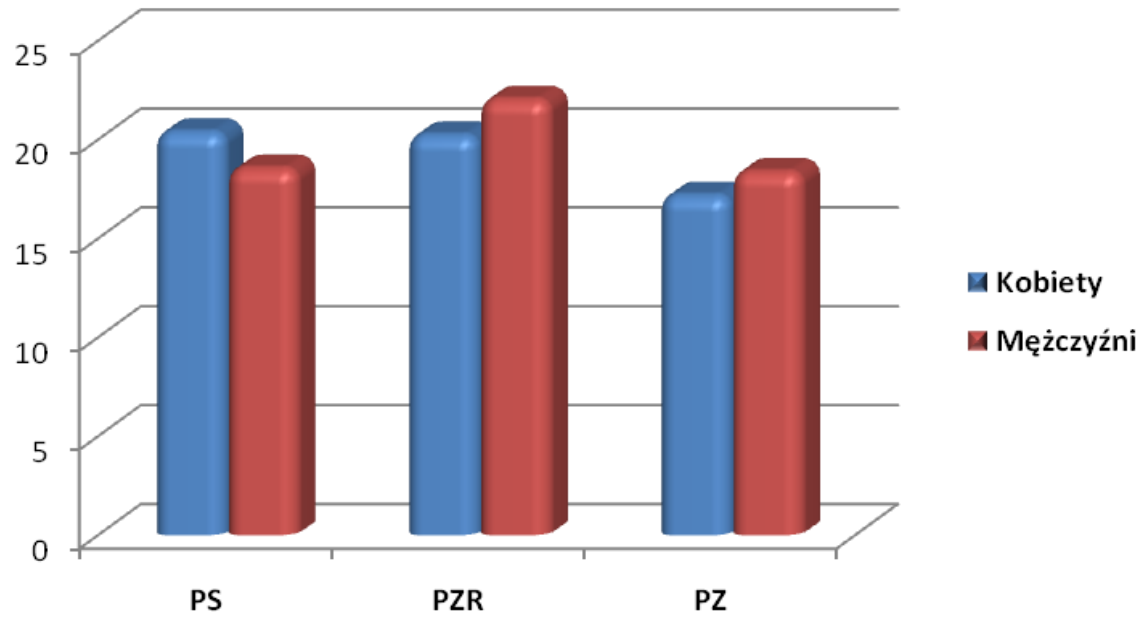
W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono u kobiet istotnie wyższy poziom sensowności w porównaniu z mężczyznami (p=0,02).

Poczucie zrozumienia, poczucie zaradności oraz ogólny poziom koherencji u kobiet i mężczyzn nie różniły się w sposób statystycznie istotny (tabela 49; ryc. 29).

Tabela 49. Płeć a poziom poczucia koherencji (SOC-13) w badanej grupie pacjentów

Poczucie koherencji (składowe)	Kobiety			Mężczyźni			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch. std.	Średnia	Mediana	Odch. std.	Z	P
Poczucie sensowności (PS)	20,39	20,00	4,15	18,55	18,00	4,97	-2,30	0,02*
Poczucie zrozumienia (PZR)	20,23	19,00	6,22	22,04	22,00	5,98	1,70	0,09
Poczucie zaradności (PZ)	17,18	18,00	4,84	18,38	18,00	5,34	1,15	0,25
Ogółem (SOC)	57,80	55,00	12,51	58,97	58,00	13,70	0,52	0,61

Z- wynik testu U Manna-Whitneya; p - poziom istotności; *- oznacza wysoki poziom istotności



PS - poczucie sensowności; PZR - poczucie zrozumieni; PZ - poczcie zaradności

Ryc. 29. Ocena poczucia koherencji w grupie kobiet i mężczyzn.

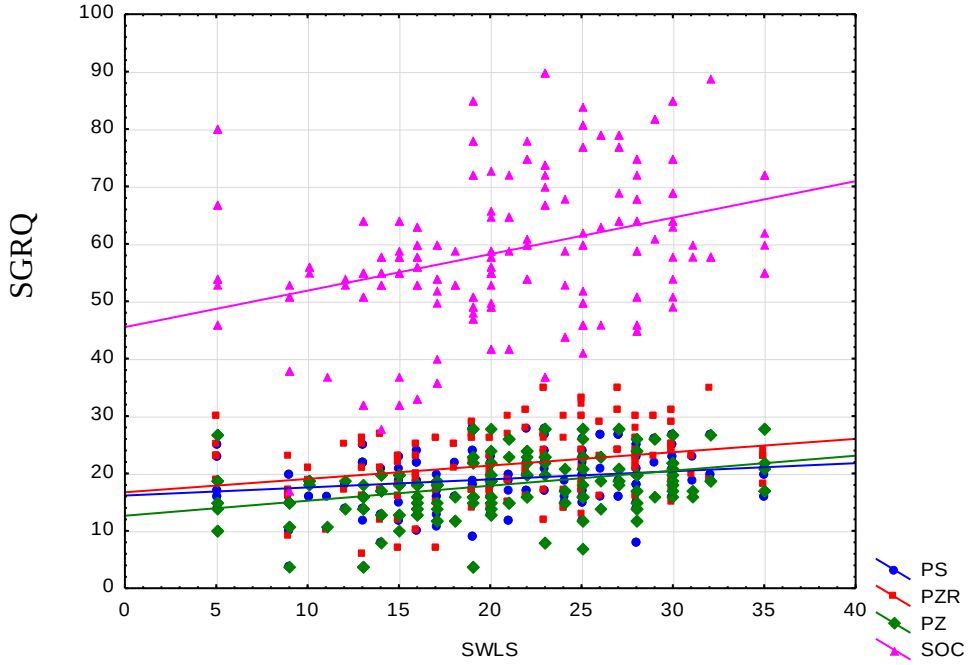
4.5.1. Poczucie koherencji a ogólna jakość życia

Analiza korelacji potwierdziła pozytywny związek pomiędzy poczuciem koherencji a poziomem ogólnej jakości życia (SWLS). Korelacje przyjmowały wartości od R=0,21 (poczucie sensowności) do R=0,39 (poczucie zaradności). Ogólnie, im wyższy poziom poczucia koherencji tym wyższy poziom ogólnej jakości życia (tabela 50; ryc. 30).

Tabela 50. Ocena związku pomiędzy poczuciem koherencji a ogólną jakością życia (SWLS)

Poczucie koherencji (składowe)	Analiza statystyczna	
	R	p
Poczucie sensowności (PS)	0,21	0,003*
Poczucie zrozumienia (PZR)	0,28	0,00006*
Poczucie zaradności (PZ)	0,39	<0,000001*
Ogółem (SOC)	0,35	<0,000001*

R - współczynnik korelacji Spearmana; p - poziom istotności; *- oznacza wysoki poziom istotności



Ryc. 30. Korelacja pomiędzy poczuciem koherencji a ogólną satysfakcją z życia (SWLS)

Dokonując krótkiego podsumowania, można stwierdzić, że uzyskany wynik wskazuje na pozytywny związek pomiędzy poczuciem koherencji i jej składowymi a ogólną jakością życia (SWLS), co potwierdza hipotezę nr 5.

4.5.2. Poczucie koherencji a jakość życia związana ze zdrowiem

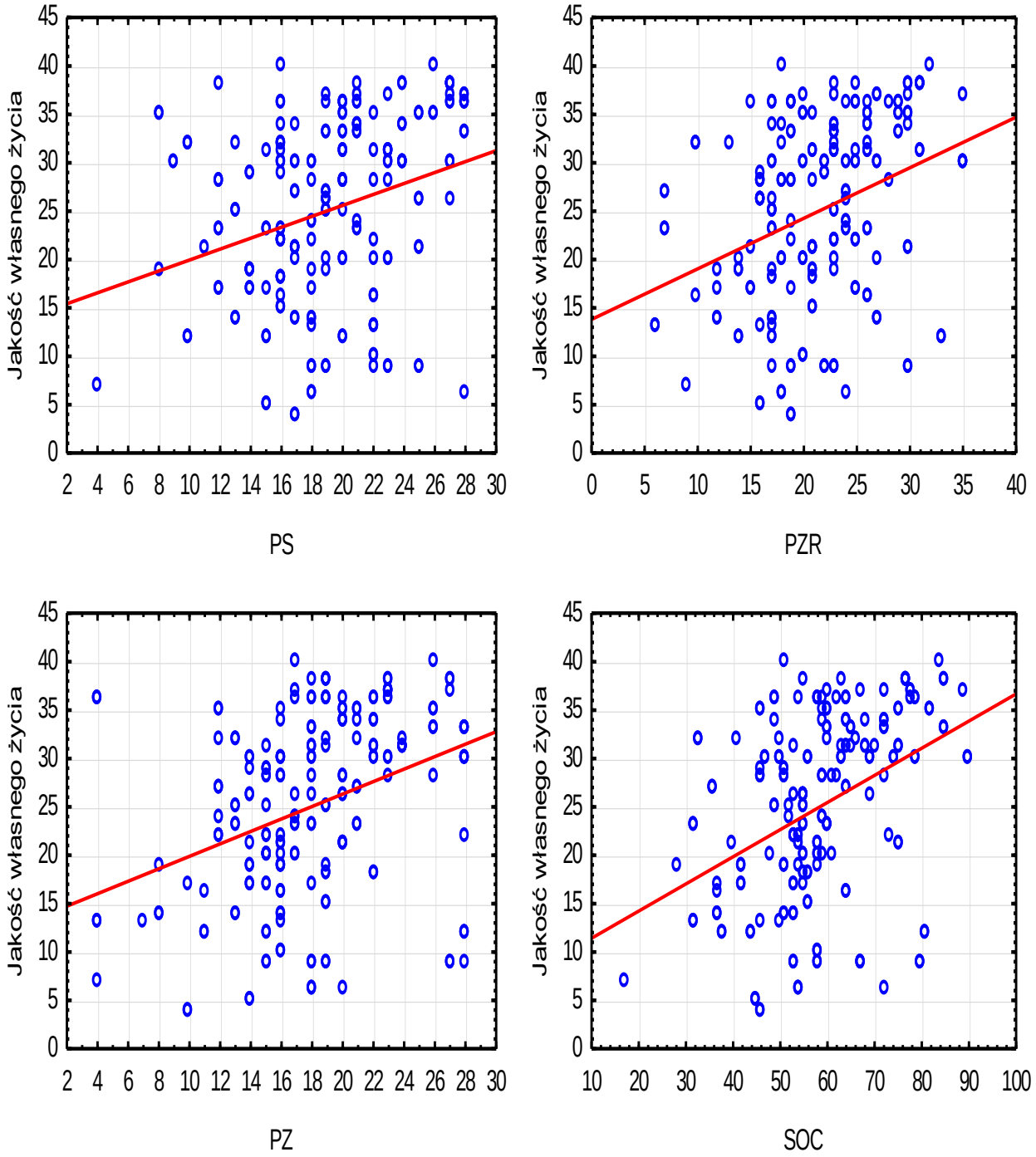
Kolejna analiza wskazuje również na istotny, pozytywny związek pomiędzy ogólnym poziomem koherencji (R=0,43), zrozumienia (R=0,38), zaradności (R=0,41) i poczuciem sensowności (R=0,33) a jakością życia związaną ze zdrowiem (SJŻ), co tym samym potwierdza hipotezę nr 5.

Wyższe poczucie koherencji łączy się więc z poprawą jakości życia, związanej ze zdrowiem, mierzoną skalą SJŻ (tabela 51; ryc.31).

Tabela 51. Związek pomiędzy poczuciem koherencji a jakością życia związaną ze zdrowiem (SJŻ)

Poczucie koherencji (składowe)	Analiza statystyczna	
	R	p
Poczucie sensowności (PS)	0,33	0,000001*
Poczucie zrozumienia (PZR)	0,38	<0,000001*
Poczucie zaradności (PZ)	0,41	<0,000001*
Ogółem (SOC)	0,43	<0,000001*

R - współczynnik korelacji Spearmana; p - poziom istotności; *- oznacza wysoki poziom istotności



PS - poczucie sensowności;PZR - poczucie zrozumienia; PZ - poczucie zaradności; SOC- ogólne poczucie koherencji

Ryc.31. Korelacja pomiędzy poczuciem koherencji (SOC) i jego komponentami a jakością życia związaną ze zdrowiem (SJŻ).

4.5.3. Poczucie koherencji a specyficzna jakość życia związana z POChP

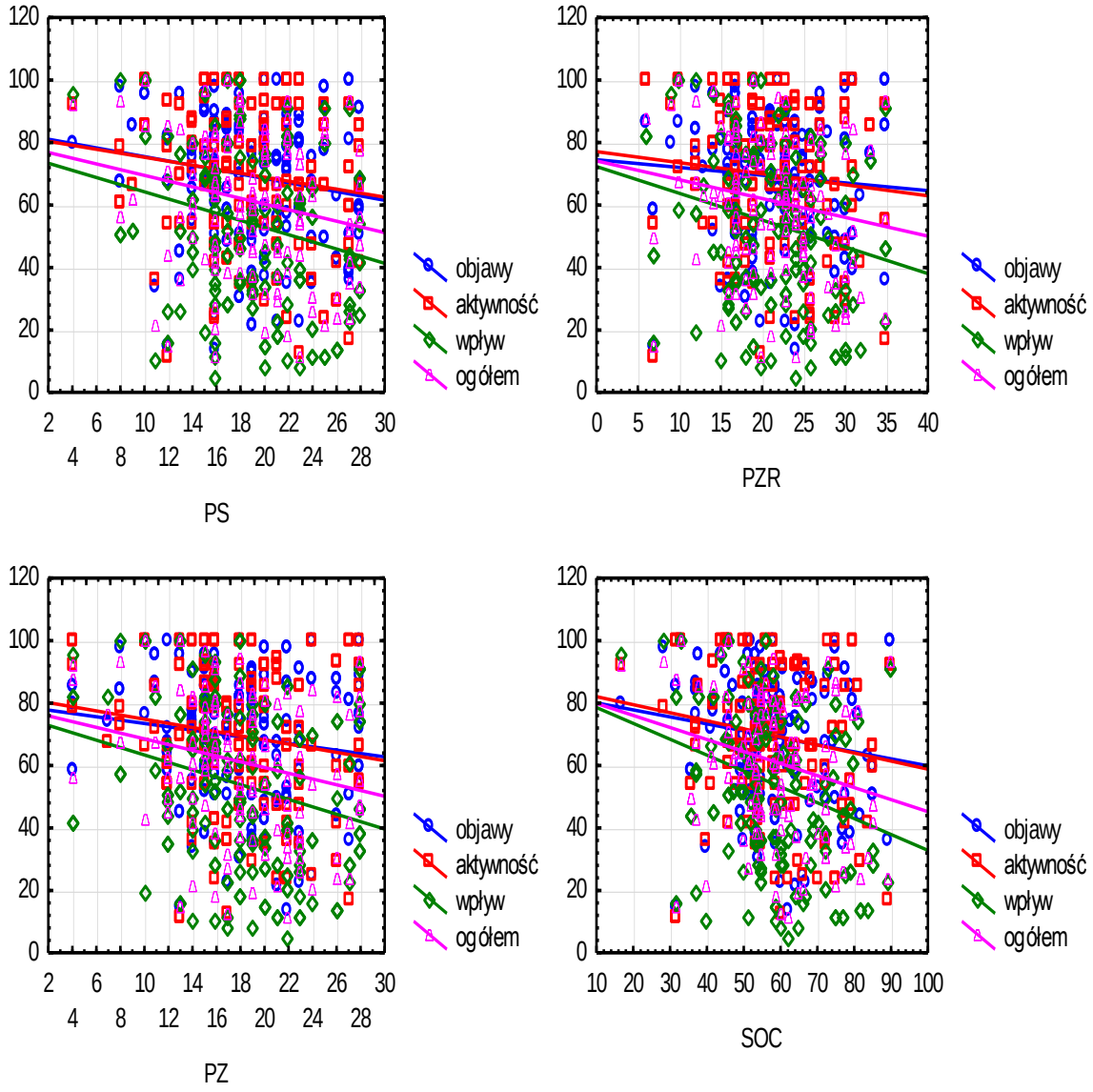
W wyniku dalszej analizy, dotyczącej tym razem specyficznej jakości życia związanej z POChP, przy zastosowaniu współczynnika korelacji R Spearmana, stwierdzono istotny związek pomiędzy poczuciem sensowności a specyficzną jakością życia we wszystkich podskalach (SGRQ). Ponieważ, kwestionariusz ten mierzy spadek jakości życia, korelacje przyjmowały wartości ujemne od R=-0,15 do R=-0,20. Wskazuje to, że wyższe poczucie sensowności wpływa na poprawę specyficznej jakości życia. Podobnie poczucie zaradności korelowało ujemnie z pogorszeniem specyficznej jakości życia we wszystkich podskalch, gdzie korelacje przyjmowały również ujemne wartości od R=-0,14 do R=-0,27. Stwierdzono również negatywny związek pomiędzy poczuciem zrozumienia a pogorszeniem jakości życia społecznego i psychicznego (R= -0,23) oraz ogólnym wskaźnikiem pospecyficznej jakości życia (R=-0,20).

Ogólnie ujmując, wyższe poczucie koherencji (p<0,001), w tym sensowności (p<0,01), zrozumienia (p<0,004) i zaradności (p<0,001), łączyło się z poprawą specyficznej jakości życia dotyczącej POChP. Wykazany związek okazał się znamienny statystycznie (tabela 52; ryc.32).

Tabela 52. Związek pomiędzy poczuciem koherencji a upośledzeniem jakości życia związanej z POChP (SGRQ)

Składowe	Poczucie koherencji							
	Poczucie sensowności		Poczucie zrozumienia		Poczucie zaradności		SOC	
	R	p	R	p	R	p	R	p
Objawy choroby	-0,17	0,01*	-0,11	0,11	-0,14	0,06	-0,15	0,04*
Aktywność fizyczna	-0,15	0,03*	-0,12	0,08	-0,16	0,03*	-0,16	0,02*
Wpływ na życie społeczne i psychiczne	-0,20	0,005*	-0,23	0,001*	-0,27	0,0001*	-0,27	0,0001*
Ogólna ocena	-0,20	0,01*	-0,20	0,004*	-0,23	0,001*	-0,24	0,001*

R - współczynnik korelacji Spearmana; p - poziom istotności; *- oznacza wysoki poziom istotności; SOC- ogólne poczucie koherencji



PS - poczucie sensowności;PZR - poczucie zrozumienia; PZ - poczucie zaradności; SOC- ogólne poczucie koherencji

Ryc. 32. Korelacja pomiędzy poczuciem koherencji a jakością życia związaną z chorobą (SGRQ).

Podsumowując dane prezentowane w podrozdziale 4.5, wykazano ujemną korelację pomiędzy poczuciem koherencji a spadkiem specyficznej jakości życia związanej z POChP, co pozwoliło na potwierdzenie hipotezy nr 5.

4.6. Siła związku pomiędzy stanem zdrowia oraz czynnikami socjodemograficznymi i psychologicznymi a jakością życia pacjentów z POChP

Aby ocenić jaki rodzaj czynników, a więc, związanych ze stanem zdrowia, socjodemograficznych, czy psychologicznych, wpływa najbardziej na jakość życia pacjentów z POChP wykorzystano metodę analizy regresji krokowej. W analizie regresji krokowej postępującej dla zmiennych zależnych, tj. SWLS (ogólna satysfakcja z życia), SJŻ (jakość życia związana ze zdrowiem) oraz SGRQ (specyficzna jakość życia związana z POChP), uwzględniono takie zmienne niezależne jak: płeć (zmienne oznaczone kodami 1-kobieta, 2-mężczyzna), wiek, aktywność zawodowa, wsparcie, liczba hospitalizacji, liczba dni pobytu w szpitalu, nasilenie duszności (MRC), poziom optymizmu (LOT-R), poziom koherencji (SOC-13), nasilenie cechy lęku jako cechy (STAI-X2).

Do modelu wyjaśniającego zmienność SWLS (ogólna satysfakcja z życia) weszły takie zmienne jak: poziom zrozumienia (PZ), oraz liczba hospitalizacji (LH). Pozostałe zmienne nie weszły do modelu. Parametry strukturalne modelu wraz z wyrazem wolnym okazały się wysoce istotne ($p<0,00001$). Zmienna poziom zrozumienia (PZ) weszła do modelu jako pierwsza i wyjaśniła 13% wariancji jakości życia (SWLS), natomiast następnie do modelu weszła zmienna liczba hospitalizacji. Otrzymany model regresji wyjaśnił jednak tylko 15% wariancji zmiennej SWLS (tabela 53).

Tabela 53. Model regresji dla zmiennej: ogólna satysfakcja z życia (SWLS)

Czynniki	Beta	Błąd std. Beta	B	Błąd std. B	t	p
Poziom zrozumienia (PZ)	0,338	0,089	0,459	0,098	5,11	0,000001
Liczba hospitalizacji (LH)	-0,151	0,630	-1,441	0,630	-2,29	0,02
	R^2skoryg.= 0,15			F=17,22; p<0,00001		

Beta-standaryzowany współczynnik regresji; B-niestandaryzowany współczynnik regresji; t-wynik testu t Studenta; F-wynik testu Fishera; p-poziom istotności.

Z otrzymanych danych wynika, że ogólna satysfakcja z życia rośnie wraz ze wzrostem poczucia zrozumienia, natomiast pogarsza się wraz liczbą hospitalizacji. O sile powiązania poszczególnych zmiennych z SWLS świadczy standaryzowany współczynnik BETA. Najwyższą wartość współczynnika uzyskano dla zmiennej poziom zrozumienia, (PZ) (0,338). Wskazuje to, że poziom zrozumienia swej sytuacji życiowej ma większe znaczenie dla ogólnej jakości życia niż liczba hospitalizacji wynikająca ze stanu zdrowia. Wynik tej analizy wskazuje ponadto, że aż 85% wartości zmiennej, jaką stanowi ogólna satysfakcja z życia, zależy od czynników, których nie udało się zidentyfikować w obecym badaniu. Ujmując to nieco inaczej, można powiedzieć, że ogólna jakość życia pacjentów z POChP zależy od różnych czynników, z których tylko dwa należą do listy czynników uwzględnionych w badaniu.

Do modelu wyjaśniającego zmienność SJŻ (jakość życia związana ze zdrowiem) weszły takie zmienne jak: nasilenie lęku jako cechy (STAI-X2), liczba hospitalizacji (LH), nasilenie duszności (MRC) oraz poczucie koherencji (SOC-13). Pozostałe zmienne nie weszły do modelu. Parametry strukturalne modelu wraz z wyrazem wolnym okazały się wysoce istotne (p<0,0001).

Zmienna STAI-X2 weszła do modelu jako pierwsza i wyjaśniła 40% wariancji jakości życia (SJŻ), następnie do modelu weszła liczba hospitalizacji (LH), poziom nasilenia objawów (MRC) oraz poziom koherencji (SOC-13). Otrzymany model regresji wyjaśnił 46% wariancji zmiennej SJŻ (tabela 54).

Tabela 54. Model regresji dla zmiennej : jakości życia związana ze zdrowiem (SJŻ)

Czynniki	Beta	Błąd std. Beta	B	Błąd std. b	t	p
Cecha lęku (STAI-X2)	-0,399	0,067	-0,410	0,069	-5,936	<0,000001
Liczba hospitalizacji (LH)	-0,258	0,064	-3,223	0,805	-4,005	0,00009
Nasilenie duszności (MRC)	-0,150	0,063	-1,350	0,564	-2,395	0,02
Poziom koherencji (SOC-13)	0,150	0,065	0,104	0,045	2,294	0,02
	R^2 skoryg.=0,46			F = 80,20; p<0,0001		

Beta-standaryzowany współczynnik regresji; B-niestandaryzowany współczynnik regresji; t-wynik testu t Studenta; F-wynik testu Fishera; p-poziom istotności.

Z otrzymanych danych wynika, że jakość życia związana ze zdrowiem zmniejsza się wraz ze wzrostem skłonności do reagowania lękiem (lęk jako cecha), liczbą hospitalizacji oraz z nasileniem duszności, natomiast ulega poprawie wraz z poczuciem koherencji. O sile powiązania poszczególnych zmiennych z SJŻ świadczy standaryzowany współczynnik BETA. Najwyższą wartość współczynnik ten uzyskał dla zmiennej STAI-X2 (- 0,399). Warto więc zwrócić uwagę, że lęk okazał się czynnikiem mającym największy wpływ na subiektywną jakość życia związaną ze zdrowiem. Wśród pozostałych czynników znaczenie miały liczba hospitalizacji (LH), nasilenie duszności (MRC) oraz poczucie koherencji (SOC-13), które w przeciwieństwie do wcześniejszych zmiennych wywierało pozytywny wpływ na samoocenę jakości życia. Podobnie jak w przypadku ogólnej satysfakcji z życia czynniki socjodemograficzne nie znalazły się wśród czynników warunkujących jakość życia związaną ze zdrowiem (SJŻ), a znalazły się tam zarówno czynniki dotyczące zaawansowania choroby jak i czynniki psychologiczne.

Do modelu wyjaśniającego zmienność specyficznej jakości życia związanej z POChP (SGRQ) weszły zmienne: nasilenie duszności (MRC), nasilenie lęku jako cechy (STAI-X2), liczba hospitalizacji (LH) oraz wiek (W) (tabela 55). Pozostałe zmienne nie weszły do modelu. Parametry strukturalne modelu wraz z wyrazem wolnym okazały się wysoce istotne ($p<0,00001$). Zmienna MRC weszła do modelu jako pierwsza i wyjaśniła aż 47% wariancji specyficznej jakości życia (SGRQ), natomiast następnie do modelu weszła zmienna nasilenie lęku (STAI-X2), liczba hospitalizacji (LH) i wiek (W). Otrzymany model regresji wyjaśnił aż 62% wariancji zmiennej SGRQ (tabela 55).

Tabela 55. Model regresji dla zmiennej: specyficzna jakość życia związana z chorobą (SGRQ)

Czynniki	Beta	Błąd std, Beta	B	Błąd std. b	t	p
Nasilenie duszności (MRC)	0,474	0,062	9,891	1,291	7,66	<0,000001
Cecha lęku (STAI-X2)	0,256	0,046	0,609	0,109	5,61	<0,000001
Liczba hospitalizacji (LH)	0,186	0,054	5,395	1,561	3,46	0,0007
Wiek	0,158	0,054	0,287	0,098	2,92	0,004
	R^2skoryg.=0,62			F=80,20, p<0,00001		

Beta - standaryzowany współczynnik regresji; B - niestandaryzowany współczynnik regresji; t - wynik testu t Studenta; F-wynik testu Fishera; p - poziom istotności.

Z otrzymanych danych zatem wynika, że specyficzna jakość życia związana z POChP zmniejsza się wyraźnie wraz ze wzrostem nasilenia duszności, skłonnością do reagowania lękiem, liczbą hospitalizacji oraz z wiekiem.

O sile powiązania poszczególnych zmiennych z SGRQ świadczy standaryzowany współczynnik BETA. Najwyższą jego wartość uzyskano dla zmiennej MRC (0,474). Można więc stwierdzić, że stopień zaawansowania choroby, w tym szczególnie nasilenie duszności oraz poziom lęku okazały się czynnikami wywierającymi największy wpływ na specyficzną jakość życia (SGRQ) związaną z POChP i warunkującymi ją w bardzo wysokim stopniu (62%).

Należy zauważyć, że zmienne mające wpływ na specyficzną jakość życia należą do wszystkich rozpatrywanych kategorii uwarunkowań jakości życia, a więc nasilenia choroby (stopień duszności i liczba hospitalizacji), zmiennych psychologicznych (poziom lęku) oraz zmiennych socjodemograficznych (wiek). Najsilniejszy wpływ na jakość życia związaną z POChP okazała się mieć zmienna dotycząca zaawansowania choroby (stopień duszności), warto przy tym zauważyć, że na drugim miejscu znalazła się zmienna o charakterze psychologicznym, czyli skłonność do reagowania lękiem.

Uzyskane wyniki dotyczące uwarunkowań wszystkich trzech badanych aspektów jakości życia są stosunkowo spójne. Podobnie jak ogólna jakość życia (SWLS) pacjentów z POChP rośnie wraz ze wzrostem nasilenia składowej poczucia koherencji, jaką jest poczucie zrozumienia i pogarsza się wraz z nasileniem lęku i liczbą hospitalizacji, tak jakość życia związana ze zdrowiem (SJŻ) w tej grupie pacjentów poprawia się wraz z wzrostem poczucia koherencji, a ulega wyraźnemu pogorszeniu wraz ze wzrostem poziomu lęku oraz liczbą hospitalizacji i nasileniem duszności. W przypadku specyficznej jakości życia związanej z chorobą POChP występują podobne uwarunkowania jej pogorszenia, a więc nasilenie duszności, poziom lęku i liczba hospitalizacji, a ponadto wiek. Czynniki natury medycznej okazały się z kolei mieć stosunkowo małe znaczenie w przypadku ogólnej jakości życia nie związanej ze zdrowiem.

Otrzymane wyniki łącznie wskazują, że różne aspekty jakości życia pacjentów z POChP wrażliwe są w nieco innym stopniu na czynniki warunkujące ich poziom. Wśród najważniejszych, zidentyfikowanych w badaniu uwarunkowań jakości życia związanej ze zdrowiem oraz specyficznej jakości życia związanej z chorobą, znalazły się głównie czynniki dotyczące stanu zdrowia oraz co ciekawe, czynniki natury

psychologicznej. Z czynników socjodemograficznych jedynie wiek okazał się mieć tu znaczenie i to tylko w przypadku specyficznej jakości życia związanej bezpośrednio z POChP.

Rozpatrując dalej dane uzyskane przy pomocy analizy regresji krokowej można zauważyć, że o ile w przypadku ogólnej jakości życia rozpatrywane zmienne wyjaśniają stosunkowo niewielki procent jej zmienności (15%), to w przypadku jakości życia związanej ze zdrowiem wyjaśniają ją już w 46%, a w przypadku specyficznej jakości życia związanej z POChP wyjaśniają aż 62% jej zmienności. Należy też zauważyć, że o ile w przypadku uwarunkowań ogólnej jakości życia badanych pacjentów, na pierwszym miejscu lokowały się uwarunkowania psychologiczne (poczucie zrozumienia swej sytuacji życiowej), to w przypadku ogólnej jakości życia związanej ze zdrowiem, uwarunkowania psychologiczne (lęk i poczucie koherencji) okazały się przemieszane z uwarunkowaniami płynącymi z zaawansowania choroby (liczba hospitalizacji, nasilenie duszności), a w przypadku specyficznej jakości życia związanej z POChP uwarunkowania te obejmowały wszystkie rozpatrywane grupy czynników: zaawansowanie choroby (na pierwszym miejscu nasilenie duszności, liczba hospitalizacji), na drugim czynniki psychologiczne (lęk) oraz dopiero na trzecim miejscu czynniki socjodemograficzne (wiek).

W związku z powyższym należy stwierdzić, że hipoteza nr 6 nie znalazła pełnego potwierdzenia w wynikach przeprowadzonych badań, choć zgodnie z przewidywaniami czynniki psychologiczne (lęk i poczucie koherencji) okazały się ważnymi uwarunkowaniami poziomu jakości życia pacjentów z POCHP. Ponadto warto podkreślić, że zgodnie z otrzymanymi wynikami przeprowadzonych badań, liczba hospitalizacji, stanowiąca istotny wskaźnik ogólnego stanu zdrowia, okazała się wpływać na wszystkie trzy analizowane w pracy aspekty jakości życia pacjentów, to jest na ogólne zadowolenie z życia (SWLS), jakość życia związaną ze zdrowiem (SJŻ) oraz na specyficzną jakość życia związaną z POChP (SGRQ). Co ciekawe, inny bardzo ważny wskaźnik stanu zdrowia jakim jest nasilenie duszności (MRC) okazał się istotny jedynie w przypadku jakości życia związanej ze zdrowiem (SJŻ) i specyficznej, związanej z POChP (SGRQ), natomiast nie znalazł odzwierciedlenia w uwarunkowaniach ogólnej jakości życia pacjentów.

5. Dyskusja

Ze względu na wyraźny brak opracowań dotyczących wpływu czynników psychospołecznych na jakość życia w chorobach przewlekłych układu oddechowego, a zwłaszcza POChP, przedmiotem badań zaprezentowanych w niniejszej pracy, stała się pogłębiona charakterystyka jakości życia pacjentów z tym rozpoznaniem.

Wyniki przeprowadzonych badań pozwoliły na weryfikację postawionych hipotez badawczych oraz na ocenę znaczenia wybranych czynników o charakterze psychologicznym (poczucie koherencji, optymizm, poziom lęku), socjoekonomicznym (płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, źródło utrzymania, miejsce zamieszkania) oraz medycznym (stopień zaawansowania choroby) dla jakości życia pacjentów hospitalizowanych z powodu POChP, a także na określenie pożądanych kierunków oddziaływań personelu medycznego.

W przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc dominujacym objawem jest duszność a jej stopień nasilenia łączy się ze stopniem zaawansowania choroby i obniżeniem jakości życia. Realizując badania dokonano oceny stopnia nasilenia duszności, jako głównego wyznacznika postępu choroby i jej przypuszczalnego wpływu na jakość życia badanej grupy chorych. Ponadto, rozpatrywano inne ważne wskaźniki stopnia zaawansowania choroby, takie jak: czas trwania choroby, liczba dni pobytu w szpitalu i hospitalizacji oraz tryb nagły przyjęcia do szpitala. Wstępnie założono, że zasadnicze znaczenie dla jakości życia chorych na POChP będą miały czynniki psychologiczne, a nie stan zaawansowania choroby.

Ponieważ jakość życia jest złożonym konstruktem pojęciowym, zawierającym różne aspekty, postanowiono każdy z nich poddać osobnej ocenie, aby uzyskać możliwie pełny obraz występujących zależności. Tym samym rozpatrywano ogólną jakość życia badanych rozumianą jako satysfakcję z calego dotychczasowego życia, ogólną jakość życia związaną ze zdrowiem oraz specyficzną jakość życia związaną z POChP. Wykorzystano w tym celu stosowne narzędzia pomiaru pozwalające na ocenę wymienionych aspektów. Należy zwrócić uwagę, że brak jest w literaturze medycznej opisów tego typu wielowymiarowych badań oceniających jednocześnie różne aspekty jakości życia chorych.

W odniesieniu do satysfakcji z życia jako całości (SWLS), pierwsza hipoteza badawcza zakładająca silny związek pomiędzy zaawansowaniem choroby a jakością

życia, nie znalazła potwierdzenia. Okazało się bowiem, że zarówno nasilenie duszności, jak i czas trwania choroby (p=0,27), liczba dni hospitalizacji (p=0,15), oraz liczba pobytów w szpitalu (p=0,23) nie różnicują w sposób znamienny ogólnej satysfakcji z życia.

Uzyskane wyniki badań własnych różnią się od otrzymanych przez Kupcewicz E. i Abramowicz A., gdzie wraz z czasem trwania choroby ogólny poziom satysfakcji z życia chorych (badanych tą samą metodą - SWLS) obniżał się znacząco (p=0,045), przy czym częstość hospitalizacji, podobnie jak w badaniach własnych, nie miała istotnego wpływu na ogólną jakość życia (p=0,11) (Kupcewicz i Abramowicz, 2015). Mimo pewnych rozbieżności z cytowanymi badaniami, uzyskane dane świadczą o istotnym znaczeniu innych czynników niż stan zdrowia i nasilenie objawów POChP w ocenie ogólnej jakości życia pacjentów. Odczuwanie stosunkowo wysokiej satysfakcji z życia przez chorych, pomimo dużych trudności, wynikających z choroby jaka ich dotknęła, prowadzi do pytania o konkretny powód, który sprawia, że ludzie oceniają swe życie pozytywnie i cieszą się nim, pomimo poważnych przeciwności i cierpień. Odpowiedź na to pytanie wykracza jednak daleko poza zakres niniejszej rozprawy.

Weryfikując pierwszą hipotezę badawczą w odniesieniu do pozostałych aspektów jakości życia poddano analizie jakość życia związaną bezpośrednio ze zdrowiem (SJŻ) i tu stwierdzono wyraźne jej obniżenie wraz z rosnącym stopniem zaawansowania choroby, zarówno w zakresie nasilenia objawów duszności (p<0,0001), jak i liczby hospitalizacji (p<0,0001) oraz czasu trwania choroby (p<0,0001). Te wyniki z kolei potwierdzają hipotezę nr 1, choć pewien wyjątek stanowi tu liczba dni hospitalizacji (p=0,86). Wyniki te, generalnie wskazują na istotną różnicę pomiędzy jakością życia rozumianą jako całość życiowych dokonań a jakością życia związaną ze zdrowiem, czy z konkretną chorobą. Można przypuszczać, że w przypadku tego pierwszego aspektu szczególne znaczenie ma to jaki sens swemu życiu nadają pacjenci oraz jaki jest stan ich zasobów osobistych, w tym zasobów psychologicznych. Kwestii tej zostanie poświęcone więcej uwagi przy omawianiu czynników psychologicznych uwzględnionych w badaniach.

Dla pełnej weryfikacji hipotezy nr 1 poddano analizie również związek pomiędzy zaawansowaniem choroby a specyficzną jakością życia, związaną z POChP. Uzyskane wyniki potwierdziły zdecydowane obniżenie się specyficznej jakości życia

SGRQ w związku z hospitalizacją, określaną czasem trwania pobytu w szpitalu, (p=0,002) i liczbą dni hospitalizacji. Jakość życia związana z POChP (SGRQ) była zdecydowanie lepiej oceniana wśród chorych, dla których był to pierwszy lub kolejny, lecz nie więcej niż piąty pobyt w szpitalu w porównaniu z chorymi hospitalizowanymi częściej (p<0,0001). Ponadto analiza korelacji wykazała istotny związek pomiędzy liczbą dni hospitalizacji a spadkiem aktywności fizycznej (R=0,22) oraz ogólną oceną spadku specyficznej jakości życia (R=0,16) związanej z chorobą. Im dłuższy był czas hospitalizacji tym większe upośledzenie w obszarze aktywności fizycznej i większe ogólne upośledzenie specyficznej jakości życia związanej z POChP. Warto w tym miejscu przywołać pracę Bąk-Drabik K. oraz Ziora D. (2004), w której analizując omawiany problem autorzy wskazują na potrzebę włączenia do planu terapii rehabilitację oddechową, w celu poprawy jakości życia chorych na POChP i poprawy ogólnych efektów leczenia.

Zgodnie z oczekiwaniami, w przypadku najważniejszego objawu POChP, czyli nasilającej się duszności, badani w początkowej fazie choroby, z I stopniem nasilenia duszności deklarowali zdecydowanie lepszą jakość życia (SGRQ) niż pacjenci z bardziej zaawansowaną chorobą (tj. z II, III czy IV stopniem nasilenia duszności) (p<0,001). Wynik ten znalazł również potwierdzenie w badaniach Bąk-Drabik K. i Ziory D., w których osoby z łagodną postacią POChP odczuwały istotnie lepszą jakość życia (SGRQ) (Bąk-Drabik i Ziora, 2010). Ponadto w badaniach prowadzonych wśród 321 pacjentów z POChP przez J.M. Anto i wsp., a także we wcześniejszych doniesieniach Ferrer M. i wsp., stwierdzono zdecydowanie gorszą specyficzną jakość życia (SGRQ) wśród chorych z zaawansowaną POChP (Ferrer i wsp., 1997; Anto´ i wsp., 2001).

Tym samym uzyskane wyniki badań własnych okazały się być spójne z cytowanymi doniesieniami, potwierdzając hipotezę nr 1 dotyczącą związku zaawansowania choroby z jakością życia osób z POChP, w tym jej aspekcie, który bezpośrednio dotyczył zdrowia oraz występujących objawów chorobowych. Dyskutowana hipoteza nie uzyskała natomiast potwierdzenia w odniesieniu do ogólnej jakości życia pacjentów, co każe przypuszczać, że ten aspekt jakości życia pozostaje w silniejszym związku z innymi czynnikami niż zdrowie.

Rozpatrując dane dotyczące kolejnej hipotezy zakładającej z kolei występowanie związku czynników socjo-demograficznych z ogólną jakością życia

(SWLS) również uzyskano tylko jej częściowe potwierdzenie. W tym przypadku, inaczej niż w przypadku czynników związanych ze stanem zdrowia, wykazano pozytywny związek pomiędzy niektórymi czynnikami socjodemograficznymi a ogólną satysfakcją z życia. Stwierdzono bowiem pozytywny związek pomiędzy aktywnością zawodową (p=0,05) i miejscem zamieszkania (p=0,02) a ogólną jakością życia. Interesujące jest, że pacjenci mieszkający w małym mieście (do 20 tysięcy mieszkańców) zdecydowanie częściej przejawiali wysoki poziom ogólnej satysfakcji z życia (61,54%) w porównaniu z pacjentami mieszkających w mieście powyżej 20 tysięcy mieszkańców (25,00%) lub we wsi albo osadzie (27,74%).

Nie stwierdzono natomiast istotnego związku pomiędzy wykształceniem (p=0,10), płcią (p=0,66) i co ciekawe, wiekiem (R=-0,02; p=0,81) a ogólną jakością życia. Wynik ten generalnie zdaje się potwierdzać przypuszczenie, że w przypadku satysfakcji z życia jako całości, zależy ona od wielu ważnych czynników dostarczających człowiekowi poczucie sensu i satysfakcji, które niekoniecznie wiążą się z wartością jaką dla człowieka jest zdrowie.

Uzyskane dane okazały się spójne z wynikami badań Kupcewicz E. i Abramowicz A. przeprowadzonymi w grupie 96 chorych z rozpoznaną POChP za pomocą skali SWLS, w których także nie wykazano znamiennych statystycznie związków pomiędzy ogólną jakością życia a płcią (p=0,59) i wiekiem badanych (p=0,82) (Kupcewicz i Abramowicz, 2015).

Literatura, podobnie jak wykonane badania własne, wskazuje na istotny związek pomiędzy poziomem satysfakcji z życia (SWLS) a miejscem zamieszkania (p=0,003) (Kupcewicz i Abramowicz, 2015). Uzyskane w cytowanej pracy dane różnią się jednak nieco od wyników otrzymanych w badaniach własnych, gdyż wykazano tam również pozytywny związek ogólnej jakości życia z wykształceniem (p=0,0003).

Wśród czynników socjodemograficznych związanych z jakością życia pacjentów z POChP należy jeszcze wymienić aktywność zawodową oraz źródło utrzymania. Wykazano bowiem bliski istotności związek (p=0,05) pomiędzy ogólną satysfakcją z życia (SWLS) a aktywnością zawodową. Osoby czynne zawodowo częściej deklarowały wysoki poziom satysfakcji z życia, (46,43%) w porównaniu z badanymi biernymi zawodowo, (32,64%). Te dane również okazały się zbieżne z wynikami Kupcewicz E.i Abramowicz (2015).

Podsumowując, stwierdzić można, że ogólna satysfakcja z życia (ogólna jakość życia - SWLS) odnosząca się do oceny zadowolenia z życia w perspektywie ogólno-życiowych dokonań, uwarunkowana jest różnymi doświadczeniami życiowymi i środowiskowymi, bardziej związanymi z pracą i miejscem zamieszkania, niż z wiekiem, płcią, czy wykształceniem, które podobnie jak stan zdrowia nie wydają się być w tym przypadku czynnikami o podstawowym znaczeniu.

Analiza związku pomiędzy uwzględnionymi w badaniu zmiennymi socjodemograficznymi a jakością życia związaną ze zdrowiem (SJŻ), pozwoliła na potwierdzenie założonych w hipotezie nr 2 zależności. Uzyskano bowiem pozytywny związek jakości życia związanej ze zdrowiem zarówno z wykształceniem (p=0,01), jak i płcią (p=0,03), wiekiem (p=0,0003) oraz miejscem zamieszkania (p=0,0002). Należy zauważyć, że kobiety deklarowały znacznie wyższą jakość życia związaną ze zdrowiem niż mężczyźni (p=0,03). Przypuszczalnie łączyło się to z bardziej zaawansowanym wiekiem hospitalizowanych mężczyzn w porównaniu z kobietami i większym nasileniem objawów duszności obserwowanym w tej grupie pacjentów. Na podstawie własnych obserwacji zauważono rownież, że zaistniałe różnice wiązać się mogą z większą skłonnością do nawiązywania kontaktów interpersonalnych przez kobiety oraz podejmowaną przez nie większą aktywnością, dotyczącą czynności samoobsługowych podczas pobytu w szpitalu, a tym samym z lepszą, odczuwaną jakością życia.

Ankietowani w wieku 51-60 lat dokonując samooceny swej jakości życia określali zdecydowanie wyższy jej poziom w porównaniu z pozostałymi grupami wiekowymi (p=0,0003), co może oznaczać, że najlepiej oceniają swą jakość życia związaną ze zdrowiem osoby, które mają już pewne doświadczenie w sytuacji trudnej jaką jest choroba, ale nie osiągnęły jeszcze wieku podeszłego.

Rozpatrując dane, dotyczące związku czynników socjo-demograficznych (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, aktywność zawodowa) ze specyficzną jakością życia dotyczącą POChP (SGRQ) należy stwierdzić, że w tym przypadku hipoteza nr 2 potwierdziła się w całości.

Wyniki odnoszące się do specyficznej jakości życia związanej z POChP, podobnie jak w przypadku jakości życia związanej ze zdrowiem, wskazują na wyższą specyficzną jakość życia u kobiet niż u mężczyzn [ocena ogólna (p=0,0002), ocena

w zakresie objawów (p=0,0002), ocena aktywności fizycznej (p=0,001) oraz ocena wpływu choroby na życie społeczne i psychiczne (p=0,0004)].

W pracy Yohannes A.M. uzyskano wyniki różniące się nieco od uzyskanych w badaniach własnych, gdyż wykazano tam mniejsze zadowolenie z życia wśród kobiet niż wśród mężczyzn i większe nasilenie objawów (duszności), a przez to gorsze funkcjonowanie psychofizyczne i gorszą możliwość kontroli objawów POCHP (Yohannes, 2008). Wspomniane różnice mogą być wywołane różnicami kulturowymi. Znane są jednak również doniesienia (Stahl i wsp., 2005), które nie potwierdzają istotnych różnic w specyficznej jakości życia (SGRQ) u osób różniących się płcią i statusem socjo-ekonomicznym. Należy dodać, że w tych badaniach uzyskano z kolei dane korespondujące z wynikami badań własnych, dotyczące różnic pomiędzy grupami wiekowymi (z lepszą odczuwaną specyficzną jakością życia odnoszącą się do choroby (SGRQ) wśród osób poniżej 45. roku życia w porównaniu z chorymi w wieku starszym, tj. powyżej 79. roku życia), (p=0,0047). Wynik ten potwierdziły również badania Grochans i wsp. na temat czynników społeczno-demograficznych wpływających na jakość życia chorych na POChP (Grochans i wsp., 2013). Oznacza to, że wraz z wiekiem pacjentów z POChP ich jakość życia związana ze zdrowiem oraz jakość życia związana z chorobą ulegają wyraźnemu pogorszeniu. Wykazano istotną pozytywną korelację pomiędzy wiekiem a obniżeniem specyficznej jakości życia (R=0,52), nasileniem objawów (R=0,44), spadkiem aktywności fizycznej (R=0,57) oraz negatywnym wpływem choroby na życie społeczne i psychiczne (R=0,45).

W obszarze zmiennych socjodemograficznych, wykształcenie różnicowało specyficzną jakość życia (SGRQ) (p<0,0001) całościowo oraz w poszczególnych domenach: objawy, aktywność, funkcjonowanie psychospołeczne.

Chorzy z wykształceniem zawodowym odczuwali gorszą specyficzną jakość życia w porównaniu z badanymi z wykształceniem średnim lub wyższym. Stwierdzono też wysoce istotne różnice w ocenie tego aspektu jakości życia w obszarze objawów choroby (p=0,0004), aktywności (p=0,0001) oraz w obszarze wpływu choroby na życie społeczne i psychiczne (p<0,0001). Najwyższą jakość życia związaną z POChP odczuwały osoby z wykształceniem wyższym. Ta obserwacja znalazła również potwierdzenie w badaniach prowadzonych przez (Bąk-Drabik i Ziora, 2010) w których wykazano, że osoby z wykształceniem wyższym odczuwały lepszą jakość życia niż z osoby wykształceniem podstawowym, zawodowym czy średnim. Wyższa jakość życia

dotyczyła obszarów: aktywności i wpływu na życie społeczne oraz ogólnej oceny specyficznej jakości życia.

W cytowanej pracy oceniano także wpływ statusu zatrudnienia na specyficzną jakość życia (SGRQ). Osoby czynne zawodowo odczuwały znacząco lepszą jakość tego aspektu jakości życia w porównaniu z osobami niepracującymi ($p<0,001$), szczególnie w podskali wpływu na życie społeczne (Bąk-Drabik i Ziora, 2010). Podobnie w badaniach własnych czynnik - źródło utrzymania, w sposób istotny różnicował pacjentów w ocenie ogólnej ich specyficznej jakości życia związanej z POChP (SGRQ), ($p=0,04$) oraz we wszystkich podskalach tego testu. Warto zwrócić uwagę, że w badaniach własnych chorzy utrzymujący się z okresowego dochodu odczuwali zdecydowanie lepszą jakość życia związaną z POChP (w ocenie ogólnej i w poszczególnych podskalach) w porównaniu z tymi, którzy mieli stałe źródło utrzymania lub tymi, którzy go wcale nie mieli. Przypuszczalnie łączyć się to może z mniejszą presją, odczuwaną przez pacjentów, związaną z pracą zawodową i otrzymywanym wsparciem.

Stwierdzono ponadto, że pacjenci zamieszkujący małe miasto (do 20 tysięcy mieszkańców lub większe) mieli zdecydowanie lepszą specyficzną jakość życia związaną z POChP niż mieszkańcy wsi lub osad, u których upośledzenie jakości życia przez chorobę było większe. Można przypuszczać, że duże miasto może sprzyjać poczuciu osamotnienia w radzeniu sobie z chorobą, a z kolei wieś może wiązać się z większymi ograniczeniami w dostępie do fachowej opieki.

Podsumowując, można stwierdzić, że w badanej grupie chorych z POChP, hipoteza nr 2 dotycząca związku pomiędzy czynnikami socjodemograficznymi i jakością życia uzyskała częściowe potwierdzenie w obszarze ogólnej jakości życia i pełne potwierdzenie w aspekcie jakości życia związanej ze zdrowiem oraz w aspekcie specyficznej jakości życia związanej z POChP.

Otrzymane dane łącznie sugerują, iż właściwym byłoby wczesne aktywowanie pacjentów z POChP do podejmowania działań ogólnousprawniających, kierowanych szczególnie do mężczyzn, gdyż znacznie gorzej oceniają oni swą jakość życia w zakresie aktywności fizycznej oraz w zakresie funkcjonowania psychospołecznego, a co więcej w zakresie odczuwanych objawów choroby.

Przechodząc do oceny związku pomiędzy lękiem i jakością życia (hipoteza nr 3), można stwierdzić, że wraz z nasileniem lęku jakość życia ulegała znacznemu

pogorszeniu we wszystkich trzech aspektach, co potwierdziło tę hipotezę. W obszarze ogólnej satysfakcji z życia (SWLS), wykazano wysoce istotny związek pomiędzy wysokim poziomem lęku a spadkiem ogólnej satysfakcji z życia (SWLS) ($p<0,0001$).

Również ujemna, wysoka korelacja pomiędzy lękiem a jakością życia związaną ze zdrowiem (SJŻ) wskazuje, że im większe nasilenie lęku, tym gorsza jakość życia w tym obszarze u badanych pacjentów ($R=-0,61$; $p<0,000001$). Warto zauważyć, że zależność ta okazała się stosunkowo najsilniejsza, gdyż w ocenie obniżenia się specyficznej jakości życia związanej z POChP (SGRQ), zarówno w ocenie ogólnej, jak i we wszystkich trzech analizowanych podskalach korelacje przyjmowały wartości od $R=0,28$ do $R=0,41$, co również oznacza znaczne pogorszenie jakości życia wraz ze wzrostem nasilenia lęku. Wyniki te dobrze korespondują z wieloma innymi badaniami dotyczącymi wpływu negatywnych stanów emocjonalnych na jakość życia pacjentów z POChP.

W pracy Tze-Pin Ng i wsp. w badaniu prowadzonym wśród 376 pacjentów z POChP, hospitalizowanych z powodu zaostrzenia choroby, zastosowana analiza wieloczynnikowa wykazała również silny, istotny związek lęku z gorszą ogólną oceną specyficznej jakości życia (SGRQ), podobnie jak z gorszą oceną specyficznej jakości w trzech jej domenach, czyli z nasileniem objawów, spadkiem aktywności i pogorszeniem funkcjonowania psychospołecznego ($p<0,001$) (Tze-Pin Ng i wsp., 2007). Zdaniem Hill i wsp. gorsza jakość życia, w połączeniu z towarzyszącym jej uczuciem lęku, wynika często z gorszej wydolności wysiłkowej oraz hospitalizacji z powodu zaostrzeń (Hill i wsp., 2008). Według Potoczek A. i wsp. nasilenie lęku wśród chorych na POChP łączy się dodatkowo z gorszym pełnieniem ról społecznych (Potoczek i wsp., 2008).

Talarowska M. i wsp. w swej pracy odwołują się do badań Tze-Pin Ng i wsp., które dowodzą, że objawy lęku obniżają jakość życia chorych na POChP a także wpływają na liczbę i czas hospitalizacji, łącząc się ponadto ze złym rokowaniem (Talarowska i wsp., 2009).

Z kolei badania Weldam S.W.M. i wsp., wykazały, iż chorzy z POChP charakteryzujący się mniejszym natężeniem negatywnych reakcji emocjonalnych związanych z chorobą i mniejszym poczuciem lęku, są bardziej przekonani o skuteczności leczenia a tym samym deklarują zdecydowanie lepszą jakość życia. (Weldam i wsp., 2013).

O wadze problemu świadczą także inne doniesienia (Damps-Konstańska i wsp., 2009). Mówią one o złej jakości życia chorych z zaawansowaną postacią POChP, której często dodatkowo towarzyszy lęk, a znaczna liczba pacjentów odczuwa na tyle silne objawy choroby, że ich normalne życie społeczne i funkcjonowanie w rodzinie staje się niemożliwe.

Andysz A. i Merecz D. powołują się na badania na temat gorszej tolerancji skutków tej choroby wśród kobiet, które przy porównywalnych do mężczyzn parametrach wydolności płuc, mają znacznie bardziej nasiloną cechę lęku oraz poczucie duszności (Andysz i Merecz, 2012). Poszukując zależności pomiędzy lękiem a nasileniem objawów POChP, Yohannes A.M., powołuje się na prowadzone badania przez Chavannes i wsp., w których wykazano związek pomiędzy nasileniem duszności a objawami lęku. Autor ten wykazał, że objawy lęku cechowały aż 56%, chorych przyjętych z zaostrzeniem POChP (Yohannes, 2008). Talarowska M. i wsp. zwracają uwagę na fakt, że pojawienie się lęku może mieć związek z osłabieniem funkcji poznawczych, a pośrednio wpływać na systematyczność przyjmowania leków i stosowania się do zaleceń lekarskich, co w konsekwencji powoduje nasilenie objawów choroby i jej zaostrzenie (Talarowska i wsp., 2009). Autorki innej pracy (Grzelewska-Rzymowska i Zagdańska, 2002) wskazują, że to właśnie zmniejszenie liczby zaostrzeń, oraz objawów choroby zdecydowanie poprawia jakość życia chorych na POChP.

W związku z powyższymi informacjami oraz zgromadzonymi w badaniach własnych danymi dotyczącymi związku pomiędzy lękiem a jakością życia pacjentów, w praktyce klinicznej należałoby podjąć starania monitorowania stanu emocjonalnego w celu minimalizowania lęku, który upośledza zarówno ogólną jakość życia, jak i jakość życia związaną ze zdrowiem, podobnie jak obniża specyficzną jakość życia, związaną z chorobą, szczególnie w obszarze funkcjonowania psychospołecznego chorych na POChP jak również w obszarach aktywności i nasilenia objawów choroby.

Analizując kolejne dane odnoszące się do hipotezy nr 4, stwierdzono istotny, choć słaby związek pomiędzy jakością życia związaną ze zdrowiem (SJŻ) a poziomem optymizmu (LOT-R). Wraz ze wzrostem optymizmu wzrastała jakość życia związana ze zdrowiem (R=0,25; p=0,0005).

Znamienny statystycznie związek wystąpił również pomiędzy nasileniem optymizmu a poziomem specyficznej jakością życia związanej z chorobą (SGRQ) we wszystkich podskalach, z wyjątkiem domeny wpływu choroby na życie społeczne

i psychiczne. Nie wykazano natomiast związku pomiędzy poziomem optymizmu a ogólną jakością życia (SWLS) (p=0,97). Tym samym uzyskano jedynie częściowe potwierdzenie hipotezy nr 4 (w tym jej aspekcie, który dotyczył związku optymizmu z jakością życia związaną ze zdrowiem i związku optymizmu ze specyficzną jakością życia dotyczącą choroby POChP).

Ze względu na zdecydowany brak doniesień na temat wpływu optymizmu na jakość życia chorych na POChP trudno jest porównać uzyskane wyniki. Chociaż przewlekły charakter schorzenia, jakim jest POChP nie predysponuje do pozytywnych, optymistycznych zachowań, to w badaniach Ogórek-Tęczy B. i wsp., aż u 73% chorych uzyskano wyniki wskazujące na wysoki poziom sensu życia wśród chorych na tę chorobę (Ogórek-Tęcza i wsp., 2012). Z kolei Weldam S.W.M. i wsp. stwierdzili, że pozytywne postrzeganie choroby (ß=0,61, p<0,001) łączy się z lepszą jakością życia w porównaniu z przypadkami jej negatywnej percepcji i towarzyszącymi temu negatywnymi emocjami, łącznie z pojawieniem się depresji (ß=0,21, p=0,010), (Weldam i wsp., 2013). Spójne wyniki uzyskali Scharloo i wsp., wskazując na lepszą jakość życia (p<0,001) u chorych cechujących się bardziej pozytywnymi przekonaniami co do swej choroby (Scharloo i wsp., 2007).

Jak widać wyniki badań własnych, zwracają także uwagę na optymizm i jego pozytywne znaczenie dla jakości życia związanej ze zdrowiem lub chorobą. Należałoby zatem tworzyć sprzyjające warunki dla budowania dobrej atmosfery i pozytywnego nastawienia wśród chorych przewlekle.

W kolejnej analizie, dotyczącej oceny związku ogólnej jakości z życia (SWLS) z poczuciem koherencji (hipoteza nr 5), wykazano istotne różnice ogólnej jakości życia w zależności od poziomu zrozumienia (p=0,0009), zaradności (p<0,0001) oraz ogólnego poczucia koherencji (p=0,0002). Oznacza to, że wysokie poczucie koherencji łączy się z wyższym poziomem satysfakcji z życia (SWLS). Podobnie, wykazano, że wyższe poczucie koherencji łączyło się z poprawą jakości życia związanej ze zdrowiem (SJŻ) (R=0,43). Stwierdzono zależność pomiędzy wszystkimi trzema komponentami poczucia koherencji a jakością życia związaną ze zdrowiem, w tym pomiędzy poczuciem zrozumienia a jakością życia związaną ze zdrowiem, która wynosiła (R=0,38), pomiędzy poczuciem zaradności a jakością życia związaną ze zdrowiem, która wynosiła (R=0,41) oraz pomiędzy poczuciem sensowności a jakością życia związaną ze zdrowiem wynoszącą (R=0,33).

Stwierdzono ponadto także istotny związek pomiędzy poczuciem sensowności a specyficzną jakością życia związaną z POChP (SGRQ), zarówno w ocenie ogólnej tego aspektu jakości życia, jak i w poszczególnych podskalach. Negatywne korelacje dotyczące spadku wskaźników niskiej jakości życia związanej z chorobą wraz ze wzrostem poczucia sensu przyjmowały wartości od R=-0,15 do R=-0,20. Znamienny związek wystąpił także pomiędzy poczuciem zrozumienia oraz ogólną oceną specyficznej jakości życia związanej z POChP (R=-0,20), a także między poczuciem zaradności i specyficzną jakością życia związaną z POChP we wszystkich podskalch, gdzie korelacje przyjmowały wartości od R=-0,1 do R=-0,27. Wskazuje to, że silniejsze poczucie zrozumienia, sensowności i zaradności, choć stosunkowo nisko to jednak w sposób znamienny, łączą się z poprawą jakości życia we wszystkich jej aspektach, co tym samym potwierdza hipotezę nr 5. Rozpatrując powyższe wyniki należy zwrócić uwagę, że uzyskane korelacje nie są wysokie, co wskazuje, że uwarunkowania jakości życia mają złożony i wieloczynnikowy charakter.

Również według badań Potoczek A. i wsp., obecność nieprzyjemnych doznań i obaw związanych z chorobą oraz z czasem jej trwania i hospitalizacji, ujemnie koreluje z ogólnym poczuciem koherencji oraz z podskalmi dotyczącymi poczucia sensowności i poczucia zaradności (Potoczek i wsp., 2008b). Podsumowując uzyskane wyniki własne i zebrane doniesienia, można stwierdzić, że działaniem priorytetowym dla personelu medycznego w zakresie udzielania wsparcia psychicznego powinno być wzmacnianie poczucia zrozumienia, sensu i zaradności wśród chorych na POChP .

Aby ocenić, które z czynników: socjodemograficznych, psychologicznych, lub związanych ze stanem zdrowia, najbardziej wpływają na jakość życia pacjentów z POChP posłużono się metodą analizy regresji krokowej.

Z otrzymanych danych wynika, że specyficzna jakość życia (SGRQ) pogarsza się wraz ze wzrostem nasilenia duszności, która decydowała aż o 47% wariancji tego aspektu jakości życia (SGRQ). Kolejno, znaczenie miała tu również cecha lęku, liczba hospitalizacji oraz wiek badanych. Wykazane zależności okazały się wysoce istotne statystycznie, ($p<0,00001$).

Kasibowska-Kuźniar K. i wsp., również zaobserwowały, że zaostrzenie objawów choroby znacznie upośledza jakość życia chorych z POChP (Kasibowska-Kuźniar i wsp., 2005). Podobnie w pracy Kupcewicz E. i Abramowicz A., wykazano, że wiek badanych wpływał na jakość życia chorych z POChP. Osoby z młodszej grupy

wiekowej (41-50 lat), miały lepszą jakość życia, szczególnie w podskali objawy (51,24±9,93 pkt.), w porównaniu z pozostałymi chorymi. Jakość życia wraz z wiekiem pogarszała się i wśród badanych powyżej 70. roku życia wynosiła 64,42±9,10 pkt. W tym miejscu należy przypomnieć, że w zastosowanym kwestionariuszu (SGRQ) - im wyższa liczba, tym większe upośledzenie jakości życia. Analizując wpływ liczby hospitalizacji na jakość życia Kupcewicz E. i Abramowicz A. zauważyły, że u osób, dla których był to co najmniej 5 pobyt w szpitalu, poziom jakości życia obniżył się szczególnie w domenie objawy (71,36±8,42 pkt.), w porównaniu z osobami dla których był to 1 lub 2 pobyt (55,80±7,87), (Kupcewicz i Abramowicz, 2015).

Analizując znaczenie poszczególnych, branych po uwagę czynników, pod kątem ich wpływu na jakość życia badanych pacjentów z POChP, na podstawie wyników uzyskanych w badaniach własnych należy zauważyć, że czynnikami najsilniej związanymi ze specyficzną jakością życia dotyczącą choroby (SGRQ) są czynniki o charakterze biomedycznym, tj. stopień duszności, liczba hospitalizacji i wiek badanych oraz czynnik psychologiczny, tj. skłonność do reagowania lękiem. Dalsza analiza wykazała, że czynniki te równie mocno oddziaływają na jakość życia związaną ze zdrowiem (SJŻ). W jakości życia związanej ze zdrowiem, głównym czynnikiem, wyjaśniającym 40% wariancji okazał się jednak czynnik psychologiczny, tj. poziom lęku (lęk jako cecha czyli skłonność do reagowania lękiem), a dopiero później czynniki biomedyczne, tj. liczba hospitalizacji oraz nasilenie duszności. Co ważne jakość życia związana ze zdrowiem ulegała wyraźnej poprawie wraz ze wzrostem poczuciem koherencji ($p<0,0001$). Z kolei w przypadku ogólnej jakości życia (SWLS), składnik poczucia koherencji jakim jest poczucie zrozumienia (jako pierwszy wyjaśnił 13% wariancji jakości życia, sprzyjając poprawie ogólnej satysfakcji z życia badanych pacjentów, a cecha lęku i liczba hospitalizacji powodowały jej pogorszenie ($p<0,00001$). Czynniki socjodemograficzne nie miały większego wpływu na ogólną satysfakcję z życia (SWLS), jak również na jakość życia związaną ze zdrowiem (SJŻ).

Ze względu na to, że jak się okazało podczas analizy, czynniki o charakterze psychologicznym silnie determinują jakość życia w badanej grupie chorych, można stwierdzić, że głównym zadaniem personelu medycznego w obszarze udzielania pomocy psychicznej powinno być wzmacnianie u pacjentów poczucia zrozumienia sytuacji w jakiej się znajdują w związku ze swą chorobą, a także obniżanie odczuwanego lęku, co przekładać się będzie w sposób wydatny na poprawę jakości

życia chorych na POChP. W związku z tym, że czynniki związane ze zdrowiem (stopień nasilenia duszności i liczba hospitalizacji), odgrywają również znaczącą rolę dla ocenianej jakości życia w badanej grupie chorych, hipoteza nr 6 znalazła tylko częściowe potwierdzenie.

Choroba przewlekła, którą jest POChP, ma charakter postępujący z nasilającymi się objawami, należy zatem podejmować wszelkie możliwe starania w celu poprawy jakości życia pacjentów, szczególnie w zakresie udzielanego wsparcia informacyjnego oraz emocjonalnego. Wzmacnianie potencjału osobistych zasobów, którymi dysponuje każdy człowiek, ma tu istotne znaczenie. Wśród nich poczucie koherencji, w świetle uzyskanych danych odgrywa szczególną rolę. Personel medyczny dysponuje możliwościami profesjonalnego działania wzmacniającego wszystkie jego komponenty, tj. poczucie rozumienia - wzmacniane dzięki stosownym informacjom i wyjaśnieniom, poczucie zaradności - wzmacniane przez stosowne działania edukacyjne oraz poczucie sensu - wzmacniane zarówno poprzez otrzymywane wsparcie o charakterze informacyjnym jak i emocjonalnym. Specjalistyczne, profesjonalne działania personelu medycznego oraz terapeutycznie działające, życzliwe relacje, którymi otaczany jest człowiek chory, mogą sprawić, że jego jakość życia poprawi się na każdym etapie radzenia sobie z chorobą, bardziej lub mniej zawansowaną. Wiedząc, w jakim kierunku należy dążyć, można podejmować dalsze badania w celu doprecyzowania konkretnych działań psychoedukacyjnych kierowanych ku chorym z POChP, które z jednej strony zwiększą skuteczność stosowanych metod leczenia, a z drugiej poprawią jakość życia w tej grupie tych chorych.

6. Podsumowanie

Analiza wpływu wybranych czynników psychospołecznych na jakość życia pacjentów z POChP potwierdziła dużą rolę czynników o charakterze psychologicznym, ze szczególnym uwzględnieniem lęku oraz poczucia koherencji i optymizmu. Wskazała na rzadko poruszany problem wieloaspektowego charakteru jakości życia, która może być różnie oceniana w zależności od tego jaki jej aspekt zostaje poddany ocenie. Przeprowadzone badania dowiodły, że psychologiczny czynnik jakim jest wyższe poczucie koherencji wpływa nie tylko na poprawę ogólnej satysfakcji z życia, ale także na poprawę specyficznej jakości życia związanej z POChP. Duże znaczenie dla jakości życia we wszystkich trzech badanych jej obszarach miał także poziom lęku. Ponadto potwierdzono pozytywną, choć niższą niż we wszystkich wspomnianych przypadkach, zależność pomiędzy optymizmem a specyficzną jakością życia i jakością życia związaną ze zdrowiem.

W związku z powyższym wykazano, że oddziaływania personelu medycznego, a szczególnie pielęgniarskiego powinny być kierowane na obniżenie u pacjentów lęku, podtrzymywanie optymizmu oraz wzmacnianie składowych poczucia koherencji, w tym poczucia rozumienia, zaradności i sensu. Jak można przypuszczać działania tego rodzaju dadzą silniejszą motywację do zmniejszenia przykrych doznań emocjonalnych wywołanych lękiem przed zaostrzeniem POChP, własną nieskutecznością i brakiem kontroli. Optymizm w powiązaniu z poczuciem własnej skuteczności może mieć duże znaczenie w pokonywaniu trudności towarzyszących walce z tą chorobą.

Należy podkreślić znaczącą rolę pielęgniarki, która spełnia kluczową rolę w zapewnieniu skutecznej, bezpiecznej oraz wysokiej jakości opieki nad pacjentem z POChP i to nie tylko w czasie hospitalizacji, ale także w domu chorego, podczas leczenia zaostrzeń objawów choroby (Fletcher i Dahl, 2013). Jak się wydaje, szczególne znaczenie ma tu kompleksowe podejście do opieki nad chorym z POChP, począwszy od profilaktyki, która łączy się z edukacją pacjenta oraz szeregiem interwencji zmierzających do wzmocnienia u niego poczucia własnej skuteczności i utrzymania względnie dobrego stanu zdrowia, a skończywszy na opiece u kresu życia pacjenta.

7. Wnioski

1. Trzy zasadnicze aspekty jakości życia pacjentów z POChP, jakimi są ogólna jakość życia, jakość życia związana ze zdrowiem oraz specyficzna jakość życia związana z chorobą, jedynie częściowo korespondują ze sobą i są zależne od różnych, warunkujących je czynników.
2. Na jakość życia związaną z chorobą POChP wywierają wpływ zarówno czynniki dotyczące zaawansowania choroby (stopień duszności) jak i czynniki socjodemograficzne (wiek) oraz psychologiczne (lęk i poczucie koherencji).
3. Czynniki psychologiczne (poczucie zrozumienia, poziom lęku) wywierają większy wpływ na ogólne aspekty jakości życia, natomiast czynniki medyczne (nasilenie duszności i liczba hospitalizacji) wywierają większy wpływ na specyficzną jakość życia związaną z chorobą. Wśród czynników socjodemograficznych, czynnikiem najbardziej znaczącym jest wiek.
4. Dla podniesienia efektów leczenia i opieki u pacjentów z POChP konieczne jest monitorowanie jakości ich życia, a szczególnie specyficznej jakości życia związanej z chorobą.
5. Ze względu na zdecydowanie lepszą jakość życia pacjentów chorujących krótko (pierwsze pobyty w szpitalu) oraz narastające upośledzenie jakości życia, szczególnie w zakresie aktywności u pacjentów chorujących długo, należałoby podjąć wczesne działania usprawniające (w zakresie aktywności), począwszy od pierwszych hospitalizacji.
6. Jakość życia pacjentów hospitalizowanych z powodu POChP ulega zdecydowanemu pogorszeniu we wszystkich jej trzech aspektach wraz z nasileniem lęku. W opiece nad pacjentami z tym rozpoznaniem należy zatem dążyć do jego obniżenia.
7. Poczucie koherencji wpływa w sposób korzystny na jakość życia pacjentów hospitalizowanych z powodu POChP, w związku z czym psychologiczne oddziaływania personelu medycznego powinny uwzględniać wzmacnianie u pacjentów komponentów poczucia koherencji, tj. poczucia sensu, zrozumienia i zaradności.

8. Streszczenie

Zapewnienie stosunkowo wysokiej jakości życia leczonych pacjentów stało się współcześnie bardzo ważną przesłanką podejmowanych działań terapeutycznych i pielęgnacyjnych. Problem ten nabiera szczególnego znaczenia w chorobach przewlekłych, do których należy POChP. Dlatego też ogólnym celem prezentowanych badań stała się ocena wybranych uwarunkowań jakości życia pacjentów hospitalizowanych z powodu POChP, z uwzględnieniem znaczenia uwarunkowań medycznych i psychospołecznych.

Badaniem objęto 200 pacjentów hospitalizowanych z powodu POChP, w tym 144 mężczyzn (72,00%) i 56 kobiet (28%). Średnia wieku osób badanych wynosiła 64 lata. Zdecydowana większość badanych (89%) posiadała wykształcenie średnie, podstawowe lub zawodowe. W większości były to osoby pozostające w związku małżeńskim (69%) oraz zamieszkujące wieś lub małą miejscowość.
Średni czas trwania choroby wynosił 6 lat. W większości przypadków (62,5%) pacjenci byli przyjęci do szpitala w trybie nagłym. Stopień nasilenia duszności według skali MRC wynosił III lub IV stopień dla 47% badanych i I lub II stopień dla 45% badanych.

Jako metodę badawczą zastosowano sondaż diagnostyczny. Wykorzystane narzędzia badawcze to: Skala Nasilenia Duszności MRC (Medical Research Council), Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) E. Dienera, R.A. Emmonsa, R.J. Larsona, S.Griffina, Skala Samooceny Jakości Życia (SJŻ) własnego autorstwa, Kwestionariusz Specyficznej Jakości Życia (SGRQ) P. Jonesa, oraz Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-13) A. Antonovsky'ego, Kwestionariusz Poziomu Optymizmu (LOT-R) M. F. Scheiera, C. S. Cartera, W. Bridgesa, Kwestionariusz Samooceny Lęku (STAI-X2) C.D.Spielbergera, R.I. Gorsucha i R.E. Lushena.

Wyniki przeprowadzonych badań pozwoliły na ocenę znaczenia wybranych czynników psychologicznych takich jak poczucie koherencji, optymizm, poziom lęku, socjoekonomicznych, takich jak płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, źródło utrzymania, miejsce zamieszkania oraz medycznych, takich jak stopień zaawansowania choroby, w warunkowaniu jakości życia pacjentów hospitalizowanych z powodu POChP. Co więcej, pozwoliły także na określenie pożądanych kierunków oddziaływań psychologicznych personelu medycznego.

Wykazano, że specyficzna jakość życia związana z chorobą (SGRQ) zdecydowanie zmniejsza się wraz ze wzrostem nasilenia duszności, poziomem lęku, liczbą hospitalizacji oraz z wiekiem badanych. Z kolei ogólna jakość życia (SWLS) ulegała wyraźnej poprawie wraz ze wzrostem poczucia koherencji, a lęk i liczba hospitalizacji, podobnie jak w przypadku specyficznej jakości życia związanej z chorobą, powodowały zdecydowane jej pogorszenie.

Jak się okazało, w odniesieniu do badanej grupy pacjentów z POChP, czynniki medyczne (nasilenie duszności, liczba hospitalizacji) i psychologiczne (lęk, poczucie koherencji, optymizm), wywierały większy wpływ na poziom jakości życia pacjentów niż czynniki socjodemograficzne, choć związek tych ostatnich z jakością życia chorujących na POChP również okazał się znaczący.

W badaniu wykazano także, że różne aspekty jakości życia, tj. ogólna jakość życia, jakość życia związana ze zdrowiem oraz specyficzna jakość życia związana z chorobą układu oddechowego, choć powiązane ze sobą, nie są jednak tożsame i pozostają wrażliwe na działanie innych czynników.

9. Abstract

Providing a relatively high standard of life to patients has recently become a very important condition to the undertaken therapeutic and care actions. This problem takes on special importance in case of chronic diseases such as COPD. For this reason the main aim of the presented research is the evaluation of selected conditions related to the quality of life of the patients hospitalized due to COPD, taking into account the medical and psychosocial conditions.

The study looked at 200 patients hospitalized due to COPD, including 114 men (72.00%) and 56 women (28%). The average age of the patients under study was 64 years old. The majority of patients had secondary, primary or vocational education. They were mostly married people (69%) and living in the countryside or a small village. The average time of the disease duration was 6 years. In most cases (62.5%) the patients were admitted to the hospital in emergency. The degree of worsening dyspnoea according to MRC scale was III or IV for 47% of the examined patients and I or II for 45% .

The test method applied in this study was a diagnostic survey. The following research tools have been used: the scale of dyspnoea MRC (Medical Research Council), the Safisaction With Life Scale (SWLS) by E. Diener, R.A. Emmons, R.J. Larson, S.Griffin, the Self – assessment of of quality of life (SJŻ) invented on my own, Specific quality of life questionaire (SGRQ) by P. Jones and Life Orientation Questionaire (SOC-13) by A. Antonovsky, The Level of Optimism Questionaire (LOT-R) by M. F. Scheier, C. S. Carter, W. Bridges, Self-Assessment of the Level of Anxiety (STAI - X-2) by C.D. Spielberger, R.I.Gorsuch and R.E.Lushen.

The results of the research have enabled the evaluation of the importance of the selected psychological factors such as the sense of coherence, optimism and the level of anxiety, socioeconomical factors such as sex, age, marital status, level of eduaction, the source of income and place of living, and finally medical factors such as the severity of the disease on the quality of life of the patients hospitalized due to COPD. What is more, they enabled the determination of the desired directions for the psychological actions of the medical staff.

It has been shown that the caracteristic quality of life connected to the disease (SGRQ) diminishes considerably along with the increase of dyspnoea, the level of anxiety, the number of hospitalizations and the age of the patients.

On the other hand, the general quality of life (SWLS) would improve considerably together with the increase of feeling of coherance whereas the anxiety and the number of hospitalizations resulted with the patients' worse quality of life. It has been noted that the medical factors (intensification of dyspnoea, the number of hospitalizations) and psychological factors (the anxiety, the feeling of coherence, optimism) had a bigger influence on the quality of the examined patients' lives than the socidemographic factors, the influence of the last mentioned factors was also significant.

The research has shown that different aspects of the quality of life that is the general quality of life, the quality of life related to health and the specific quality of life connected to the respiratory system disease are not identical although they are connected to one another and they are sensitive to different factors.

10. Piśmiennictwo

1. Adamowicz-Klepalska B., Borusiewicz R., Burzyńska E., Chazan B., Cianciara D., Czabała J.C. i wsp.: Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. Załącznik do Uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r., Adres:http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15 052007p.pdf, (dostęp: 6.11.2015)
2. Agabiti N., Pirani M., Schifano P., Cesaroni G., Davoli M., Bisanti L.,et.al.: Italian Study Group on Inequalities in Health Care. Income level and chronic ambulatory care sensitive conditions in adults, a multicity population-based study in Italy. BMC Public Health 2009;9;457. doi: 10.1186/1471-2458-9-457.
3. Albertson T.E., Louie S., Chan A.L.: Rozpoznawanie i leczenie zaostrzeń przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i przewlekłego zapalenia oskrzeli u chorych w podeszłym wieku. Medycyna Wieku Podeszłego 2011; 1(1):1-14.
4. Ali N.K.: Evidence-Based approach to acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Hospital Physician, 2009; 38:9-16. Adres:http://www.turnerwhite.com/memberfile.php?PubCode=hp_feb09_pulmonary.pdf
5. Andysz A., Merecz D.: Psychologiczne konsekwencje przewlekłych chorób układu oddechowego. Rola personelu medycznego w ich przezwyciężaniu. Pneumonologia i Alergologia Poska 2012; 80 (4): 329-338.
6. Anto´ J.M., Vermeire P., Vestbo J., Sunyer J.: Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. European Respiratory Journals 2001; 17(5): 982-994.
7. Antonovsky A.: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia - jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.
8. Antonovsky A.: Unraveling the mystery of health.How people manager stress and stay well. San Francisco: Jossey Bass, 1987.
9. Bała M., Jaeschke R., Pierzchała W.: Tiotropium w porównaniu z salmeterolem w zapobieganiu zaostrzeniom POChP - badanie POET-COPD. Omówienie artykułu: C. Vogelmeier, B. Hederer, T. Glaab i wsp.: Tiotropium versus salmeterol for the prevention of exacerbations of COPD. The New England

Journal of Medicine, 2011; 364:1093-1103. Medycyna Praktyczna 2011; 4 (242): 94-97.

10. Barinow-Wojewódzki A., Paszkiewicz K., Lewandowski J.,Wiernicka M.: Ocena skuteczności rehabilitacji w dysfunkcjach mięśni szkieletowych i oddechowych w POChP. Zeszyty Promocji Rehabilitacji, Ortopedii, Neurofizjologii i Sportu – IRONS 2013; 2: 51-54.
11. Batura-Gabryel H.: POChP jako choroba systemowa. Terapia 2010; 9, 1(245): 6-11.
12. Batura-Gabryel H.: Zmniejszmy ciężar przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (cz. II). Pneumonolgia i Alergologia Polska 2009; 77: 180-185.
13. Bąk-Drabik K., Ziora D.: Jakość życia w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. Pneumonologia i Alergologia Polska 2004; 72:128-133.
14. Bąk-Drabik K., Ziora D.: Wpływ statusu socjoekonomicznego na jakość życia chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Pneumonologia i Alergologia Polska 2010; 78: 1-3.
15. Bednarek M., Maciejewski J., Wozniak M., Kuca P., Zieliński J.: Prevalence, severity and underdiagnosis of COPD in the primary care setting. Torax 2008; 63(5): 402-407. DOI:10.1136/thx.2007.085456
16. Borak J., Chodorowska E., Zieliński J.: Duszność spoczynkowa i wysiłkowa a stan psychiczny chorych na POChP. Pneumonologia i Alergologia Polska 1992; 60: 62 - 68.
17. Boros P., Franczuk M., Wesołowski S.: Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc (dawniej Polskie Towarzystwo Ftyzjopneumonologiczne) Dotyczące Wykonywania Badań Spirometrycznych. Pneumonologia i Alergologia Polska 2006; 74 (Supl.1): 1-24.
18. Borys B.: Zasoby zdrowotne w psychice człowieka. Forum Medycyny Rodzinnej 2010; 4(1): 44-52.
19. Bousquet J, Khaltaev N.: Global surveillance, prevention and control of Chronic Respiratory Diseases. A comprehensive approach.
www.who.int/gard/publications/GARD%20Book%202007.pdf
Date last updated: 2007

20. Bousquet J., Kiley J., Bateman E.D., Viegi G., Cruz A.A., Khaltaev N., et al.: Prioritised research agenda for prevention and control of chronic respiratory diseases. European Respiratory Journal 2010; 36(5): 995–1001.
21. Bręborowicz A., Batura - Gabryel H., Chazan R., Chmielewska-Szewczyk D., Chyczewska E., Droszcz W. i wsp. : POChP Choroba cywilizacyjna XXI wieku. Kontrowersje i pytania. Wyd. Komisja Chorób Układu Oddechowego Komitetu Patofizjologii Klinicznej Polskiej Akademii Nauk. Warszawa 2008; 1-17.
22. Bruśk I.: Jakość życia pacjentów z chorobą przewlekłą. Zdrowie Publiczne 1999;109(11): 383-387.
23. Buist A.S., McBurnie M.A., Vollmer W.M, , Gillespie S., Burney P., Mannino D.M. et al.: International variation in the prevalence of COPD (the BOLDStudy): a population-based prevalence study. Lancet 2007; 370:741–50.
24. Burge S., Wędzicha J.A.: COPD exacerbations: definitions and classifications. European Respiratory Journal 2003; 21(Suppl.41): 46-53.
25. Burney P., Jithoo A., Kato B., Janson Ch., Mannino D., Niżankowska-Mogilnicka E. et al.: Chronic obstructive pulmonary disease mortality and prevalence: the associations with smoking and poverty - a BOLD analysis. Thorax 2014; 69(5): 465-473. doi:10.1136/thoraxjnl-2013-204460.
26. Campbell A., Converse P.E., Rogers W.L. The quality of American life: perception, evaluation, and satisfaction. New York: Rasel Sage Foundation; 1976.
27. Cantril H. The pattern of human concern. Rutgers, New Brunswick 1965.
28. Celli B.R.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc. [w:] Choroby płuc diagnostyka i terapia. Khan M.G., Lynch J.P. (red.), Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner: Wrocław 2002.
29. Celli B.R., Decramer M., Wędzicha J.A., Wilson K.C., Agust´ı A., Criner G., et al.: An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: research questions in COPD. European Respiratory Review 2015; 24: 159-172.
30. Celli B.R., MacNee W., Agusti A., Anzueto A., Berg B., Buist A.S., et al.: Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. European Respiratory Journal 2004; 23(6): 932–946.

31. Chapman K.R., Mannino D.M. , Soriano J.B., Vermeire P.A., Buist A.S.,Thune M.J., et al.: Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease. European Respiratory Journal 2006; 27(1): 188–207.
32. Chazan R.: Współczesna diagnostyka kliniczna zakażeń układu oddechowego. Polski Merkuriusz Lekarski 2011; 30(179): 316-319.
33. Chwist-Nowak A., Rozentryt P., Chwist J., Jarząb J.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc a kacheksja. Wiadomości Lekarskie 2006; 59(1-2): 84-88.
34. Clinical Practice Guidelines: Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2009, p.6.
Adres: http://www.moh.gov.my/penerbitan/CPG2017/4749.pdf
35. Cote C.G., Celli B.: BODE index: a new tool to stage and monitor progression of chronic obstructive pulmonary disease. Pneumonologia I Alergologia Polska 2009;77(3): 305-313.
36. Czajkowska-Malinowska M., Tomalak W., Radliński J.: Quality of spirometry in the elderly. Jakość badania spirometrycznego u osób w podeszłym wieku. Pneumonologia i Alergologia Polska 2013; 81:511-517.
37. Czubalski K.: Wpływ choroby na stan psychiczny i zachowanie człowieka chorego. Sztuka Leczenia 1995; 1(3): 53-59.
38. Damps-Konstańska I., Krakowiak P., Jassem E.: Nierowiązane problemy opieki nad chorymi na zaawansowaną postać POChP. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2009; 3(3): 144-149.
39. De Walden-Gałuszko K.: Jakość życia - rozważania ogólne. w: Jakość życia w chorobie nowotworowej. De Walden-Gałuszko K., Majkowicz M. (red.) Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego: Gdańsk 1994.
40. De Walden-Gałuszko K. Wykorzystywanie badania jakości życia w psychiatrii. Pamiętnik VII Gdańskich Dni Leczenia Psychiatrycznego. Jurata, 24-25 IX 1993. Gdańsk 1993, s. 58.
41. De Walden-Gałuszko K., Majkowicz M.: Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994, s.13.
42. Donaldson G.C., Seemungal T.A.R., Bhowmik A., Wędzicha J.A.: Relationship between exacerbation fraguency and lung function decline in chronic obstructive pulmonary disease.Thorax 2002; 57(10): 847-852.

43. Donaldson G.C., Wędzicha J.A.: COPD exacerbations. 1: Epidemiology. Thorax 2006; 61(2): 164-168.
44. Drapała A., Gierczyński J., Gryglewicz J., Karczewicz E., Sielicki P., Zalewska H.: Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc - Analiza kosztów ekonomicznych i społecznych. Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia. Uczelnia Łazarskiego, Warszawa 2014.
[PDF], https://www.lazarski.pl/pl/pobierz/948/
45. Dudek B.: Czynniki psychospołeczne a zdrowie pracowników. Medycyna Pracy 2005; 56(5): 379-386.
46. Duvall K., Frank G.W.: Identifying chronic obstructive pulmonary disease in primary care of urban underserved patients: tools, applications, and challenges. Journal of the National Medical Association 2010; 102: 570-578.
47. Dziamski S.: Pojęcie szczęścia i jego paradoksy. w: Zaproszenie do Filozofii. Łastowski K., Zeidler P. (red.) Wydawnictwo Humaniora: Poznań 2001, s. 83-98.
48. Eisner M.D., Anthonisen N., Coultas D., Kuenzli N., Perez-Padilla R., Postma D., et al.: An Official American Thoracic Society public policy statement: Novel risk factors and the global burden of chronic obstructive pulmonary disease. American Journal Respiratory and Critical Care Medicine 2010; 182(5): 693 - 718.
49. Eriksson M., Lindström B.:Antonovsky' s sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic revive. Journal of Epidemiology & Community 2007; 61(11):938-944.
50. Eriksson M., Lindström B.: Antonovsky' s sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. Journal of Epidemiology & Community Health 2006; 60(5) :376-381.
51. European Lung Foundation and European Respiratory Society:Lung health in Europe – facts and figures. Charlesworth Press 2013, p.16.
52. European Lung White Book, European Respiratory Society; http://www.erswhitebook.org/chapters/the-burden-of-lung-disease/ - dostęp 13.11.2014

53. Farnik M., Trzaska-Sobczak M., Pierzchała W.: Kwalifikacja i ocena przebiegu rehabilitacji w chorobach układu oddechowego. Balneologia Polska 2008; 2: 102-109.
54. Ferrer M., Alonso J., Morera J., Marrades R.M., Khalaf A., Aguar M.C.,et al..: Chronic obstructive pulmonary diesase stage and healthrelated quality of life. The Quality of Life of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Study Group. Annals of Internal Medicine 1997; 127(12): 1072–1079.
55. Filanowska M., Cegła B., Bartuzi Z.: Czy jakość życia zależna od stanu zdrowia jest dobrym markerem badawczym w ocenie postępowania terapeutycznego w schorzeniach alergicznych? Pielęgniarstwo XXI wieku 2006; 3(16): 97-101.
56. Flanagan J.C.: Measurement of quality of life: current state of the art. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 1982; 63(2): 56-59.
57. Fletcher M.J., Dahl B.H.: Expanding nurse practice in COPD: is it key to providing high quality, effective and safe patient care? Primary Care Respiratory Journal 2013; 22(2): 230–233.
58. Fletcher M.J., Upton J., Taylor-Fishwick J., Buist S., Jenkins Ch., Hutton J. et al.: COPD uncovered: International survey on the impact of chronic obstructive pulmonary disease [COPD] in the working age population. BMC Public Health 2011; 11 **:** 612 -618.
59. Flisińska J., Gawrońska-Ukleja E., Ukleja-Sokołowska N., Bartuzi Z.: Rola pielęgniarki w przygotowaniu pacjenta do badania spirometrycznego w wybranej jednostce chorobowej-POChP. Pielęgniarstwo Polskie 2014; 2(52): 161-165.
60. Foroncewicz B., Mucha K.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc. w: Choroby wewnętrzne. Pączek L., Foroncewicz B., Mucha K. (red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL: Warszawa 2004, s.220.
61. Franczuk M.: Badanie czynności płuc u osób w wieku podeszłym. Pneumonologia i Alergologia Polska 2013; 81: 495-498.
62. Friedman H.S.: Uzdrawiająca osobowość. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
63. Friedman H.S.: Uzdrawiająca osobowość. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
64. Gajewski P.: Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Aktualizacja 2011.

http://www.mp.pl/pulmonologia/artykuly-wytyczne/pochp/66813,swiatowa-strategia-rozpoznawania-leczenia-i-prewencji-przewleklej-obturacyjnej-choroby-pluc-podsumowanie-aktualizacji-gold-2011. Dostęp - 02.04.2012r.

65. Głuszek J.: Niedokrwienie serca i nadciśnienie tętnicze u chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc i obturacyjny bezdech senny. Pneumonologia i Alergologia Polska 2013; 81:567-574.
66. Górecka D., Jassem E., Pierzchała W., Śliwiński P. : Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. (POChP). Pneumonologia i Alergologia Polska 2012; 80 (3): 220–254.
67. Górecka D., Puścińska E.: Profilaktyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Pneumonologia Alergologia Polska.2011; 79(3):239-245.
68. Grabowska H., Włodarczak W.: Pacjent z POChP. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2014; 10:18-19.
69. Grochans E., Bąk A., Reczyńska A., Jurczak A., Grzywacz A., Kotwas A., Leszczyńska M., Karakiewicz B.: Czynniki społeczno-demograficzne wpływające na jakość życia pacjentów z astmą i POChP. Family Medicine&Primary Care Review 2013; 15(4): 536-539.
70. Grzelewska-Rzymowska I.: Standardy leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Alergia Astma Immunologia 2006; 11(4): 188-194.
71. Grzelewska-Rzymowska I., Zagdańska R.: Farmakologiczne leczenie stabilnej postaci przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Pneumonologia i Alergologia Polska 2002; 9 (1-2): 19-27.
72. Han MLK., Agustí A., Calverley P.M., Celli B.R., Criner G., Curtis J.L., at al.: Chronic obstructive pulmonary disease phenotypes: The future of COPD. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 2010; 182(5): 598 - 604.
73. Heszen I., Sęk H.: Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
74. Hill K., Geist R., Goldstein R.S., Lacasse Y.: Anxiety and depression in end-stage COPD. European Respiratory Journal 2008; 31(3): 667- 677.
75. Jaeschke R., Siwek M., Grabski B., Dudek D.: Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych i lękowych. Psychiatria 2010; 7 (5): 189-197.

76. Jahnz-Różyk K.: Farmakoekonomika przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Pneumonologia i Alergologia Polska 2009; 77(3): 302-304.
77. Jahnz-Różyk K., Targowski T.: Koszty przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Polsce i na świecie. Terapia 2010; 9: 1(245): 66-69.
78. Jastrzębski D., Kozielski J., Żebrowska A.: Rehabilitacja oddechowa chorych z idiopatycznym śródmiąższowym włóknieniem płuc za pomocą programu z ćwiczeniami mięśni wdechowych. Pneumonologia i Alergologia Polska 2008; 76: 131-141.
79. Juczyński Z.: Narzędzie pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych. Warszawa 2001, s.123-127.
80. Juczyński Z.: Narzędzie pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych. Warszawa 2009, wyd. 2.
81. Kamiński D.: Nieinwazyjne wspomaganie wentylacji. Służba Zdrowia 2000; 1(46-47): 36-38.
82. Karakiewicz B., Stala C., Grochans E., Rotter I., Mroczek B., Zaremba- Pechman L. i wsp.: Ocena wpływu wybranych czynników socjodemograficznych na jakość życia osób chorujących na stwardnienie rozsiane. Annales Academiae Medicae Stetinensis Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, Szczecin 2010; 56; (3): 107-112.
83. Kasibowska-Kuźniar K., Jankowska T., Kuźniar T.: Jakość życia w zaostrzeniach przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Polskie Archiwum Medycyny Wewntrznej 2005; 114; 4(10): 1010-1015.
84. Kasibowska-Kuźniar K., Jankowska R., Kuźniar T.: Wpływ rehabilitacji oddechowej na jakość życia chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP). Wiadomości Lekarskie 2007; 60(3-4): 158-161.
85. Kieczka K.: Edukacja chorych na astmę i przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Pielęgniarstwo XXI wieku 2008; 4(25): 61-63.
86. Kogut P., Pasek M., Drożdż I.: Jakość życia pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Badania wstępne. Pielęgniarstwo XXI wieku 2005; 3:163-168.
87. Koniarek, J., Dudek B., Makowska, Z.: Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky'ego. Przegląd Psychologiczny 1993; 36: 491-502.

88. Kościelak R.: Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonanie o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010.
89. Kowalik S., Ratajska A., Szmaus A.: W poszukiwaniu nowego wymiaru jakości życia związanego ze stanem zdrowia. w: Jakość życia w naukach medycznych. Quality of life in medical sciences.Wołowicka L. (red.) Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej: Poznań 2001, s. 17-19.
90. Kozielski J.: Choroby układu oddechowego. w: Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa. Danieluk J., Jurkowska G. (red.) Wydawnictwo CZELEJ: Lublin 2005, s.101-102.
91. Kozielski J.: Palenie tytoniu a zakażenia układu oddechowego. Pneumonologia i Alergologia Polska 2008; 76: 271-275.
92. Kuklińska-Janiak D., Derdziuk Z.: Obciążenia państwa świadczeniami z systemu ubezpieczeń społecznych dla chorych z zakażeniami układu oddechowego. International Review of Allergology & Clinical Immunology In Family Medicine 2013; 19 (1): 12 - 23.
93. Kupcewicz E., Abramowicz A.: Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia u pacjentów leczonych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Hygeia Public Health 2015; 50 (1): 142-148.
94. Kurowska K., Dąbrowska A.: Poczucie koherencji a style radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym. Nadciśnienie Tętnicze 2008;12(6): 432-438.
95. Kurowska K., Wrońska I.: Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne u chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. Pielęgniarstwo 2000 2005; 1(9): 31-35.
96. Lesińska-Sawicka M., Grygorowicz E., Jałtuszewska S.: Wybrane elementy jakości opieki medycznej w odniesieniu do stresu hospitalizowanych osób. Pielęgniarstwo XXI wieku 2007; 3-4 (20-21): 51-55.
97. Lewczuk J., Piszko P., Kowalska- Superlak M., Jagas J.,Ludwik B., Wrabec K.: Wpływ 2-letniej rehabilitacji oddechowej na 7-letnie rokowanie u chorych z zaawansowaną przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej 2004: 111,I(1): 57-63.

98. Lewczuk J., Piszko P., Kowalska - Superlak M., Knap J.: Rehabilitacja chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Fizjoterapia 1998; 6(4): 3-8.
99. Lin I-P., Wu S-Ch., Huang S-T.: Continuity of care and avoidable hospitalizations for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Journal of the American Board of Family Medicine 2015; 28(2): 222-230.
100. Lopez A.D., Shibuya K., Rao C., Mathers C.D., Hansell A.L., Held L.S. et al.: Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections. European Respiratory Journa 2006; 27(2): 397–412.
101. Lubiński W.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc u osób starszych. Geriatria 2008; 2: 151-156.
102. MacNee W.: Pathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease. Proceedings of the American Thoracic Society 2005; 2(4): 258–266.
103. Makowska M., Romanowicz H., Kulig A., Smolarz B.: Genetyczne czynniki ryzyka rozwoju przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Polski Merkuriusz Lekarski 2010; 28(166): 302.
104. Malinowska –Lipień I., Starzec G., Gabryś T., Brzostek T., Kawalec E., Reczek A., Gawor A.: Poziom wiedzy pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc na temat wpływu nikotynizmu na rozwój choroby. Wyniki wstępne. Problemy Pielęgniarstwa 2007; 15 (1): 39-43.
105. Mały Rocznik Statystyczny Polski 2014, dane na temat liczebności populacji po 40. roku życia.
http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/maly-rocznik-statystyczny-polski-2014,1,15.html - dostęp 13.11.2014
106. Mannino D.: Chronic Obstructive Pulmonary Disease: epidemiology and evaluation. Hospital Physician 2001; 10: 22-31.
107. Martinem F.J.: Badania czynnościowe układu oddechowego. w: Choroby płuc diagnostyka i terapia. Khan M. G. Lynch J. P. (red.) Wyd. Medyczne Urban & Partner: Wrocław, 2002, s.103-108.
108. Marzec A., Molanda A.: Poczucie koherencji jako istotny element przygotowania do zdrowej starości. Pielęgniarstwo XXI wieku 2005; 4 (13): 97-101.

109. Mazur J., Małkowska-Szkutnik A., Oblacińska A., Kołoło H.: Drabina Cantrila w badaniach stanu zdrowia i nierówności w zdrowiu uczniów w wieku 11-18 lat. Problemy Higieny i Epidemiologii 2009, 90(3): 355-361
110. McDermott I. O'Connor J.: NLP i zdrowie. Zysk i S-ka Wydawnictwo., Poznań 2001.
111. Mejza F.: Choroby układu oddechowego - postępy 2014. http://www.mp.pl/pulmonologia/artykuly-wytyczne/pogladowe/118868,choroby-ukladu-oddechowego-postepy-2014-dostęp 22.05.2015
112. Mejza F., Niżankowska-Mogielnicka E., Gajewski P.: Choroby układu oddechowego - postępy 2011. Medycyna Praktyczna 2012; 2: 52-62.
113. Mejza F., Niżankowska-Mogielnicka E., Gajewski P.: Choroby układu oddechowego - postępy 2013. Medycyna Praktyczna 2014; 3: 37-43.
114. Mejza F., Niżankowska-Mogilnicka E.: Światowa Inicjatywa Zwalczania Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc. Podręczny przewodnik rozpoznawania, leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Podardnik dla pracowników służby zdrowia. Aktualizacja, 2015. http://goldcopd.org/wpcontent/uploads/dlm_uploads/2016/04/GOLD_Pocket_2015_Polish.pdf
115. Menezes A.M.B., Perez-Padilla R., Hallal P.C., Jardim J.R., Muińo A., Lopez M.V., et al.: Worldwide burden of COPD in high - and low - income countries. Part II. Burden of chronic obstructive lung disease in Latin America: the PLATINO study. The International Journal of Tuberculosis and Lund Dissease 2008; 12(7): 709–712.
116. Mroziak B., Czabała J.C., Wójtowicz S.: Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne. Psychiatria Polska 1997; 31(3): 257-268.
117. Mróz R., Szulakowski P., Pierzchała W., Chyczewska E., MacNee W.: Patogeneza przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Część I. Podłoże komórkowe. Wiadomości Lekarskie 2006; 59(1-2): 92-95.
118. Ng T-P., Niti M., Tan W-Ch., Cao Z., Ong K-Ch., Eng Ph.: Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life. Archives of Internal Medicine 2007; 167(1): 60-67.

119. Niemirowska-Mikulska H.: Pielęgniarstwo w chorobach płuc. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1994.
120. Niżankowska-Mogilnicka E., Zieliński J., Małolepszy J., Pirożyński M., Roszkowski K.: Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, Medycyna Praktyczna 2001; 5(123): 14 - 24.
121. Nowicka A., Batura-Gabryel H., Młynarczyk W.: Czy proces apoptozy odgrywa rolę w patogenezie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc? Pneumonologia i Alergologia Polska 2004; 72 (405-408): 66- 69.
122. Nowobilski R., Furgał M., Bochenek G., Pulka G., Dyczek A., Polczyk R., Niżankowska-Mogilnicka E., De Barbaro B., Szczeklik A.: Psychopatologiczne i osobowościowe uwarunkowania odczuwania duszności u chorych na astmę. Alergia Astma Immunologia 2005;10(4): 202-205.
123. Ogórek-Tęcza B., Ratoń A., Kamińska A., Bodys-Cupak I.: Poczucie sensu życia u osób chorych przewlekle. Pielęgniarstwo XXI wieku 2012; 4(41): 41-45.
124. Osiadło G., Dzierżęga J.: Skuteczność kinezyterapii oddechowej w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc.Wiadomości Lekarskie 2007,60 (9-10): 418-421.
125. Ostrowski S., Grzywa-Celińska A.: Ocena jakości badania spirometrycznego u osób powyżej 80 roku życia. Gerontologia Polska 2005; 13(1): 55-58.
126. Ostrzyżek A.: Jakość życia w chorobach przewlekłych. Prablemy Higieny i Epidemiologii 2008; 89(4): 467-470.
127. Papuć E.: Jakość życia-definicje i sposoby jej ujmowania.Current Problems of Psychiatry 2011; 12(2): 141-145.
128. Pietrzak J., Sinkiewicz W., Świątkiewicz I., Balak W., Banach J.: Niewydolność serca i współistniejąca obturacyjna choroba płuc-problemy diagnostyczne i terapeutyczne. Folia Cardiologica Excerpta 2011; 6(1): 28-35.
129. Piotrowicz M., Cianciara D.: Teoria salutogenezy-nowe podejście do zdrowia i choroby. Przegląd Epidemiologiczny 2011; 65(3): 521-527.
130. Płaczkiewicz B., Tucholska S.: Poczucie koherencji a zachowania zaradcze młodzieży. Studia Psychologica UKSW 2009; 9: 45-56.
131. Płusa T.: Duszność w zaawansowanych chorobach układu oddechowego. w: Duszność w zaawansowanych stanach chorobowych - przyczyny i postępowania. Jassem E. (red.) Wydawnictwo VIA MEDICA: Gdańsk 2003.

132. Popkin R.,H., Stroll A.: Filozofia. Zysk i s-ka Wydawnictwo, Warszawa 1994.
133. Potoczek A.: Różnice w poczuciu koherencji w astmie ciężkiej, trudnej i w astmie z nadwrażliwością na aspirynę (aspirynowej) oraz jej związki z nasileniem objawów zespołu lęku napadowego i depresji w podgrupach kobiet i mężczyzn. Psychiatria Polska 2011; 45(2): 197-209.
134. Potoczek A., Niżankowska-Mogilnicka E., Bochenek G., Szczeklik A.: Ciężka POChP i płeć chorych a obecność doznanych urazów psychicznych. Psychiatria Polska 2008a; XLII(5):719-730.
135. Potoczek A., Niżankowska-Mogilnicka E., Bochenek G., Szczeklik A.: Związki pomiędzy zespołem lęku napadowego i depresją a mechanizmami obronnymi, koherencją i funkcjonowaniem rodzinnym u pacjentów z rozpoznaniem ciężkiej POChP. Psychiatria Polska 2008b; 42(5): 731-748.
136. Rabe K.F., Hurd S., Anzueto A., Barnes P.J., Buist S.A., Calverley P., et al.: Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. GOLD executive summary. American Journal of Respiratory Medicine and Critical Care 2007; 176(6): 532-555.
137. Raghavan N., McIvor R.A.:Emerging concepts and therapies for chronic obstructive pulmonary disease.Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej 2013;123(6);303-307.
138. Raherison C., Girodet P-O.: Epidemiology of COPD. European Respiratory Review 2009; 18(114): 213-221.
139. Raniszewska - Wyrwa A.: Doświadczanie somatycznej choroby przewlekłej a poczucie jakości życia. Perspektywa filozoficzno - psychospołeczna. Pielęgniarstwo Polskie 2013; 1(47): 37-41.
140. Rutkowski J.: Jak zbadać jakość życia.Wiadomości Statystyczne 1988; 5: 41-43.
141. Rylandre A.: Impact of antipsychotic treatment of quality of life – methodological considerations.Research and Clinical Forms 1993;15(2):45-53.
142. Sawicka A., Marcinowska-Suchowirska E.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) w wieku podeszłym. Borgis - Postępy Nauk medycznych 2011; 5: 435-439.

143. Scharloo M., Kaptein A., Schlosser M., Pouwels H., Bel E., Rabe K., et al.: Illness perceptions and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Asthma 2007; 44(7): 575-581.
144. Seligman M.E.P.: Optymizmu można się nauczyć. Media Rodzina: Poznań 1996.
145. Seligman M.E.P.: Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie. Media Rodzina: Poznań 1993.
146. Sęk H.: Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów i wieloznaczne funkcje wsparcia. w: Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki. Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (red.) Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego: Łódź 2003.
147. Siatkowska H.: Znaczenie badania spirometrycznego dla wczesnego rozpoznawania POChP w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Pneumonologia Info 2007; 4 (4): 31-35.
148. Skommer M.: Uwarunkowania zachowań zdrowotnych człowieka. w: Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne człowieka na przestrzeni życia. Teoria i praktyka. Bartkowiak G. (red.) Wyd. Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu: Poznań 2008.
149. Siemieniuk A., Doboszyńska A., Serafiński J., Tomaszewska I.: Przyczyny hospitalizacji chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP). Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej 2003;110, 1(7): 733-741.
150. Sobczyk W., Gugała M., Rola R.: Rozwój badań nad jakością życia w chorobach przewlekłych. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2008; 17(4): 353-356.
151. Sompolska - Rzechuła A.: Jakość życia jako kategoria ekonomiczna. Folia Pomeranae Universitatis Technologiae Stetinesis 2013, Oeconomica 2013; 301(71): 127-140.
152. Ståhl E., Lindberg A., Jansson S.A., Rönmark E., Svensson K.,et.al.: Health related quality of life is related to COPD disease severity. Health Quality of Life Outcomes 2005; 9:3-56. Doi:10.1186/1477-7525-3-56.
153. Strickland B.R.: Internal-external expectancies and health-related behaviors. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1978; 46(6): 1192-1211.
154. Szczeklik A.: Choroby wewnętrzne. Medycyna Praktyczna, Kraków 2005.

155. Śliwiński P.: Leczenie tlenem. Służba Zdrowia 2000a; (46-47) :32-35.
156. Śliwiński P.: Rozpoznanie POChP. Służba Zdrowia 2000b ; (46-47):8-14.
157. Śliwiński P.: Rozpoznawanie POChP. w: Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP). Zieliński J., Górecka D., Śliwiński P. (red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL: Warszawa, 1999, s.186-192.
158. Śliwiński P., Górecka D., Jassem E., Pierzchała W.: Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Pneumonologia i Alergologia Polska 2014; 82(3): 227–263.
159. Talarowska M., Florkowski A., Gałecki P., Zboralski K., Szemraj J., Pietras T., et al.: Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych, lękowych oraz zaburzeń funkcji poznawczych wśród pacjentów cierpiących na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Postępy Dermatologii i Alergologii 2009; 26(4): 201-205.
160. Tatarkiewicz W.: O szczęściu. Państwowe Wydawnictwo Naukowe,Warszawa 2015.
161. Thomas P.S., Yates D.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc. Wydawnictwo α-medica press, Bielsko-Biała 2001.
162. Tobiasz-Adamczyk B., Owsiński J., Wójtowicz E.: Jakość życia chorych z przewlekłymi chorobami układu oddechowego. Zdrowie Publiczne 1999; 109 (4): 133-138.
163. Trejtowicz M.: Dynamika dobrostanu psychicznego. Eksploracja danych z badań Diagnoza społeczna. Psychologia Społeczna 2007; 2; 1(3): 66-81.
164. Trzebiatowski J.: Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych-systematyzacja ujęć definicyjnych. Hygeia Public Health 2011; 46(1): 25-31.
165. Tylka J., Bajcar E.A.: Socjo-psychologiczne wyznaczniki jakości życia pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. Sztuka Leczenia 2005; 12(3-4): 9-20.
166. Weldam S.W.M., Lammers J.W.J., Decates R.L., Schuurmans M.J.: Daily activities and health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: psychological determinants: a cross-sectional study. Health and Quality of Life Outcomes 2013; 11:190. Doi: 10.1186/1477-7525-11-190.
167. Wesołowski A., Kamzol-Kończak D., Maćkowiak M., Wesołowska I.: Efektywność kosztowa rehabilitacji oddechowej w leczeniu Przewlekłej

Obturacyjnej Choroby Płuc z perspektywy płatnika i świadczeniodawcy w systemie ochrony zdrowia. Nowiny Lekarskie 2013; 82(4): 303-309.

168. Wierzyńska B., Snopek G., Popko-Szyszkowska L.: Rehabilitacja lecznicza w schorzeniach układu oddechowego w ramach prewencji rentowej ZUS. Poligrafia ZUS, Warszawa 2013; 3(33):1-36 http://www.zus.pl/documents/10182/167630/Prewencja_i_Rehabilitacja_nr_3_2013.pdf/7b0fe725-8f8d-44bc-bcd2-1bcea263cfab;dostęp -2013

169. Wiszniewska M., Lipińska-Ojrzanowska A., Ziemba K., Walusia-Skorupa J.: Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc - schorzenie związane z pracą zawodową. Medycyna Pracy 2012; 63(2): 217-228.

170. World Heath Organization: The global burden of disease. http://www.who.int/dostęp-17.11.2011; The top 10 causes of death; http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en -dostęp -13.11.2014; dostęp-14.11.2017.

171. Wrońska I., Kurowska K.: Przewlekła choroba a zmiana zachowań zdrowotnych. Pielęgniarstwo i nauki pokrewne 2005; 1(9): 37- 42.

172. Wrześniewski K. , Sosnowski T.: Inwentarz Stanu i Cechy lęku (ISCL). Polska adaptacja STAI. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 1996.

173. Yohannes A.M.: Management of anxiety and depression in patients with COPD. Postępowanie w lęku i depresji u chorych na POChP. Expert Review Respiratorum Medicine 2008; 2(3), 337-347, w wyd. pol. Expert Review Respiratorum Medicine 2008; 1(5): 37-48.

174. Zawadzka J., Bejer A., Kwolek A.: Wpływ wybranych czynników społeczno-demograficznych na jakość życia pacjentów po udarze mózgu - doniesienia wstępne. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie, 2014; 1: 36-46.

175. Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K.: Użyteczność koncepcji jakości życia w medycynie. Medycyna Dydaktyka Wychowanie 2006; 38(6): 26-30.

176. Zieliński J.: Patogeneza choroby. Służba Zdrowia 2000; 46-47: 6-14.

177. Zieliński J.: POChP - choroba zbyt rzadko rozpoznawana nie tylko we wczesnym okresie. Pneumonologia i Alergologia Polska 2007; 75: 2-4.

178. Zieliński J.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2001.
179. Ziętkowska E., Dolińska C., Ziętkowski Z., Bodzenta-Łukaszyk A.: Rola pielęgniarki w procesie rehabilitacji chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Pielęgniarstwo XXI wieku 2008; 2-3(23-24):78-81.
180. Ziółkowski J.: Diagnostyka chorób układu oddechowego. w: Choroby wewnętrzne. Pączek L., Mucha K., Foroncewicz B.(red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL: Warszawa, 2004,s.186.
181. Zwoliński, M., Jelonkiewicz, I., Kosińska-Dec, K.: Skala Poczucia Koherencji dla Młodzieży i jej właściwości psychometryczne. Sztuka Leczenia 2001; 8(2): 31–35.

11. Aneks

KWESTIONARIUSZ ANKIETY

Szanowni Państwo,

Charakter prowadzonych badań jest anonimowy a ich wyniki mogą posłużyć ocenie jakości życia osób hospitalizowanych z powodu Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc. Wyniki badania oraz ich analiza zostaną wykorzystane wyłącznie do celów naukowych związanych z doskonaleniem opieki pielęgniarskiej .

Bardzo proszę o rzetelne i szczere odpowiedzi.

Proszę zaznaczyć, wybraną odpowiedź wstawiając znak ” x ”.

1. Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

2. Wiek : .....

3. Stan cywilny: ☐ mężatka/żonaty ☐ wolny

4. Miejsce zamieszkania :

☐ miasto powyżej 20 tyś. mieszkańców

☐ miasto do 20 tyś. mieszkańców

☐ wieś/osada

5. Wykształcenie :

☐ niepełne podstawowe ☐ podstawowe ☐ zawodowe

☐ średnie ☐ wyższe

6. Aktywność zawodowa : ☐ czynny zawodowo ☐ bierny zawodowo

7. Źródło utrzymania : ☐ stałe dochody (stała praca, emerytura)

☐ okresowy dochód (praca dorywcza, renta),

☐ brak dochodu (bezrobotny, na utrzymaniu rodziny).

8. Proszę podać liczbę osób, na których pomoc **może** Pan/i liczyć:

Liczba osób pomagających	Zawsze mogę liczyć	Często mogę liczyć	Rzadko mogę liczyć

9. Proszę podać jak długo Pan/i choruje z powodu schorzeń układu oddechowego ?
.....

10. Który jest to dla Pana/i pobyt w szpitalu z powodu dolegliwości ze strony układu oddechowego ?

- □ pierwszy raz
- □ 2-5 raz
- □ 6 raz i więcej

11. Który jest to dla Pana/i dzień pobyt w szpitalu (proszę podać, która to doba)
.....

12. Tryb przyjęcia do szpitala :

□ nagły □ planowy

13. Czy miewa Pan/i inne, oprócz dolegliwości ze strony układu oddechowego, dodatkowe problemy zdrowotne ? Proszę odpowiedź zaznaczyć znakiem X.

Problemy zdrowotne	Odpowiedzi			
	Bardzo Duże	Duże	Małe	Brak
Narząd wzroku				
Narząd słuchu				
Układ ruch, np.. ból kręgosłupa				
Zaburzenia równowagi , chodzenia				
Utrudniona koncentracja, brak skupienia, „ powolne myślenie”				
Trudności z pamięcią				
Inne (jakie?.....				

14. Czy jest Pan/i zadowolony/a z opieki świadczonej przez personel medyczny (odpowiedź zaznaczyć znakiem X):

Rodzaj Opieki	Odpowiedzi			
	Zdecydowanie TAK	Raczej TAK	Raczej NIE	Zdecydowanie Nie
Czy jest Pan/i zadowolony/a z opieki lekarskiej ?				
Czy jest Pan/i zadowolony/a z opieki pielęgniarskiej?				
Czy jest Pan/i zadowolony/a z warunków pobytu na oddziale?				

15. Co stanowi dla Pana/i największy problem (trudność) w tej chorobie, który najbardziej obniża Pana/i zadowolenie z życia.

16. Co najbardziej pomaga Panu/i radzić sobie z chorobą i jej skutkami?

17. Co w Pana/i , zmaganiu się z chorobą stanowiło dla Pana/i największe osiągnięcie.

Skala nasilenia duszności MRC

Proszę postawić znak: X **, tylko w jednej** pustej kratce, obok odpowiedzi najlepiej opisującej Pana/i obecny stan:

		Skala nasilenia duszności MRC
	Stopień	**Objawy**
	0	Duszność występująca przy dużych wysiłkach.
	1	Duszność występuje przy wchodzeniu na niewielkie wzniesienie lub przy szybkim marszu.
	2	Pacjent musi się zatrzymywać do nabrania tchu, z powodu duszności chodzi wyraźnie wolniej od rówieśników.
	3	Chory nie może przejść 100 m po płaskim terenie bez zatrzymania się celem nabrania oddechu.
	4	Duszność spoczynkowa, uniemożliwiająca choremu opuszczenie domu lub samodzielne ubranie się.

KWESTIONARIUSZ SZPITALA ŚW. JERZEGO DLA PACJENTÓW ZE SCHORZENIAMI UKŁADU ODDECHOWEGO (SGRQ)

Kwestionariusz ten został opracowany, aby pomóc nam dowiedzieć się więcej o tym, jak dokuczliwe są Pana/Pani problemy z oddychaniem i jak wpływają na Pana/Pani życie. Wykorzystamy go, żeby dowiedzieć się od Pana/Pani, które aspekty Pana/Pani schorzenia sprawiają Panu/Pani najwięcej kłopotów, zamiast pytania o to lekarzy i pielęgniarek.

Proszę przeczytać uważnie instrukcję i zapytać jeśli czegokolwiek Pan/Pani nie zrozumie. Proszę nie zastanawiać się zbyt długo nad odpowiedziami.

Zanim wypełni Pan/Pani pozostałą część kwestionariusza:
Proszę zaznaczyć jeden kwadracik, aby wskazać jak Pan/Pani określa swoje obecne zdrowie:

Bardzo dobre	Dobre	Dość dobre	Złe	Bardzo złe
☐	☐	☐	☐	☐

Kwestionariusz Szpitala Św. Jerzego Dla Pacjentów ze Schorzeniami Układu Oddechowego

CZĘŚĆ 1

Pytania dotyczące częstotliwości występowania trudności w oddychaniu podczas ostatnich 4 tygodni.

Proszę zaznaczyć (☒) tylko jedną odpowiedź przy każdym pytaniu:

	Przez większość dni w tygodniu	Przez kilka dni w tygodniu	Przez kilka dni w miesiącu	Tylko w czasie infekcji dróg oddechowych	Wcale
1. W ciągu ostatnich 4 tygodni kaszlałem/ kaszlałam:	☐	☐	☐	☐	☐
2. W ciągu ostatnich 4 tygodni odkrztuszałem/ odkrztuszałam wydzielinę (flegmę/plwocinę):	☐	☐	☐	☐	☐
3. W ciągu ostatnich 4 tygodni miałem/miałam duszności:	☐	☐	☐	☐	☐
4. W ciągu ostatnich 4 tygodni miałem/miałam napady świszczącego oddechu:	☐	☐	☐	☐	☐

5. Ile razy, w ciągu ostatnich 4 tygodni, cierpiał/a Pan/Pani z powodu ciężkich lub bardzo nieprzyjemnych trudności z oddychaniem?

Proszę zaznaczyć (☒) *jedną odpowiedź*:

Więcej niż 3 razy ☐
3 razy ☐
2 razy ☐
1 raz ☐
Wcale ☐

6. Jak długo trwały najciężej przebiegające trudności w oddychaniu?
(Jeżeli nie było ciężkiego ataku proszę przejść do pyt. 7)

Proszę zaznaczyć (☒) *jedną odpowiedź*:

Tydzień lub więcej ☐
Trzy lub więcej dni ☐
Jeden lub dwa dni ☐
Mniej niż jeden dzień ☐

7. Przez ile dni w przeciętnym tygodniu w ciągu ostatnich 4 tygodni nie miał/miała Pan/Pani trudności w oddychaniu?

Proszę zaznaczyć (☒) *jedną odpowiedź*:

Nie było takich dni ☐
1 lub 2 dni ☐
3 lub 4 dni ☐
Prawie codziennie ☐
Codziennie ☐

8. Jeśli miewa Pan/Pani świszczący oddech, to czy jest on nasilony w godzinach porannych?

Proszę zaznaczyć (☒) *jedną odpowiedź*:

Nie ☐
Tak ☐

Kwestionariusz Szpitala Św. Jerzego Dla Pacjentów ze Schorzeniami Układu Oddechowego

CZĘŚĆ 2

Punkt 1

Jak mógłby/mogłaby Pan/Pani opisać swoją chorobę płuc?

Proszę zaznaczyć (☒) *jedną odpowiedź*:

- To mój największy problem ☐
- Sprawia mi dużo kłopotów ☐
- Sprawia mi niewiele kłopotów ☐
- Nie stanowi problemu ☐

Jeśli kiedykolwiek pracował/a Pan/Pani zarobkowo.

Proszę zaznaczyć (☒) *jedną odpowiedź*:

- Problemy w oddychaniu były przyczyną zaprzestania pracy ☐
- Problemy w oddychaniu wpływają na moją pracę lub zmusiły mnie do jej zmiany ☐
- Problemy w oddychaniu nie przeszkadzają mi w pracy ☐

Punkt 2

W poniższych pytaniach proszę określić czy <u>obecnie</u> poszczególne czynności zwykle wywołują u Pana/Pani duszność.

Proszę zaznaczyć (☒) **każdą odpowiedź**, która **obecnie** odnosi się do Pana/Pani:

	Prawda	Nieprawda
Spokojne siedzenie lub leżenie	☐	☐
Mycie lub ubieranie się	☐	☐
Chodzenie po domu	☐	☐
Chodzenie po płaskim terenie	☐	☐
Wchodzenie po schodach na piętro	☐	☐
Wchodzenie pod górę	☐	☐
Uprawianie sportu lub uczestniczenie w grach ruchowych	☐	☐

Punkt 3

Dodatkowe pytania dotyczące obecnie występujących u Pana/Pani kaszlu i duszności.

Proszę zaznaczyć (☒) ***każdą odpowiedź***, która ***obecnie*** odnosi się do Pana/Pani:

	Prawda	Nieprawda
Kaszel wywołuje u mnie ból	☐	☐
Kaszel męczy mnie	☐	☐
Kiedy mówię brakuje mi tchu	☐	☐
Kiedy się pochylam brakuje mi tchu	☐	☐
Kaszel lub duszności przeszkadzają mi w spaniu	☐	☐
Łatwo się męczę	☐	☐

Punkt 4

Poniższe pytania dotyczą innych problemów powodowanych Pana/Pani obecnymi trudnościami w oddychaniu.

Proszę zaznaczyć (☒) ***każdą odpowiedź***, która ***obecnie*** odnosi się do Pana/Pani:

	Prawda	Nieprawda
Kaszel lub problemy z oddychaniem są krępujące w obecności innych	☐	☐
Moja choroba jest uciążliwa dla mojej rodziny, sąsiadów i przyjaciół	☐	☐
Odczuwam strach lub wpadam w panikę, kiedy nie mogę zaczerpnąć tchu	☐	☐
Czuję, że moje trudności w oddychaniu wymykają mi się spod kontroli	☐	☐
Nie spodziewam się poprawy mojego stanu	☐	☐
Stałem/stałam się inwalidą z powodu trudności w oddychaniu	☐	☐
Ćwiczenia fizyczne nie są dla mnie bezpieczne	☐	☐
Wydaje mi się, że wszystko wymaga zbyt dużego wysiłku	☐	☐

Punkt 5

Poniższe pytania dotyczą Pana/Pani leczenia. Jeśli nie bierze Pan/Pani żadnych leków, proszę przejść od razu do punktu 6.

Proszę zaznaczyć (☒) ***każdą odpowiedź***, która ***obecnie*** odnosi się do Pana/Pani:

	Prawda	Nieprawda
Moje leki niewiele mi pomagają	☐	☐
Przyjmowanie leków w obecności innych krępuje mnie	☐	☐
Odczuwam nieprzyjemne działania uboczne stosowanego leczenia	☐	☐
Moje leki bardzo utrudniają mi życie	☐	☐

Punkt 6

Poniższe pytania dotyczą tych dziedzin Pana/Pani aktywności, na które mogą mieć wpływ Pana/Pani dolegliwości oddechowe.

	Proszę zaznaczyć (☒) ***każdą odpowiedź***, która odnosi się do Pana/Pani ***z powodu Pana/Pani trudności w oddychaniu***:	
	Prawda	Nieprawda
Mycie i ubieranie się zajmuje mi dużo czasu	☐	☐
Nie mogę wykąpać się lub wziąć prysznica albo zajmuje mi to dużo czasu	☐	☐
Chodzę wolniej niż inni ludzie lub muszę zatrzymywać się, by odpocząć	☐	☐
Niektóre czynności, jak prace domowe, zajmują mi dużo czasu lub muszę zatrzymywać się, aby odpocząć	☐	☐
Wchodząc po schodach muszę robić to powoli lub muszę się zatrzymywać	☐	☐
Jeśli się śpieszę lub idę szybko, muszę zatrzymywać się lub zwalniać	☐	☐
Kłopoty z oddychaniem utrudniają mi wykonywanie takich czynności jak wchodzenie pod górę, wnoszenie rzeczy po schodach, lekkie prace ogrodowe, np. odchwaszczanie, taniec lub gra w kręgle	☐	☐
Kłopoty z oddychaniem utrudniają mi wykonywanie takich czynności, jak noszenie ciężkich przedmiotów, kopanie ogródka lub odśnieżanie, bieg lub szybki marsz (w tempie 8 km na godzinę), gra w tenisa lub pływanie	☐	☐
Kłopoty z oddychaniem utrudniają mi wykonywanie takich czynności, jak ciężka praca fizyczna, bieganie, jazda na rowerze, szybkie pływanie lub intensywne uprawianie sportów	☐	☐

Punkt 7

Chcielibyśmy się dowiedzieć, jak problemy z oddychaniem wpływają <u>zwykle</u> na Pana/Pani codzienne życie.

	Proszę zaznaczyć (☒) ***każdą odpowiedź,*** która odnosi się do Pana/Pani ***z powodu Pana/Pani trudności w oddychaniu:***	
	Prawda	Nieprawda
Nie mogę uprawiać sportów lub uczestniczyć w grach ruchowych	☐	☐
Nie mogę korzystać z rozrywek	☐	☐
Nie mogę wychodzić z domu po zakupy	☐	☐
Nie mogę wykonywać prac domowych	☐	☐
Nie mogę oddalać się od łóżka lub fotela	☐	☐

A oto lista innych czynności, których wykonanie mogą utrudnić problemy z oddychaniem. (Nie musi Pan/Pani zaznaczyć żadnego z tych stwierdzeñ, one mają przypomnieć Panu/Pani jak kłopoty z oddychaniem mogą wplywać na Pana/Panią):

Spacer lub wyprowadzanie psa

Prace w domu lub w ogrodzie

Współżycie seksualne

Pójście do kościoła, pubu, klubu lub miejsc rozrywki

Wychodzenie z domu w czasie niepogody lub przebywanie w zadymionych pokojach.

Odwiedziny u przyjaciół lub rodziny, zabawa z dziećmi

Proszę wymienić inne ważne dla Pani/Pana czynności, z których Pan/Pani rezygnuje z powodu trudności w oddychaniu:

.....

.....

.....

.....

A teraz proszę zaznaczyć tylko jedno stwiedzenie, które najlepiej opisuje sposób, w jaki choroba układu oddechowego wpływa na Pana/Panią:

Nie powstrzymuje mnie od robienia czegokolwiek, co chciałbym/chciałabym zrobić ☐

Powstrzymuje mnie od jednej, lub dwóch aktywności, które chciałbym/chciałabym zrobić ☐

Powstrzymuje mnie od wykonywania większości czynności, które chciałbym/chciałabym zrobić ☐

Powstrzymuje mnie od wykonywania wszystkich czynności, które chciałbym/chciałabym zrobić ☐

Dziękujemy za wypełnienie tego kwestionariusza. Przed zakończeniem proszę sprawdzić, czy odpowiedział/a Pan/Pani na wszystkie pytania.

Skala Satysfakcji z Życia-SWLS

Data.....
Rok urodzenia.(wiek w latach)..... Płeć: M
K

Instrukcja: Proszę określić swój poziom zadowolenia z dotychczasowego życia ustosunkowując się do poniższych stwierdzeń używając skali od 1 do 7. Przeczytaj każde z tych twierdzeń, a następnie **otocz kółkiem odpowiednią cyfrę** na prawo od twierdzenia

Poszczególne punkty skali oznaczają:
1-zupełnie się nie zgadzam
2- nie zgadzam się
3-raczej nie zgadzam się
4- ani się zgadzam, ani się nie zgadzam
5- raczej się zgadzam
6-zgadzam się
7-całkowicie się zgadzam

	Zupełnie się nie zgadzam	**Nie zgadzam się**	**Raczej się nie zgadzam**	**Ani tak, ani nie**	**Raczej się zgadzam**	**Zgadzam się**	**Całkowicie się zgadzam**
1.Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału……	1	2	3	4	5	6	7
2. Warunki mojego życia są doskonałe …….....	1	2	3	4	5	6	7
3. Jestem zadowolony z mojego życia……..	1	2	3	4	5	6	7
4. W życiu osiągnąłem najważniejsze rzeczy, które chciałem…….	1	2	3	4	5	6	7
5. Gdybym mógł jeszcze raz przeżyć swoje życie,to nie chciałbym prawie nic zmieniać …….	1	2	3	4	5	6	7

Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-13)

Poniższy kwestionariusz dotyczy różnych aspektów naszego życia. Jest on również anonimowy Przy każdym pytaniu podano 7 możliwych odpowiedzi. **Proszę otoczyć kółkiem tę cyfrę, która najlepiej wyraża Pana/i odczucia, przy czym cyfry 1 i 7 oznaczają odpowiedzi skrajne.** Jeśli określenie umieszczone pod 1 odpowiada Pana/i odczuciom proszę je zakreślić, natomiast jeśli Pana/i odczuciom odpowiada określenie znajdujące się pod cyfrą 7, proszę otoczyć kółkiem cyfrę 7. Jeśli ma Pan/i inne odczucia, proszę zakreślić tę cyfrę, która najbardziej wyraża to, co Pan/i czuje. Przy każdym pytaniu proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź. Serdecznie dziękuję za rzetelne wypełnienie kwestionariusza.

1.Czy ma Pan/i poczucie, że to co dzieje się wokół, tak naprawdę mało Pana/ią obchodzi?

1 2 3 4 5 6 7

bardzo rzadko lub nigdy bardzo często

2.Czy zdarzyło się w przeszłości ,że był Pan/i zaskoczony/a zachowaniem ludzi, których -jak sądził/a Pan/i – dobrze zna?

1 2 3 4 5 6 7

nigdy się tak nie zdarzyło zawsze tak było

3. Czy zdarzyło się, że zawiedli Pana/ią ludzie, na których Pan/i liczył/a?

1 2 3 4 5 6 7

nigdy się tak nie zdarzyło zawsze tak było

4. Do tej pory w Pana/i życiu:

1 2 3 4 5 6 7

nie było żadnych wyraźnych celów i dążeń

były bardzo wyraźne cele i dążenia

5.Czy ma Pan/i poczucie, że jest Pan/i traktowany/a niesprawiedliwie?

1 2 3 4 5 6 7

bardzo często bardzo rzadko lub nigdy

6.Czy miewa Pan/i wrażenie ,że jest w nieznanej Panu/i sytuacji i nie wie Pan/i co robić?

1 2 3 4 5 6 7

bardzo często bardzo rzadko lub nigdy

7.Wykonywanie codziennych zajęć jest dla Pana/i źródłem:

1 2 3 4 5 6 7

dużej przyjemności i zadowolenia przykrości i nudy

8.Czy miewa Pan/i mieszane uczucia i myśli?

1 2 3 4 5 6 7

bardzo często bardzo rzadko lub nigdy

9.Czy zdarza się, że ma Pan/i w sobie uczucia, których wolałby/łaby Pan/i nie mieć?

1 2 3 4 5 6 7

bardzo często bardzo rzadko lub nigdy

10.Ludzie- nawet o silnym charakterze- w pewnych sytuacjach czują się przegrani. Jak często czuł/a się Pan/i tak w przeszłości?

1 2 3 4 5 6 7

nigdy bardzo często

11.Czy patrząc wstecz na jakieś wydarzenia zwykle Pan/i stwierdzał/a, że kiedy miało on miejsce;

1 2 3 4 5 6 7

przecenił Pan/i znaczenie wydarzenia lub go nie docenił/a

widział Pan/i sprawy we właściwych proporcjach

12.Jak często ma Pan/i wrażenie, że to, co robi na co dzień, jest niezbyt sensowne?

1 2 3 4 5 6 7

bardzo często bardzo rzadko lub nigdy

13.Jak często doznaje Pan/i uczuć , nad którymi nie wie Pan/i czy potrafi zapanować?

1 2 3 4 5 6 7

bardzo często bardzo rzadko lub nigdy

Skala Samooceny Jakości Własnego Życia

Proszę zaznaczyć kółkiem swoje miejsce na skali od 1 do 10, (gdzie 1 oznacza najniższy poziom zadowolenia z życia a 10 najwyższy):

a) Jak ocenia Pan/Pani w chwili obecnej swoje zdolności do samoobsługi

Brak zdolności samoobsługi **Pełna zdolność do samoobsługi**

1----2----3----4----5-----6----7----8----9----10

b) Jak ocenia Pan/Pani w chwili obecnej swoje samopoczucie (komfort psychiczny)

Bardzo złe **Bardzo dobre**

1----2----3----4----5-----6----7----8----9----10

c) Jak ocenia Pan/Pani w chwili obecnej swoje zaangażowanie w nawiązywaniu kontaktów z innymi

Bardzo małe **Bardzo duże**

1----2----3----4----5-----6----7----8----9----10

d) Jak obecnie odczuwane dolegliwości chorobowe wpływają na Pana/Pani zadowolenie z życia

Choroba odbiera mi całkowicie zadowolenie z życia **Mam pełne zadowolenie z życia chociaż choruję**

1----2----3----4----5-----6----7----8----9----10

KWESTIONARIUSZ SAMOOCENY
STAI, ARKUSZ X-2

Imię i nazwisko.....Data.....
Rok urodzenia..... Płeć: M K

Instrukcja: niżej podano szereg twierdzeń, przy pomocy których ludzie zwykle opisują samych siebie. Przeczytaj każde z tych twierdzeń, a następnie otocz kółkiem odpowiednią cyfrę na prawo od twierdzenia, aby wskazać jak *zazwyczaj* czujesz. Nie ma odpowiedzi dobrych i złych. Podawaj odpowiedzi które jak Ci się wydaje najlepiej opisują jak się *na ogół* czujesz.

	Prawie nigdy	Czasem	Często	Prawie zawsze
21.Jest mi przyjemnie ……..	1	2	3	4
22.Szybko się męczę ……	1	2	3	4
23.Chce mi się płakać ……..	1	2	3	4
24.Chciałbym być tak szczęśliwy jak inni ……..	1	2	3	4
25.Tracę na tym, że nie umiem się dostatecznie szybko decydować ……...	1	2	3	4
26.Czuję się wypoczęty ……	1	2	3	4
27.Jestem spokojny i opanowany ……..……..	1	2	3	4
28.Czuję,że trudności tak się piętrzą, że nie potrafię ich przezwyciężyć…….	1	2	3	4
29.Za bardzo martwię się czymś ,co w gruncie rzeczy nie jest ważne …….....	1	2	3	4
30.Jestem szczęśliwy…….. .	1	2	3	4
31.Jestem skłonny brać wszystko zbyt poważnie …….....	1	2	3	4
32.Brak mi pewności siebie……..	1	2	3	4
33.Czuję się bezpieczny……...	1	2	3	4
34.Staram się nie zauważać kryzysów i trudności……...…….. .	1	2	3	4
35.Jest mi smutno……..	1	2	3	4
36.Jestem zadowolony……...	1	2	3	4
37.Jakaś nieważna myśl chodzi mi po głowie i dręczy mnie……	1	2	3	4
38.Przeżywam rozczarowania tak dotkliwie, że nie mogę przestać o nich myśleć……...	1	2	3	4
39.Jestem osobą zrównoważoną…… …….…..	1	2	3	4
20.Staję się napięty lub rozdrażniony, gdy myślę o swoich niedawnych kłopotach…….…..	1	2	3	4

LOT-R

…….wiek……..płeć: M K data badania…….

Proszę ocenić, w jakim stopniu podane poniżej stwierdzenia odnoszą się do Ciebie. Proszę być szczerym w swoich odpowiedziach i uważać, aby odpowiedź na jedno pytanie nie wpływała na pozostałe. Nie ma tu odpowiedzi ani dobrych ani złych.

Do każdej kratki należy wpisać odpowiednią liczbę stosując następującą skalę:

0- zdecydowanie **nie odnosi się** do mnie
1-raczej nie odnosi się do mnie
2-ani się odnosi ani się nie odnosi
3-raczej odnosi się do mnie
4- zdecydowanie **odnosi się** do mnie

1. W tych trudnych chwilach zazwyczaj oczekuję pomyślnego rozwiązania
2. Łatwo się relaksuję
3. Jeżeli ma mnie spotkać niepowodzenie, to mnie spotka
4. Zawsze patrzę w przyszłość optymistycznie
5. Towarzystwo moich przyjaciół sprawia mi dużą radość
6. Jest dla mnie ważne, aby zawsze mieć jakieś zajęcie
7. Prawie nigdy nie oczekuję ,że sprawy ułożą się po mojej myśli
8. Trudno jest wytrącić mnie z równowagi
9. Rzadko liczę na to, że przytrafi mi się coś dobrego
10. Ogólnie oczekuję ,że przytrafi mi się więcej dobrego niż złego

Spis tabel

Tabela1. Choroby współistniejące w badanej grupie…….…….49
Tabela 2. Liczba osób na których pomoc mogą liczyć badani…...…….49
Tabela 3. Ocena nasilenia duszności (Skala MRC)……..……..50
Tabela 4. Ocena nasilenia duszności (MRC) z uwzględnieniem płci…….54
Tabela 5. Ocena nasilenia duszności (MRC) z uwzględnieniem wieku…….55
Tabela 6. Ocena nasilenia duszności (MRC) z uwzględnieniem czasu trwania choroby …….…….....56
Tabela 7. Ocena nasilenia duszności (MRC) z uwzględnieniem liczby hospitalizacji.....56
Tabela 8. Ocena nasilenia duszności (MRC) z uwzględnieniem liczby dni hospitalizacji…….……...57
Tabela 9. Ocena nasilenia duszności (MRC) z uwzględnieniem trybu przyjęcia do szpitala……...57
Tabela 10. Stopień nasilenia choroby (MRC) a ogólna jakość życia (SWLS)……..58
Tabela 11. Czas trwania choroby a ogólna jakość życia (SWLS)…….……..... 58
Tabela 12. Liczba hospitalizacji a ogólna jakość życia (SWLS)……...…...……59
Tabela 13. Liczba dni hospitalizacji a ogólnej jakość życia (SWLS)…….59
Tabela 14. Nasilenie objawów choroby (MRC) a jakość życia związana ze zdrowiem (SJŻ) ……...…..60
Tabela 15. Liczba pobytów w szpitalu a ocena jakości życia związanej ze zdrowiem (SJŻ)……..……60
Tabela 16. Czas trwania choroby a jakość życia związana ze zdrowiem (SJŻ)……..61
Tabela 17. Liczba dni hospitalizacji a ocena jakości życia związanej ze zdrowiem (SJŻ)……..……...61
Tabela 18. Nasilenie duszności (MRC) a upośledzenie specyficznej jakości życia (SGRQ) w badanej grupie pacjentów……...….……..62
Tabela 19. Liczba pobytów w szpitalu a upośledzenie specyficznej jakości życia (SGRQ) pacjentów z POChP…….…….….63
Tabela 20.Liczba dni hospitalizacji a upośledzenie specyficznej jakości życia (SGRQ)……...……...64
Tabela 21. Płeć a poziom satysfakcji z życia (SWLS) ……67

Tabela 22. Wiek a poziom satysfakcji z życia (SWLS) ……....67
Tabela 23. Miejsce zamieszkania a poziom satysfakcji z życia (SWLS)……...68
Tabela 24. Wykształcenie a poziom satysfakcji z życia (SWLS)…….……..69
Tabela 25. Aktywność zawodowa a poziom ogólnej jakości życia (SWLS)…… …..69
Tabela 26.Wsparcie a poziomo ogólnej jakości życia (SWLS)……..70
Tabela 27. Ocena jakości życia związanej ze zdrowiem (SJŻ) w badanej grupie pacjentów z POChP……...……...……71
Tabela 28. Płeć a jakość życia związana ze zdrowiem (SJŻ)……..71
Tabela 29. Wiek a jakość życia związana ze zdrowiem (SJŻ)……72
Tabela 30. Miejsce zamieszkania a jakość życia związana ze zdrowiem (SJŻ)……72
Tabela 31. Wykształcenie a jakość życia związana ze zdrowiem (SJŻ)……73
Tabela 32. Aktywność zawodowa a jakość życia związana ze zdrowiem (SJŻ)……...73
Tabela 33. Wsparcie a jakość życia związana ze zdrowiem (SJŻ)……74
Tabela 34. Stopień upośledzenia specyficznej jakości życia (SGRQ) w badanej grupie pacjentów……75
Tabela 35.Płeć a upośledzenie specyficznej jakości życia (SGRQ) w badanej grupie pacjentów……....76
Tabela 36. Wiek a specyficzna jakość życia (SGRQ)……...…77
Tabela 37. Miejsce zamieszkania a upośledzenie specyficzne jakości życia (SGRQ) w badanej grupie pacjentów…….……78
Tabela 38. Wykształcenie a upośledzenie specyficznej jakości życia (SGRQ) pacjentów z POChP……79
Tabela 39. Aktywność zawodowa a specyficzna jakość życia (SGRQ) w badanej grupie pacjentów……80
Tabela 40. Wsparcia a upośledzenie specyficznej jakości życia (SGRQ) pacjentów.....82
Tabela 41. Płeć a poziom lęku…….…84
Tabela 42. Poziom lęku (STAI-X2) a ogólna jakość życia (SWLS)……...85
Tabela 43. Ocena związku pomiędzy poziomem cechy lęku (STAI-X2) a obniżeniem się specyficznej jakości życia (SGRQ)……...87
Tabela 44. Płeć a poziom optymizmu (LOT-R)……...…90
Tabela 45. Ocena poziomu optymizmu (LOT-R) z uwzględnieniem płci (Ch^2) ….....90
Tabela 46. Poziom optymizmu (LOT-R) a ogólna jakość życia (SWLS)…….91
Tabela 47. Optymizm a upośledzenie specyficznej jakości życia (SGRQ)……93
Tabela 48 . Ocena poziomu koherencji (SOC-13) w badanej grupie pacjentów……...95

Tabela 49. Płeć a poziom poczucie koherencji (SOC-13) w badanej grupie pacjentów.....96
Tabela 50. Ocena związku pomiędzy poczuciem koherencji a ogólną jakością życia (SWLS) ……..…....97
Tabela 51. Związek pomiędzy poczuciem koherencji a jakością życia związaną ze zdrowiem (SJŻ) ……...98
Tabela 52. Związek pomiędzy poczuciem koherencji a upośledzeniem jakości życia związanej z POChP (SGRQ)……..……100
Tabela 53. Model regresji dla zmiennej: ogólna satysfakcja z życia (SWLS)…...…...102
Tabela 54. Model regresji dla zmiennej: jakość życia związana ze zdrowiem (SJŻ)...103
Tabela 55. Model regresji dla zmiennej: specyficzna jakość życia związana z chorobą (SGRQ)……104

Spis rycin

Ryc.1. Rozkład badanych z uwzględnieniem płci……..…….43
Ryc.2. Średnia wieku w grupie kobiet i mężczyzn……..44
Ryc.3. Rozkład badanych z uwzględnieniem grup wiekowych……..…44
Ryc.4. Rozkład badanych z uwzględnieniem stanu cywilnego……...…45
Ryc.5. Rozkład badanych z uwzględnieniem miejsca zamieszkania……..45
Ryc.6. Rozkład badanych z uwzględnieniem wykształcenia……..46
Ryc.7. Rozkład badanych z uwzględnieniem aktywności zawodowej……...46
Ryc.8. Rozkład badanych z uwzględnieniem czasu trwania choroby…….47
Ryc.9. Rozkład badanych z uwzględnieniem liczby pobytów w szpitalu……...47
Ryc.10. Rozkład badanych z uwzględnieniem czasu trwania hospitalizacji……...48
Ryc.11. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem trybu przyjęcia do szpitala……48
Ryc.12. Nasilenia duszności a upośledzenie specyficznej jakości życia (SGRQ) …….63
Ryc.13. Liczba pobytów w szpitalu a upośledzenie specyficznej jakości życia (SGRQ) pacjentów z POChP ……..……..64
Ryc.14.Korelacja pomiędzy upośledzeniem specyficznej jakości życia (SGRQ) a czasem trwania hospitalizacji…….…...……...…65
Ryc.15. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem oceny satysfakcji z życia……..66
Ryc.16. Stopień upośledzenia jakości życia (SGRQ) w grupie kobiet i mężczyzn……76
Ryc.17. Korelacja pomiędzy wiekiem a specyficzną jakością życia (SGRQ)…..…….77
Ryc.18. Miejsce zamieszkania a specyficzna jakość życia (SGRQ) …….……79
Ryc.19. Wykształcenie a upośledzenie specyficznej jakości życia (SGRQ) ……80
Ryc.20. Ocena specyficznej jakości życia (SGRQ) w grupie osób pracujących (czynnych zawodowo) i niepracujących (biernych zawodowo)……..…….81
Ryc.21. Wsparcie a upośledzenie specyficznej jakości życia (SGRQ) pacjentów z POChP ……..…….82
Ryc.22. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem oceny poziomu lęku……..84
Ryc.23. Korelacja pomiędzy lękiem(STAI-X2) a ogólną jakością życi (SWLS)……..85
Ryc.24. Korelacja pomiędzy lękiem (STAI-X2) a jakością życia związaną ze zdrowiem (SJŻ)……...……86
Ryc.25. Korelacja pomiędzy poziomem lęku (STAI-X2) a specyficzną jakością życia (SGRQ)……..…….88

Ryc.26. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem oceny poziomu optymizmu…….89
Ryc.27. Korelacja poziomu optymizmu (LOT-R) z jakością życia związaną ze zdrowiem (SJŻ)……..……92
Ryc.28. Korelacja pomiędzy optymizmem a specyficzną jakością życia (SGRQ)……94
Ryc.29. Ocena poczucia koherencji w grupie kobiet i mężczyzn…….……..96
Ryc.30. Korelacja pomiędzy poczuciem koherencji a ogólną satysfakcją z życia (SWLS)……..……97
Ryc.31. Korelacja pomiędzy poczuciem koherencji (SOC) i jego komponentów a jakością życia związaną ze zdrowiem (SJŻ)……..……99
Ryc.32. Korelacja pomiędzy poczuciem koherencji a jakością życia związaną z chorobą (SGRQ)……...……101