

Małgorzata Cichońska, Dorota Maciąg, Urszula Pypeć, Joanna Wasilewska

Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Kierunek Pielęgniarstwo

Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

Postawy zdrowotne i zachowania chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, a ich wiek.

Streszczenie

Wprowadzenie:

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP) to choroba, która stanowi poważny problem zdrowia publicznego, a nieleczona prowadzi do inwalidztwa oraz przedwczesnej śmierci z powodu powikłań, zaś nasilające się dolegliwości i ograniczenia wpływają na pogorszenie stanu ogólnego oraz determinują postawy i zachowania chorych.

Cel pracy:

Celem pracy jest wykazanie postaw i zachowań zdrowotnych chorych na POCHP w kontekście ich wieku.

Material i metody badawcze:

Badaniem objęto grupę 96 pacjentów leczonych w przebiegu zaostrzenia POCHP w jednym ze szpitali w regionie świętokrzyskim, w marcu i kwietniu 2015 roku wykorzystując ankietę autorską własnej konstrukcji oraz kwestionariusz zmodyfikowanej skali duszności i test oceny przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (CAT).

Wyniki

W badanej populacji dominowali mężczyźni, osoby zamieszkujące na wsi, chorzy w wieku 60 - 70 lat, z wykształceniem zawodowym, emeryci, którzy wykonywali w przeszłości pracę fizyczną, nie posiadające wiedzy, co do zachorowań na POCHP w rodzinie oraz oceniające swój stan zdrowia jako poprawny, wykonujące spirometrię w ramach badań kontrolnych.

Wśród respondentów występują choroby współistniejące z POCHP, poziom wiedzy na temat czynników wywołujących i zaostrzających chorobę oraz stosowanej terapii jest zadowalający, a duszność, kaszel, zaleganie płwociny oraz ucisk w klatce piersiowej najczęściej występują w okresie zaostrzenia choroby.

Wydolność w zakresie wykonywania czynności domowych wskutek choroby jest ograniczona, samopoczucie poza domem i energia do codziennego działania poprawna.

Wiek badanych ma wpływ na część z badanych zachowań i postaw zdrowotnych.

Wnioski

1. W badanej populacji chorych na POCHP odnotowano wpływ wieku na: występowanie duszności, ograniczenia odczuwane w przebiegu choroby, kłopoty ze snem, występowanie kaszlu, znajomość czynników zaostrzających chorobę, poziom wiedzy na temat choroby, deficyt wiedzy, przyjmowanie zalecanych leków, konieczność doraźnego przyjmowania leków p/duszności, postrzeganie choroby, osiąganie poszczególnych stopni wydolności w funkcjonowaniu oraz sen.

2. Wyniki sugerują brak wpływu wieku na porę występowania duszności, ucisk w klatce piersiowej przy wysiłku fizycznym, zaleganie wydzieliny, rodzaj terapii, rodzaj dodatkowej terapii nefarmakologicznej, realizację szczepień p/ grypie, zadowolenie chorych ze sposobu leczenia oraz stosunek chorego do samego siebie.

3. Cechy badanej populacji, jej zachowania i postawy w kilku aspektach funkcjonowania z POCHP są zbliżone do wyników innych badaczy.

Słowa kluczowe:

przewlekła obturacyjna choroba płuc, wiek, chory, duszność

Attitude to health and behaviour of patients suffering from chronic obstructive pulmonary disease versus their age.

Abstract

Chronic obstructive pulmonary disease is a condition that is a major public health problem and if left untreated, leads to disability and premature death due to complications, worsening symptoms and restrictions undermine the deterioration of general condition and determine the attitude and behavior of patients.

Aim

The aim of the study is to demonstrate the attitude and health behavior of patients with COPD in the context of their age.

Material and methods

The study group included 96 patients treated in the course of exacerbation of COPD in one of the hospitals in the Świętokrzyskie region, in March and April 2015. The survey was based on a specially

constructed questionnaire, a modified scale of dyspnea and chronic obstructive pulmonary disease assessment test (CAT).

Outcome

The majority of the respondents were men, living in rural areas, aged 60 - 70 years with vocational education, pensioners who used to work physically, not having knowledge about the incidence of COPD in the family and assessing their health as fine, performing spirometry as a part of their checkups.

In the respondents there are co morbidities of COPD, the level of knowledge about the factors causing and aggravating the disease and the prescribed treatment is satisfactory, and shortness of breath, cough, sputum retention and tightness of the chest are the most common during exacerbations.

The efficiency in carrying out household tasks due to illness is limited, well - being when away from home and energy for daily activities is positive. The age of the respondents influences of some of the studied health behaviors and attitudes.

Conclusions

1. In the studied population of patients with COPD one reported the influence of age on: the occurrence of shortness of breath, limitations experienced in the course of the disease, trouble sleeping, cough, knowledge of the factors exacerbating the disease, the level of knowledge about the disease, the deficit of knowledge, receiving the recommended drugs, the need for reliever drugs eliminating shortness of breath, perception of disease, achieving various degrees of efficiency in functioning and sleep.
2. The results suggest no influence of age on the time of shortness of breath occurrence, tightness in the chest with exercise, retention of secretions, type of therapy, the type of additional non-pharmacological therapies, and implementation of vaccination against flu, patient satisfaction with the way of treatment and patient's attitude to themselves.
3. The characteristics of the respondents, their behaviors and attitudes in several aspects of the functioning of COPD are similar to results from other researchers.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, age, sick, shortness of breath

Wstęp

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest chorobą stanowiącą poważny problem zdrowia publicznego. Nieleczona prowadzi do inwalidztwa oddechowego oraz przedwczesnej śmierci z powodu powikłań. Choroba pojawia się w różnym wieku i jest trudna do zdiagnozowania, gdyż pierwsze objawy choroby – kaszel i duszność, pojawiają się stosunkowo późno i często są mylone przez pacjentów z innymi chorobami układu oddechowego. Za rozwój przewlekłej obturacyjnej choroby płuc odpowiedzialnych jest kilka czynników. Są to między innymi: palenie tytoniu [1, s. 102-103], zanieczyszczenia środowiskowe, czynniki infekcyjne oraz genetyczne [2, s.140]. Czynnikiem modyfikującym ryzyko powstania choroby jest również wrodzony niedobór α_1 -antytrypsyny [1, s. 102-103].

Część czynników można zmodyfikować, stąd bardzo istotna jest profilaktyka pierwotna i wtórna.

Cel pracy

Celem pracy jest wykazanie cech, postaw i zachowań zdrowotnych chorych na POChP w kontekście ich wieku.

Metodyka badań

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety przy użyciu formularza własnej konstrukcji zawierającego 29 pytań zamkniętych, jednokrotnego wyboru i pytań metryczki oraz kwestionariusza standaryzowanego zmodyfikowanej skali duszności (mMRC) oraz testu oceny przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (CAT). Pacjenci – respondenci samodzielnie wypełniali kwestionariusze. Zgromadzone dane na dalszym etapie badania zostały poddane analizie.

Badania przeprowadzono w 2015 roku, wśród 96 chorych na POChP, pacjentów Oddziału Wewnętrznego i Gastroenterologii jednego ze szpitali w regionie świętokrzyskim.

Wyniki

Po przeanalizowaniu danych okazało się, że zdecydowaną większość spośród 96 badanych stanowią mężczyźni – 70,8%, a pozostałe 29,2% to kobiety.

Analizując wyniki badań dotyczące miejsca zamieszkania stwierdzono, że większość pacjentów pochodzi ze wsi, tj. 58 osób, co stanowi 60,4% całości, a pozostałe 38 osób (39,6%) mieszka w mieście.

Badani to osoby w wieku 38 -78 lat. Średnia wieku badanej populacji to 59,9 lat.

Przyporządkowanie badanych do jednego z przedziałów wieku: <40 lat, 40-59 lat, 60-70 lat i >70 lat pozwoliło stwierdzić, że najliczniejszą grupę stanowią osoby w wieku 60 - 70 lat (54,2% badanych), następnie pacjenci w wieku od 40 do 59 lat (36,5%) i powyżej 70 lat (8,3%). W wieku poniżej 40 lat było tylko 1% pacjentów.

Na podstawie odpowiedzi jakie uzyskano w ankiecie stwierdzono, że w badanej populacji najwięcej osób zadeklarowało wykształcenie zawodowe (43,7%), następnie średnie (36,5%) i podstawowe (15,6%). Najmniej było osób z wykształceniem wyższym (4,2%).

Badana grupa jest zróżnicowana pod względem statusu zawodowego. Największy procentowy udział stanowią emeryci (41,7%). Osób pracujących było 33,3%, rencistów 18,8%, a bezrobotni stanowią 6,2% badanych.

Analiza danych dotycząca stanu cywilnego wykazała, że największą grupę stanowią wdowy i wdowcy (51,1%), następnie osoby pozostające w związkach małżeńskich (44,8%). Wśród osób badanych w związkach partnerskich funkcjonuje 3,1%, zaś stanu wolnego jest 1,0% badanych.

Badana grupa różni się istotnie pod względem rodzaju wykonywanej pracy. Dwukrotnie więcej osób wykonywało pracę fizyczną (70,8%), niż pracę umysłową (29,2%).

W opinii respondentów $\frac{3}{4}$ badanej populacji (64,6%) wykonywało pracę zawodową (obecnie lub w przeszłości) w warunkach szkodliwych dla układu oddechowego.

Analiza danych pozwala stwierdzić, że warunki mieszkaniowe badanej populacji są dobre (43,7%) lub badani określili je jako bez znaczenia dla stanu ich zdrowia (54,2%). Tylko 2 osoby (2,1%) określiło swoje warunki mieszkaniowe jako złe.

Analizując wyniki dotyczące zachorowania na POChP w rodzinie badanych osób stwierdzono, że dominująca część respondentów (60,4%) nie posiada wiedzy na temat choroby w rodzinie (60,4%), 33,3% nie posiada obciążenia genetycznego, a tylko 6,3% badanych potwierdziło chorobę wśród swoich najbliższych.

W toku badań potwierdzono, że po 1,0% pacjentów ocenia swój stan zdrowia jako bardzo dobry i jako bardzo zły. Dwie kolejne grupy stanowiące po 2,1% badanych określiło swoje zdrowie jako złe i zadowolające. Największa grupa (65,7%) uważa swój stan zdrowia za poprawny, a 28,1% nie udzieliło odpowiedzi na postawione pytanie.

Połowa respondentów nie pamięta od jak dawna choruje na POChP (50%), 48% choruje kilka lat, a 7,3% od kilka miesięcy.

Badaną populację poddano dokładnej analizie wg poszczególnych parametrów, a jednym z czynników, wg którego dokonano szczegółowej oceny jest wiek, do którego odniesiono poszczególne zachowania zdrowotne oraz czynniki warunkujące nasilenie choroby.

W grupie osób do 40. roku życia są tylko chorzy, którzy palili w przeszłości (1% badanych). Wśród 40-59-latków dominują palący w przeszłości (15,6%), a pozostali to palacze czynni (9,4%), palacze bierni (6,3%) oraz osoby, które nigdy nie paliły. Osoby w wieku 60-70 lat to głównie palacze bierni (28,1%), palący w przeszłości (17,7%), palący nadal (5,2%) oraz osoby, które nigdy nie paliły (3,1%). W grupie osób po 70. roku życia są tylko osoby palące w przeszłości (5,2%) i palacze bierni (3,1%).

Uwzględniając wiek stwierdzono, że największą grupę stanowią osoby w wieku 60-70 lat palące biernie, palące w przeszłości (17,7%) oraz w wieku 40-59 lat palące w przeszłości (15,6%).

Wśród chorych na POChP dominują osoby palące w przeszłości (39,6%) i palacze bierni (37,5%). Osoby mające kontakt z paleniem stanowią dziesięciokrotnie liczniejszą populację badanych niż niepalący.

Wśród chorób towarzyszących uwzględniono nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, chorobę wieńcową, miażdżycę i inne. U chorych na POChP dominują choroby inne niż wymienione (69,8%), nadciśnienie i choroba wieńcowa (po 10,1% badanych), miażdżyca (6,3%) oraz cukrzyca (3,1%).

Uwzględniając wiek stwierdzono, że osoby w wieku < 40 lat obciążały inne choroby niż nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroba wieńcowa, czy miażdżyca (1%), podobnie jak i w innych grupach wieku 40-59 lat (35,5%), czy 60-70 lat (33,3%). U osób >70 lat dominowała miażdżyca (6,3%) oraz sporadycznie nadciśnienie i choroba wieńcowa (po 1%). Najliczniejszą grupą byli chorzy w wieku 40-59 lat z innymi chorobami towarzyszącymi.

W toku terapii osoby chore na POChP mają wykonywane badania specjalistyczne. Najliczniejsza grupa wśród badanych to osoby, które

przeszły badanie spirometryczne (52,1%) oraz wykonujące spirometrię, jako badanie kontrolne (43,8%). Tylko 3,1% badanych nie miało spirometrii, a 1% wykonało ją jako badanie profilaktyczne.

Uwzględniając wiek stwierdzono, że osoby <40. roku życia wykonały spirometrię w toku diagnostyki (1%). W wieku 40-59 lat dominują osoby badające się w ramach diagnostyki (27,1%) oraz kontrolnie (8,3%). Chorzy mający 60-70 lat to głównie badający się w toku badań kontrolnych (35,4%) oraz w toku diagnostyki (18,8%). Osoby >70. roku życia badały się w toku diagnostyki (5,2%) lub nie miały nigdy wykonanego badania spirometrycznego (3,1%).

Analiza zgromadzonych wyników pozwoliła stwierdzić, że największa grupa to chorzy na POChP w wieku 60-70 lat, którzy wykonują spirometrię w ramach badań kontrolnych (35,4%) oraz osoby w wieku 40-59 lat, które miały wykonane badanie w toku diagnostyki (27,1%).

Wpływ choroby na codzienne życie chorzy na POChP mogli określić jako: nie ma, nieznaczny, duży lub ogromny.

Najliczniejsza grupa badanych oceniła wpływ POChP na życie codzienne jako nieznaczny (55,2%) oraz duży (41,7%). Pozostali wskazali na ogromny wpływ (2,1%) lub jego brak (1%).

Uwzględniając wiek badanych stwierdzono, że w badanej populacji dominują osoby w wieku 49-59 lat, które odczuwają nieznaczny wpływ choroby na życie (32,3%) oraz w wieku 60-70 lat oceniające wpływ jako duży (32,3%), co może być efektem trudności w funkcjonowaniu w życiu zawodowym i/lub domowym.

Oceniając kolejny aspekt funkcjonowania chorych na POChP w odniesieniu do wieku uwzględniono odczuwanie duszności. Badani mogli wybrać jedną z ewentualnych możliwości opisujących częstość dolegliwości: wcale, < 2 x w tygodniu, > 2 x w tygodniu lub codziennie.

Najczęściej chorzy odczuwają duszność > niż 2 x w tygodniu (50%) oraz < 2 x w tygodniu (44,8%). Codziennie odczuwa duszność 4,2% chorych na POChP, a 1% nie ma takiego objawu.

Uwzględniając wiek stwierdzono, że najliczniejsza grupa to osoby w wieku 60-70 lat odczuwające duszność > 2 x w tygodniu (44,8% badanych) i w wieku 40-59 lat borykające się z dusznością < niż 2 x w tygodniu (34,4%). Częstość występowania duszności może wynikać z wieku badanych, jednak należy także brać pod uwagę fakt toczącego się procesu chorobowego oraz konieczności wzmoczonej aktywności fizycznej

w toku aktywności zawodowej potęgującej objawy choroby, co w połączeniu z wiekiem może potęgować występowanie objawów chorobowych.

Określając porę występowania duszności badani mogli wskazać na opcję: w nocy podczas snu, rano, w ciągu dnia, wieczorem lub niezależnie od pory dnia. Największa grupa badanych odczuwa duszność rano (68,7%), kolejna niezależnie od pory dnia (16,7%), 10,4% w ciągu dnia, a 2,1% w nocy, podczas snu.

Wśród osób <40 lat była osoba (1%) odczuwająca duszność rano. Osoby w wieku 40-59 lat odczuwają duszność rano (29,2%) oraz niezależnie od pory dnia (7,3%).

60-70-latkowie odczuwają duszność głównie rano (38,5%), niezależnie od pory dnia (8,3%), w ciągu dnia (5,2%) oraz wieczorem (2,1%). Z kolei duszność u osób >70 lat występuje najczęściej w ciągu dnia (5,2%), w nocy podczas snu (2,1%) oraz niezależnie od pory dnia (1%).

Uwzględniając wiek badanych stwierdzono, że największa grupa to osoby odczuwające duszność rano w wieku 60-70 lat (38,5%) i 40-59 lat (29,2%). Wyniki mogą sugerować brak wpływu wieku na porę występowania duszności.

Chorzy na POChP odczuwają duszność najczęściej przy wysiłku fizycznym (54,2%), w sytuacjach stresowych (14,6%), w zadymionych pomieszczeniach (13,5%), przy kontakcie z alergenem (9,4%), infekcjach (5,2%) oraz w spoczynku (3,1%).

W grupie osób <40 lat duszność odczuwana jest przy wysiłku (1%). Chorzy w wieku 40-59 lat odczuwają duszność najczęściej przy wysiłku (14,6%) oraz w sytuacji stresu (12,5%). W wieku 60-70 lat uczucie braku powietrza najczęściej zdarza się przy wysiłku (38,5%) oraz przy kontakcie z alergenem (6,3%) i w zadymionych pomieszczeniach (5,2%). U osób > 70 lat duszność powoduje zadymienie (5,2%) oraz stan spoczynku (3,1%).

Uwzględniając wiek ustalono, że najliczniejsza grupa to osoby w wieku 60-70 lat odczuwające duszność przy wysiłku (38,5%), 40-59 lat w takiej samej sytuacji (14,6%) oraz w tym samym wieku z pojawiającą się dusznością w sytuacjach stresowych (12,5%). Wyniki mogą sugerować wpływ wieku na występowanie duszności.

W toku codziennego funkcjonowania duszność najczęściej u chorych na POChP sporadycznie utrudnia wykonywanie czynności (49%). W kolejnej grupie zdarza się to bardzo często (30,2%), a w następnych: 1 x (16,7%) lub wcale (4,2%).

U chorych < 40 lat duszność wcale nie utrudnia życia (1%), w wieku 40-59 lat powoduje to sporadycznie (26,1%), 1 x (5,2%) wcale (3,1%) lub bardzo często (2,1%). Chorzy mający 60-70 lat mają kłopoty z wykonywaniem czynności wskutek duszności sporadycznie (22,9%), bardzo często (19,8%) lub 1x (11,5%). > 70 lat duszność bardzo często utrudnia funkcjonowanie (8,3%).

Uwzględniając wiek badanych stwierdzono, że najliczniejsze grupy to osoby w wieku 40-59 lat odczuwające ograniczenia sporadycznie (26,1%), chorzy w wieku 60-70 lat z takim samym ograniczeniem (22,9%) oraz odczuwające utrudnienia bardzo często (19,8%). Analiza sugeruje, że ograniczenia odczuwane w przebiegu choroby wynikają z wieku.

Wpływ objawów choroby na sen badani oceniali w wyrażeniach: nie mają, 1 x w tygodniu i często.

Dominująca część badanych (80,2%) odczuwa często zaburzenia snu, 16,7% ma takie problemy 1 x w tygodniu, a tylko 3,1% nie zgłasza takich kłopotów.

Uwzględniając wiek chorych na POChP stwierdzono, że największa grupa to osoby w wieku 60-70 lat odczuwające częste zaburzenia snu. Kolejne grupy to: chorzy w wieku 40-59 lat mające kłopoty ze snem często (19,8%) oraz 1 x w tygodniu (14,6%). Pozostałe grupy to osoby w wieku 40-59 lat nie mające kłopotów ze snem (2,1%) oraz w wieku 60-70 lat odczuwające zaburzenia 1 x w tygodniu (2,1%). Kłopoty ze snem mogą nie mieć związku z wiekiem chorych ze względu na równomierne rozmieszczenie w grupach wieku.

Uczucie ucisku w klatce piersiowej w przebiegu POChP badani mogli określić jako: nie odczuwam, podczas wysiłku fizycznego, sporadycznie lub bardzo często.

Wśród badanych dominowali chorzy odczuwający ucisk w klatce piersiowej podczas wysiłku (76%), następne grupy to osoby zgłaszające ucisk sporadycznie (12,5%), bardzo często (7,3%) lub nieodczuwające (4,2%).

Biorąc pod uwagę wiek badanych stwierdzono, że najliczniejsza grupa to: badani w wieku 60-70 lat odczuwający ucisk podczas wysiłku (45,8%), chorzy w wieku 40-59 lat zgłaszający ucisk z taką samą częstotliwością (29,2%). Pozostałe grupy to: osoby odczuwające ucisk sporadycznie w wieku 60-70 lat (6,3%) oraz 40-59 lat i nieodczuwające ucisku w ww. grupach wieku (po 2,1% badanych). Oznacza to, że bez

względu na wiek, we wszystkich grupach wieku dominuje ucisk w klatce piersiowej przy wysiłku fizycznym.

W kategorii: nigdy, po przebudzeniu, podczas infekcji oraz cały czas oceniano częstość występowania kaszlu wśród chorych na POCHP.

Dominująca część badanej populacji ma problem z kaszlem po przebudzeniu (76%), kolejna podczas infekcji (17,7%) i cały czas (6,3%). Wśród badanych brak osób, które nigdy nie mają kaszlu.

Uwzględniając wiek badanych ustalono, że dominują osoby w wieku 60-70 lat (50%) oraz 40-59 lat (25%), które kaszłą po przebudzeniu oraz osoby w wieku 40-59 lat, które mają kaszel podczas infekcji (11,5%). Cały czas kaszel utrzymuje się u osób > 70 lat. Wyniki mogą sugerować, że widoczny jest związek pomiędzy kaszlem w przebiegu POChP, a wiekiem.

Przeważająca część chorych na POChP tylko czasami odczuwa zaleganie płwociny (94,8%), pozostali nie odczuwają zalegania (3,1%) lub płwocina zalega w oskrzelach (2,1%).

Uwzględniając wiek populacji stwierdzono, że we wszystkich grupach wieku 60-70 lat (54,2%) i 40-59 lat (34,4%) dominują osoby mające czasami problem z zalegającą wydzieliną. Pozostałe grupy to osoby w wieku >70 lat mające problem tylko czasami (6,3%) oraz zalegającą wydzielinę w oskrzelach (2,1%). Osoby bez zalegania to 2,1% badanych w wieku 40-59 lat oraz <40 lat (1%). Analiza wykazała, że we wszystkich grupach wiekowych najczęściej chorzy zgłaszają sporadyczne zaleganie wydzieliny, co pozwala przypuszczać brak związku tego stanu z wiekiem.

W zakresie deklaracji dotyczącej znajomości czynników zaostrzających chorobę samoocena wypada dość równomiernie. Badani w 57,3% deklarują znajomość zagadnienia, zaś aż 42,7% brak wiedzy na temat czynników zaostrzających chorobę.

Osoby < 40. roku życia (1%) deklarują znajomość zagadnienia. Z kolei badani w wieku 40-59 lat przyznają się do wiedzy w tym zakresie w 19,8%, zaś w 16,7% do jej braku. Osoby w wieku 60-70 lat deklarują w przeważającej części niewiedzę (35,4%), zaś grupa 2-krotnie mniejsza deklaruje znajomość czynników zaostrzających obraz POChP. Podobne proporcje stwierdzono wśród chorych > 70 lat, gdzie 3,1% deklaruje posiadanie wiedzy, zaś 5,2% jej brak.

Wyniki badań w tym obszarze sugerują, że znajomość czynników zaostrzających chorobę jest zależna od wieku, gdyż wraz z wiekiem rośnie liczba osób deklarujących posiadanie wiedzy (wyniki w tabeli 1).

Poziom wiedzy na temat choroby badani mogli zadeklarować w kategorii: brak, niedostateczna, wystarczająca lub wiem wszystko.

Badani najczęściej deklarowali wystarczającą wiedzę (36,5%), ale równie często jak i niedostateczną (35,4%). Brak wiedzy zgłasza 27,1%, a 1% uznało, że wie wszystko.

Uwzględniając wiek stwierdzono, że osoby do 40. roku życia deklarują wystarczającą wiedzę (1%). Osoby w wieku 40-59 lat deklarują na takim samym poziomie wiedzę wystarczającą jak i niedostateczną (po 12,5%) oraz brak wiedzy (10,4%), tylko nieliczni (1%) uznało, że wie wszystko.

Chorzy w wieku 60-70 lat najczęściej (22,9%) uznały, że wiedzę wystarczająco dużo, ale znaczna część (19,8%) ocenia swój poziom wiedzy jako niedostateczny lub jej brak (11,5%). Osoby > 70 lat deklarują najczęściej brak wiedzy (5,2%) lub wiedzę na niedostatecznym poziomie. Najliczniejsze grupy badanych to osoby w wieku 60-70 lat posiadające dostateczną wiedzę (22,9%) oraz osoby z tej samej grupy wieku o niedostatecznej wiedzy (19,8% badanych).

Wyniki pozwalają stwierdzić, że deficyt wiedzy pogłębia się wraz z wiekiem, gdyż w starszych grupach wiekowych brak wiedzy lub jej niedostateczny poziom rosną (wyniki w tabeli 1).

W ramach terapii POChP badani najczęściej przyjmują sterydy wziewne (31,2%) oraz pochodne teofiliny (25%). Leki wziewne długo działające przyjmuje 18,8% badanych, a leki p/cholinergiczne oraz glikokortykosteroidy (po 12,5%).

Uwzględniając wiek stwierdzono, że osoby do 40. roku życia przyjmują sterydy wziewne (1%). W wieku 40-59 lat dominują osoby przyjmujące sterydy (13,5%) oraz pochodne teofiliny (9,4%). Wśród chorych w wieku 60-70 lat jest podobnie, obie grupy liczą po 14,6%. Taka sama tendencja jest wśród chorych > 70 lat.

Najliczniejsze grupy badanych to osoby wieku 6-7- lat leczone sterydami i pochodnymi teofiliny (po 14,6%). Analiza wyników sugeruje, że nie ma widocznego związku pomiędzy rodzajem terapii, a wiekiem badanych.

Regularność przyjmowania leków badani deklarowali wybierając jedną z zaproponowanych opcji, tj.: tak, czasami zapominam, często zapominam oraz tylko jak są objawy. Największa grupa osób (38,5%)

Postawy zdrowotne i zachowania chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, a ich wiek.

deklaruje regularne przyjmowanie leków, ale kolejna równie liczna (32,5%) przyjmuje leki tylko jak są objawy. 16,7% często zapomina o lekach, a 12,5% bierze je czasami.

Wśród osób <40 lat chorzy na POChP przyjmują leki tylko jak są objawy (!). Osoby wieku 40-59 lat najczęściej (17,7%) przyjmują leki jak są objawy, leczą się regularnie (11,5%). Chorzy w wieku 60-70 lat najczęściej przyjmują leki regularnie (26,1%) lub tylko gdy są objawy (13,5%). Wśród chorych > 70 lat dominują osoby często zapominające o lekach (6,3%) oraz zapominające czasami o ich przyjęciu lub przyjmujące je wg zaleceń (po 1%).

W badanej grupie chorych na POChP dominują osoby w wieku 60-70 lat przyjmujące leki regularnie (26,1%), 40-59 lat biorące leki tylko jak są objawy oraz prezentujące podobną postawę w wieku 60-70 lat (13,5%). Analiza wykazuje, że osoby wraz z wiekiem bardziej odpowiedzialnie podchodzą do zalecanej terapii, natomiast postawy związane z zapominaniem mogą wynikać z wieku (wyniki - tabela 1).

Tabela 1. Zachowania zdrowotne chorych na POChP, a wiek badanych

Table 1. Health behaviour in patients with COPD and age of the respondents

Cecha populacji		Wiek								Razem	
		< 40 lat		40-59 lat		60-70 lat		> 70 lat			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Znajomość czynników zaostrzających chorobę	Tak	1	1,0	19	19,8	18	18,8	3	3,1	41	42,7
	Nie	0	0	16	16,7	34	35,4	5	5,2	55	57,3
Poziom wiedzy na temat POChP	Brak wiedzy	0	0	10	10,4	11	11,5	5	5,2	26	27,1
	Niedostateczna	0	0	12	12,5	19	19,8	3	3,1	34	35,4
	Wystarczająca	1	1,0	12	12,5	22	22,9	0	0	35	36,5
	Wiem wszystko	0	0	1	1,0	0	0	0	0	1	1,0

Regularne przyjmowanie leków	Tak	0	0	11	11,5	25	26,1	1	1,0	37	38,5
	Czasami zapominam	0	0	2	2,1	9	9,4	1	1,0	12	12,5
	Często zapominam	0	0	5	5,2	5	5,2	6	6,3	16	16,7
	Tylko jak są objawy	1	1,0	17	17,7	13	13,5	0	0	31	32,3
Szczepienia przeciw grypie	Nie	1	1,0	14	14,6	35	36,5	7	7,3	57	59,4
	1x	0	0	14	14,6	12	12,5	1	1,0	27	28,2
	Nieregularnie	0	0	4	4,2	3	3,1	0	0	7	7,3
	Regularnie	0	0	3	3,1	2	2,1	0	0	5	5,2

W badanej populacji chorych na POChP przeważają osoby przyjmujące leki przeciw duszności 1-2 x tygodniowo (79,2%) i > niż 2 razy w tygodniu (11,5%). Pozostali są zmuszeni przyjmować takie leki codziennie (6,3%) lub wcale (3,1%).

Wśród chorych do 40 lat brak osób, które przyjmują doraźnie leki przeciw duszności (1%). Badani w wieku 40-60 lat robią to najczęściej 1-2 razy tygodniowo (32,3%), po 2,1% nie przyjmuje ich wcale lub > niż 2 razy w tygodniu. Osoby w wieku 60-70 lat najczęściej doraźnie przyjmują leki 1-2 razy w tygodniu (47,2%). 6,3% robi to > niż 2 razy w tygodniu, a 1% codziennie. W wieku > 70 lat chorzy doraźnie leki od duszności biorą codziennie (5,2%) lub > niż 2 razy w tygodniu (3,1%). Na podstawie wyników analizy można stwierdzić, że wraz z wiekiem rośnie konieczność doraźnego przyjmowania leków przeciw duszności, przypuszczalnie z powodu nasilania się choroby i jej objawów.

Spośród zaproponowanych do wyboru sposobów leczenia niefarmakologicznego badani mogli wybrać: brak leczenia tego typu, rehabilitację oddechową, aktywny tryb życia lub tlenoterapię domową. Największa grupa wskazała aktywny tryb życia jako uzupełniającą terapię niefarmakologiczną (68,8%), kolejna grupa nie korzysta z żadnej dodatkowej metody leczenia (26%), a tylko nieliczni korzystają z rehabilitacji oddechowej (3,1%) lub tlenoterapii domowej (2,1%).

Uwzględniając wiek badanych stwierdzono, że największe grupy preferują aktywny tryb życia, gdyż taki sposób terapii niefarmakologicznej

wskazali zarówno chorzy w wieku 60-70 lat (34,4%), jak i 40-59 lat (32,3%). Znaczna grupa w wieku 60-70 lat nie korzysta z dodatkowych terapii, podobnie jak 5,2% badanych z POChP > 70 lat.

Wydaje się, że brak jest związku pomiędzy wiekiem badanych, a rodzajem dodatkowej terapii nefarmakologicznej.

W związku z dużym zagrożeniem zaostrzenia POChP w sezonie infekcyjnym zapytano badanych o szczepienia profilaktyczne przeciw grypie. Dominująca część badanych (59,4%) nie szczepi się przeciwko grypie sezonowej, raz zaszczepiło się 28,2%, nieregularnie robi to 7,3%, a regularnie (wg wskazań) tylko 5,2%.

Uwzględniając wiek badanych należy zauważyć, że największe grupy badanych we wszystkich grupach wieku najczęściej nie szczepią się, gdyż tak deklaruje 36,5% osób w wieku 60-70 lat, 14,6% w wieku 40-59 lat oraz 7,3% > 70 lat (wyniki w tabeli 1).

Wydaje się zasadne uznanie, że realizacja szczepień przeciw grypie wśród chorych na POChP nie jest związana z wiekiem badanych.

W relacjach chorych uwzględniono także ich opinię na temat zadowolenia ze sposobu leczenia. Największa grupa badanych (50%) miała zastrzeżenia co do sposobu prowadzonej terapii, podczas gdy 43,8% było zadowolonych z leczenia. Pozostała część chorych to osoby niezadowolone oraz bardzo zadowolone (po 3,1% badanych).

Wszyscy chorzy <40 lat byli zadowoleni z terapii (1%), w wieku 40-59 lat 24% było zadowolonych, a 10,4% miało zastrzeżenia. Wśród osób w wieku 60-70 lat dominowały osoby niezadowolone (34,4%), podczas gdy zadowolonych było 18,8%. Osoby >70 lat z kolei w przeważającej części (5,2%) miały zastrzeżenia, zaś 3,1% ich nie zgłaszało.

Na podstawie analizowanych wyników stwierdzono, że nie ma podstaw, aby twierdzić, że istnieje związek pomiędzy wiekiem, a zadowoleniem chorych ze sposobu leczenia.

Odczuwane przez chorych ograniczenia aktywności fizycznej pozwoliły stwierdzić, że dominująca część badanych (69,8%) nie odczuwa ograniczeń, zaś 30,2% badanych odczuwa je.

Uwzględniając wiek badanych stwierdzono, że w wieku < 40 lat, 40-59 lat oraz 60-70 lat dominują osoby nieodczuwające ograniczeń. Jedyne osoby > 70 lat odczuwają ograniczenia, które przypuszczalnie wynikają z wieku badanych.

Chorobę można postrzegać jako klęskę, akceptowalny fakt lub twórczy czynnik rozwoju. Największa grupa badanych postrzega POChP jako akceptowalny fakt (93,8%), a pozostali jako klęskę (5,2%) lub czynnik rozwoju (1%).

We wszystkich grupach wiekowych badanych oprócz osób > 70 lat dominuje podejście akceptujące chorobę. Jedynie badani > 70 lat (5,2%) odbierają POChP jako klęskę (tabela 2) stąd wydaje się zasadne stwierdzenie, że nie widać związku pomiędzy wiekiem badanych, a postrzeganiem choroby.

Tabela 2. Postawy zdrowotne, a wiek badanych

Table 2. Attitudes to health and the age of the respondents

Cecha populacji		Wiek								Razem	
		< 40 lat		40– 59 lat		60– 70 lat		> 70 lat			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Postrzeganie choroby	Klęska	0	0	0	0	0	0	5	5,2	5	5,2
	Akceptowany fakt	1	1,0	34	35,4	52	54,2	3	3,1	90	93,8
	Twórczy czynnik rozwoju	0	0	1	1,0	0	0	0	0	1	1,0
Zmiana stosunku do samego siebie	Nie	1	1,0	29	30,2	47	49,0	8	8,3	85	88,5
	Tak, mniej wartościowy	0	0	5	5,2	5	5,2	0	0	10	10,4
	Tak, bardziej wartościowy	0	0	1	1,0	0	0	0	0	1	1,0

W obszarze zmiany stosunku do samego siebie dominują osoby (88,5%), które nie widzą zmian w swoim zachowaniu. 10,4% odczuwa mniejszą wartość, a 1% czuje się bardziej wartościowymi.

W poszczególnych grupach wieku dominują osoby nieodczuwające zmian w stosunku do samego siebie, jedynie w wieku 40-59 lat i 60-70 lat

chorzy czuli się mniej wartościowi (grupy po 5,2% badanych). Tylko jedna osoba w wieku 40-59 lat czuła się bardziej wartościowa (wyniki w tabeli 2).

Na podstawie analizy można wnioskować, że nie widać związku pomiędzy stosunkiem do samego siebie, a wiekiem badanych.

Poziom nasilenia okoliczności i występowania duszności to kolejny obszar uwzględniony w badaniu. Badanie zrealizowano przy wykorzystaniu zmodyfikowanej skali duszności według British Medical Research Council (mMRC). Skala opiera się na stopniach (od 0 do 4), które opisują zaawansowanie zmian przypisane do każdego ze stopni. Wartości opisujące skalę to:

Stopień 0 - Odczuwam duszność tylko podczas intensywnego wysiłku.

Stopień 1 - Dostaję zadyszki, idąc szybko w terenie płaskim lub podczas wchodzenia na niewielkie wzniesienie.

Stopień 2 - Z powodu duszności chodzę wolniej w terenie płaskim niż osoby w moim wieku lub muszę się zatrzymać dla złapania oddechu, kiedy idę we własnym tempie w terenie płaskim.

Stopień 3 - Zatrzymuję się dla złapania oddechu po przejściu około 100 m lub po kilkuminutowym spacerze w terenie płaskim.

Stopień 4 - Odczuwam zbyt dużą duszność, aby opuszczać dom lub jest mi duszno po rozebraniu się.

Analizując wyniki testu ustalono, że kolejno najczęściej chorzy deklarowali wydolność na poziomie stopień 2 - z powodu duszności chodzę wolniej w terenie płaskim, niż osoby w moim wieku lub muszę się zatrzymać dla złapania oddechu, kiedy idę we własnym tempie w terenie płaskim (29,2%). Stopień 1 - dostaję zadyszki, idąc szybko w terenie płaskim lub podczas wchodzenia na niewielkie wzniesienie wskazało 28,1% badanych.

Stopień 3 - zatrzymuję się dla złapania oddechu po przejściu około 100 m lub po kilkuminutowym spacerze w terenie płaskim 20,8%, stopień 0, odpowiadający stanowi, kiedy pacjent odczuwa duszność tylko podczas intensywnego wysiłku (17,7%). Najmniej osób oceniło swój stan na stopień 4 - odczuwam zbyt dużą duszność, aby opuszczać dom lub jest mi duszno po rozebraniu się (4,2%).

Wśród badanych deklarujących największą wydolność (stopień 0) dominowały osoby w wieku 40-59 lat (16,7%) podobnie jak w wydolności stopnia 1 (18,8%). W obszarze wydolności na poziomie stopnia 3, kiedy

chory z powodu duszności chodzi wolniej w terenie płaskim niż osoby w jego wieku lub musi się zatrzymać dla złapania oddechu, kiedy idzie we własnym tempie w terenie płaskim dominują osoby w wieku 60-70 lat (28,2%). Podobnie jest przy stopniu 3 (16,7%). Przy mocno ograniczonej wydolności stopnia 4 przeważają osoby w wieku >70 lat (4,2%).

Największe grupy w badanej populacji chorych na POChP to osoby w wieku 60-70 lat o poziomie wydolności powodującej, że z powodu duszności chory chodzi wolniej w terenie płaskim niż osoby w jego wieku lub musi się zatrzymać dla złapania oddechu kiedy idzie we własnym tempie w terenie płaskim (tabela 3).

Tabela 3. Poziom nasilenia okoliczności występowania duszności, a wiek badanych

Table 3. The severity level in the occurrence of shortness of breath and the age of the respondents

Cecha populacji		Poziom nasilenia okoliczności i występowania duszności wg mMRC											
		Stopień 0		Stopień 1		Stopień 2		Stopień 3		Stopień 4		Razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wiek badanych	< 40 lat	1	1,0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,0
	40-59 lat	16	16,7	18	18,8	0	0	1	1,0	0	0	35	36,5
	60-70 lat	0	0	9	9,3	27	28,2	16	16,7	0	0	52	54,2
	> 70 lat	0	0	0	0	1	1,0	3	3,1	4	4,2	8	8,3
Ogółem		17	17,7	27	28,1	28	29,2	20	20,8	4	4,2	96	100

Osiągnięcie poszczególnych stopni wydolności wskazuje na wzrost ograniczeń i nasilenie się duszności wraz z wiekiem, co może wynikać nie tylko z faktu pogłębiania się choroby, ale także z ograniczeń ruchowych związanych z wiekiem. Dopelnieniem badań jest odniesienie się do snu w przebiegu POChP.

Zależność pomiędzy parametrami jest widoczna, gdyż wpływ POChP na sen jest wyraźnie widoczny w przypadku osób w wieku od 60 do

Postawy zdrowotne i zachowania chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, a ich wiek.

70 lat i > 70 lat, ale w interpretacji wyniku należy uwzględnić trudności ze snem wynikające z wieku.

Dyskusja

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) stanowi istotne zagrożenie dla zdrowia populacji. Jest najczęstszą przewlekłą chorobą układu oddechowego. Uznano ją za jeden z głównych problemów zdrowotnych zarówno w Polsce, jak i na świecie [3]. Podstawą działań dążących do poprawy stanu w tym obszarze jest prewencja, której priorytetem powinna stać się znajomość czynników ryzyka i ich eliminacja oraz prowadzenie prawidłowego stylu życia i preferowanie zachowań zdrowotnych, które pozwalają zmniejszyć postęp choroby i liczbę jej zaostrzeń. Należy także pamiętać, że zgodnie ze współczesnym paradygmatem zdrowia, istotny wpływ na funkcjonowanie człowieka z przewlekłą chorobą mają jego zasoby osobiste. Wpływają one między innymi na motywację do poprawy zdrowia i jego ochrony, a w sytuacji choroby warunkują procesy zdrowienia [4].

Analizując światowe doniesienia epidemiologiczne na temat POChP zauważa się, że choroba w przeważającej większości dotyka mężczyzn, chociaż w ostatnich latach zaobserwowano wzrost zachorowań wśród kobiet [5]. W badaniach własnych te dane się potwierdzają, gdyż blisko $\frac{3}{4}$ badanych stanowili mężczyźni.

Istotnym aspektem przebiegu przewlekłej choroby są zachowania zdrowotne podejmowane przez chorych. Badaną grupę własną stanowili w większości chorzy (50%) leczący się kilka lat, podczas, gdy w innych badaniach [5, s. 292] wyniki są zbliżone.

W raportach Światowej Inicjatywy Zwalczenia POChP zaleca się szczepienia przeciw grypie u chorych na POChP, zwłaszcza w starszych grupach wieku, więc niepokojący jest fakt, że zaledwie 7% badanych poddaje się szczepieniom regularnie, a ponad połowa nigdy się nie szczepiła.

W badaniach Kozielskiego przeciw grypie zaszczepiło się 20% chorych na POChP [6]., a innych autorów 25% [5].

Nawiązując do badań Zielińskiego [7], w których udowodniono, że tylko zaprzestanie palenia tytoniu hamuje postęp choroby w badaniach własnych ustalono, że 14,6% badanych pomimo zaawansowanej choroby nadal pali, chociaż blisko 40% zerwało z nałogiem. Chorzy nadal

podtrzymują postawy antyzdrowotne. Dla porównania w innych badaniach [5] z chwilą rozpoznania choroby większość palaczy (69%) tytoniu zerwała z nałogiem i tylko 8% nigdy nie podejmowało próby zaprzestania palenia.

Mało korzystnie wygląda także popularność pomiaru szczytowego przepływu wydechowego w toku spirometrii. W pracy jednego z badaczy [5] o takim badaniu nigdy nie słyszało 78% badanych, a 18% miało świadomość istnienia badania, lecz go nie wykonywało, tylko 4% potwierdziło przeprowadzanie pomiaru PEF. Badanie kontrolujące wydolność płuc jest mało popularne wśród chorych i niedoceniane przez lekarzy i pielęgniarki, choć zalecane w raporcie GOLD [8]. Dla porównania w badaniu własnym, aż 96% chorych dokonuje pomiarów wskazanych w standardach postępowania.

Wyników badań oceniających wybrane postawy i zachowania zdrowotne chorych na POChP odnoszących się do wieku w literaturze nie odnaleziono, więc trudno porównywać wyniki w szerszym zakresie.

Wnioski

Analiza zgromadzonego materiału pozwala sformułować następujące wnioski:

1. W badanej populacji chorych na POChP odnotowano wpływ wieku na: występowanie duszności, ograniczenia odczuwane w przebiegu choroby, kłopoty ze snem, występowanie kaszlu, znajomość czynników zaostrzających chorobę, poziom wiedzy na temat choroby, deficyt wiedzy, przyjmowanie zalecanych leków, konieczność doraźnego przyjmowania leków p/duszności, postrzeganie choroby, osiąganie poszczególnych stopni wydolności w funkcjonowaniu oraz sen.
2. Wyniki sugerują brak wpływu wieku na porę występowania duszności, ucisk w klatce piersiowej przy wysiłku fizycznym, zaleganie wydzieliny, rodzaj terapii, rodzaj dodatkowej terapii nefarmakologicznej, realizację szczepień przeciw grypie, zadowolenie chorych ze sposobu leczenia oraz stosunek chorego do samego siebie.
3. Cechy badanej populacji, jej zachowania i postawy w kilku aspektach funkcjonowania z POChP są zbliżone do wyników innych badaczy.

Piśmiennictwo

1. Pierzchała W., Choroby płuc, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011.
2. Zieliński J., Jak radzić sobie z POChP, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
3. Rowińska-Zakrzewka E. Pneumonologia — postępy 2007. *Medycyna Praktyczna*. 2008; 2: 60–70.
4. Heszen-Niejodek I., Sęk H. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
5. Kozielski J. Oblicza POChP. *Pneumonologia Alergologia. Polska*. 2004; 3–4: 29–30.
6. Majda A., Józefowska H., Zasoby osobiste pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Problemy pielęgniarstwa*. 2009, 17 (4): 283–290.
7. Zieliński J. Wczesne rozpoznanie POChP. *Gabinet Prywatny*. 2005; 4: 22–28.
8. Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Medycyna Praktyczna* 2008; 2: 10–98.

Tekst złożony w redakcji: 7.12.2015 r.

Przyjęto do druku: 15.12.2015 r.