

Małgorzata Cichońska<sup>1,2,3</sup>, Dorota Maciąg<sup>1,2,4</sup>, Monika Borek<sup>1,2,3</sup>,  
Iwona Baranowska

<sup>1</sup> Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

<sup>2</sup> Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie – Koło PTP w ZOZ Ostrowiec Świętokrzyski

<sup>3</sup> Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim

<sup>4</sup> GVM CARINT

## Jakość życia osób chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc

### Streszczenie

**Wprowadzenie.** Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest dolegliwością znacznie utrudniającą chorym funkcjonowanie w wielu ważnych sferach życia codziennego. Najważniejszymi obszarami, w których odnotowano problemy w funkcjonowaniu chorych są zmiany w pełnieniu podstawowych ról społecznych (np. praca zawodowa), bariery fizyczne (np. zadyszki przy wchodzeniu po schodach, uniemożliwienie wykonywania aktywności fizycznej) i ograniczenia związane z wiekiem. Liczne problemy znacząco wpływają na odczuwaną przez chorych jakość życia, która jest interdyscyplinarnym i holistycznym spojrzeniem na sytuację chorego przez pryzmat jego choroby.

**Cel pracy.** Celem pracy jest ocena jakości życia osób chorujących na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc.

**Material i metody.** Badaniem objęto 83 chorych leczonych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc w Poradni Chorób Płuc, w jednym z miast województwa mazowieckiego. Ocena jakości życia była dokonana z użyciem autorskiego kwestionariusza ankiety, a wyniki poddane analizie statystycznej z wykorzystaniem programu STATISTICA 7.1.PL.

**Wyniki.** Wśród badanych dominowały kobiety (67%), osoby w wieku 46-65 lat (39%), mieszkający na wsi (69%), z wykształceniem zawodowym i średnim (po 26,5%), u których choroba w niewielkim stopniu utrudnia aktywność zawodową (42%) oraz zmusiła chorych do rezygnacji z pracy (41%). Badani w przeważającej części byli w umiarkowanej sytuacji materialnej (43%), rzucili palenie, gdy dowiedzieli się o chorobie (42%), a zdecydowana większość (75%) oceniła, że ich relacje z rodziną nie zmieniły się od czasu rozpoznania u nich POChP. Większość respondentów otrzymuje wsparcie od rodziny i/lub przyjaciół (58%), a choroba ogranicza im tylko pewne dziedziny życia (39%).

### Wnioski.

1. Wybrane czynniki społeczno-demograficzne opisujące populację, tj. wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania mają wpływ na jakość życia chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc.
2. Zła sytuacja materialna, bierny tryb życia, pogorszenie się relacji z rodziną znacznie pogarszają jakość życia chorych na POChP.
3. Objawy choroby u osób młodych dają znacznie mniejszy dyskomfort, występują rzadziej i nie powodują większych utrudnień w codziennym funkcjonowaniu, niż u osób starszych.
4. Kobiety lepiej od mężczyzn radzą sobie z rzuceniem palenia po otrzymaniu diagnozy POChP, częściej też nie palą w ogóle.
5. Palenie papierosów nie wpływa na odczuwanie wyższej jakości życia u badanych.

**Słowa kluczowe:** jakość życia, przewlekła obturacyjna choroba płuc

## Summary

**Introduction.** Chronic obstructive pulmonary disease is an ailment that makes it difficult for patients to function in many important areas of everyday life.

The most important areas in which problems with the functioning of patients have been noted are changes in the performance of basic social roles (e.g. professional work), physical barriers (e.g. shortness of breath when climbing stairs, preventing physical activity) and age-related limitations. Numerous problems significantly affect the quality of life experienced by patients, which is interdisciplinary and a holistic view of the patient's situation through the prism of his illness.

**Objective of the work.** The aim of the study is to assess the quality of life of people suffering from chronic obstructive pulmonary disease.

**Material and methods.** The study included 83 patients treated for chronic obstructive pulmonary disease at the Lung Disease Clinic in one of the cities of the Mazowieckie Voivodeship. The quality of life was assessed using the proprietary questionnaire, and the results were statistically analyzed using the STATISTICA 7.1.PL software.

**Results.** The majority of the respondents were women (67%), people aged 46-65 (39%), living in the countryside (69%), with vocational and secondary education (26.5% each), in whom the disease slightly hinders activity professional (42%) and forced patients to resign from work (41%). The majority of the respondents were in a moderate financial situation (43%), they quit smoking when they found out about the disease (42%), and the vast majority (75%) assessed that their relationship with their family had not changed since their diagnosis of COPD. , Most respondents receive support from family and / or friends (58%) and their illness limited only certain areas of their life (39%).

## Conclusions.

1. Selected socio-demographic factors describing the population, i.e. age, education and place of residence, have an impact on the quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease.
2. Bad financial situation, passive lifestyle, deterioration of family relations significantly worsen the quality of life in COPD patients.
3. Symptoms of the disease in young people give much less discomfort, occur less frequently and do not cause major difficulties in everyday functioning than in the elderly.
4. Women are better than men at quitting smoking after receiving a diagnosis of COPD and are more likely to stop smoking at all.
5. Smoking cigarettes does not affect the respondents' feeling of higher quality of life.

**Key words:** quality of life, chronic obstructive pulmonary disease

## Wstęp

Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest dolegliwością znacznie utrudniającą chorym funkcjonowanie w wielu ważnych sferach życia codziennego. Najważniejszymi obszarami, w których odnotowano problemy w funkcjonowaniu chorych są zmiany w pełnieniu podstawowych ról społecznych (np. praca zawodowa), bariery fizyczne (np. zadyszki przy wchodzeniu po schodach, uniemożliwienie wykonywania aktywności fizycznej) i ograniczenia związane z wiekiem.

Liczne problemy znacząco wpływają na odczuwaną przez chorych jakość życia, która jest interdyscyplinarnym i holistycznym spojrzeniem na sytuację chorego przez pryzmat jego choroby.

## Cel

Głównym celem pracy jest ocena jakości życia osób chorujących na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc.

## Material i metoda

Badania przeprowadzono w Poradni Chorób Płuc w jednym z miast w regionie mazowieckim wśród chorych na POChP, leczących tą dolegliwość we wspomnianej placówce.

Metodą badawczą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny, techniką ankietowanie, a narzędzia badawcze to autorski kwestionariusz ankiety składający się z 14 pytań. Do oceny korelacji zebranych danych wykorzystano test niezależności chi-kwadrat, test U Manna-Whitneya oraz test Kruskalla-Wallisa. Uzyskane wyniki opracowano statystycznie z wykorzystaniem programu STATISTICA 7.1.PL.

## Wyniki

Zdecydowaną większość ankietowanych stanowiły kobiety (67%), mężczyzn było dwukrotnie mniej (33%).

**Tabela 1. Płeć respondentów**

Płeć	Liczba osób	Procent z ogółu
Kobieta	56	67
Mężczyzna	27	33

Źródło: opracowanie własne

Wśród respondentów najwyższy odsetek stanowi chorzy w wieku 46-65 lat (39%) i powyżej 65 lat (37%). Najmniej badanych było w wieku do 35. roku życia (5%) oraz w wieku 36-45 lat (19%).

**Tabela 2. Wiek respondentów**

Wiek	Liczba osób	Procent z ogółu
Do 35 lat	4	5
36-45 lat	16	19
46-65 lat	32	39
Powyżej 65 lat	31	37

Źródło: opracowanie własne

Większość respondentów zamieszkiwała wieś (69%), pozostali tj. 31% pochodziła z miasta. Badanych z miasta było dwukrotnie więcej.

**Tabela 3. Miejsce zamieszkania respondentów**

Miejsce zamieszkania	Liczba osób	Procent z ogółu
Wieś	57	69
Miasto	26	31

Źródło: opracowanie własne

Odsetek osób z wykształceniem podstawowym, zawodowym i średnim był niemal równy (28%; 26,5%; 26,5%). Respondenci o wykształceniu wyższym stanowili najmniejszą liczebnie grupę chorych na POChP (19%).

**Tabela 4. Poziom wykształcenia respondentów**

Poziom wykształcenia	Liczba osób	Procent z ogółu
Podstawowe	23	28
Zawodowe	22	26,5
Średnie	22	26,5
Wyższe	16	19

Źródło: opracowanie własne

Większość respondentów nie musiała rezygnować z zatrudnienia w związku z chorobą (59%). Jednak 42% z nich odczuwa pewne trudności w czasie wykonywania obowiązków zawodowych. 41% respondentów było zmuszonych zrezygnować z pracy w związku z nasileniem objawów POChP.

**Tabela 5. Utrudnienia w aktywności zawodowej respondentów**

Poziom utrudnień	Liczba osób	Procent z ogółu
Tak, byłam/-em zmuszona/-y zrezygnować z pracy	34	41
Tak, ale w niewielkim stopniu	35	42
Nie, nie odczuwam żadnych utrudnień	14	17

Źródło: opracowanie własne

Największy odsetek stanowili chorzy o umiarkowanej sytuacji materialnej (43%). 29% deklarowało dobrą sytuację, a 18% twierdziło, że posiadane środki ledwie wystarczają na funkcjonowanie. Najmniejszy odsetek chorych deklarował bardzo dobrą sytuację materialną (4%).

**Tabela 6. Sytuacja materialna respondentów**

Sytuacja materialna	Liczba osób	Procent z ogółu
Bardzo zła	5	6
Ledwie wystarczająca	15	18
Umiarkowana	36	43
Dobra	24	29
Bardzo dobra	3	4

Źródło: opracowanie własne

Do oceny warunków życia chorych na POChP pod kątem wskazania czynników, które mogą wpływać na jakość ich życia zaliczono: palenie papierosów, zmiany w życiu od czasu zdiagnozowania choroby oraz stopień, w jaki POChP ogranicza swobodne spędzanie przez chorych wolnego czasu. Co trzecia osoba badana nigdy nie paliła papierosów. 42% respondentów, którzy palili papierosy, przestało palić, gdy dowiedzieli się o chorobie. Co czwarty chory na POChP nie porzucił nałogu mimo rozpoznania choroby.

**Tabela 7. Palenie papierosów przez respondentów**

Palenie papierosów	Liczba osób	Procent z ogółu
Nigdy nie paliłam/-em	26	31
Paliłam/-em, ale rzuciłam/-em, gdy dowiedziałam/-em się o chorobie	35	42
Nie rzuciłam/-em pomimo choroby	22	27

Źródło: opracowanie własne

Sprawdzenie zależności zmiennych (płeć i palenie papierosów przez respondentów) przeprowadzone testem niezależności chi-kwadrat wykazało istotne statystycznie różnice:  $\chi^2(2) = 22,51$ ;  $p < 0,001$ . Oznacza to, że mężczyźni, częściej niż kobiety, nie rzucali palenia papierosów pomimo choroby, natomiast kobiety, częściej niż mężczyźni, nigdy nie paliły papierosów.

W celu sprawdzenia czy osoby w odmiennym wieku różnią się pod względem palenia papierosów, przeprowadzono analizę testem niezależności chi-kwadrat, który nie wykazał istotnych statystycznie różnic:  $\chi^2(6) = 5,82$ ;  $p = 0,430$  co oznacza, że wiek chorego na POCHP nie różnicował palenia papierosów.

W celu sprawdzenia, czy istnieje zależność pomiędzy miejscem zamieszkania a paleniem papierosów przeprowadzono analizę testem niezależności chi-kwadrat, który nie wykazał istotnych statystycznie różnic:  $\chi^2(2) = 2,79$ ;  $p = 0,248$ . Oznacza to, że osoby mieszkające na wsi nie różnią się od osób mieszkających w mieście pod względem palenia papierosów.

W celu sprawdzenia, czy osoby palące papierosy różnią się pod względem poziomu zadowolenia i satysfakcji z życia (w skali od 1 do 4, gdzie 1 – „na bardzo wysokim poziomie” i 4 – „nie odczuwam zadowolenia i satysfakcji z życia”), przeprowadzono analizę testem Kruskala-Wallisa, który nie wykazał istotnych statystycznie różnic:  $\chi^2(2) = 4,52$ ;  $p = 0,104$ . Oznacza to, że osoby palące papierosy nie różnią się pod względem poziomu zadowolenia i satysfakcji z życia od niepalących.

**Tabela 8. Palenie papierosów a poziom zadowolenia i satysfakcji z życia badanych osób**

Palenie papierosów	M (średnia)	SD (odchylenie standardowe)	Poziom zadowolenia i satysfakcji z życia			
			Na bardzo wysokim poziomie	Na dość dobrym poziomie	Na niskim poziomie	Nie odczuwam zadowolenia i satysfakcji z życia
Nigdy nie paliłam/-em	2,38	0,57	3,85	53,85	42,31	0,00
Paliłam/-em, ale rzuciłam/-em, gdy dowiedziałam/	2,74	0,66	0,00	37,14	51,43	11,43

-em się o chorobie						
Nie rzuciłam/-em pomimo choroby	2,73	0,77	4,55	31,82	50,00	13,64

Źródło: opracowanie własne

W toku badań przeanalizowano zmiany w życiu chorych, zaobserwowane przez nich od czasu zdiagnozowania POChP. 52% ogółu badanych zaobserwowało niekorzystne zmiany w swoim samopoczuciu i zdrowiu od czasu zdiagnozowania choroby.

Wśród odpowiedzi twierdzących, tylko 19 zostało uzasadnionych, a argumentacje respondentów dotyczyły najczęściej: zwiększonego zmęczenia, mniej częstotliwości opuszczania swego domu, ograniczeń w wykonywaniu jakichkolwiek czynności, niemożności pracy zawodowej, większej konieczności dbania o zdrowie, braku rodziny, zwiększonej częstotliwości kaszlu, częstszych infekcji, osłabienia, zmniejszenia częstotliwości i nasilenia aktywności fizycznej i śmierci.

**Tabela 9. Rozkład zmian w życiu chorych zaobserwowanych od czasu zdiagnozowania POChP**

Zmiany w życiu	Liczba osób	Procent z ogółu
Tak	40	48
Nie	43	52

Źródło: opracowanie własne

Sprawdzono także, jak bardzo POChP wpływa na możliwość swobodnego spędzania czasu wolnego przez respondentów. Największa grupa respondentów stwierdziła, że choroba ograniczała im tylko pewne dziedziny życia (39%). 36% badanych bardzo mocno ograniczało swobodne spędzanie czasu wolnego. Najmniejszą grupę stanowili chorzy, którym choroba wcale nie ograniczała swobodnego spędzania czasu wolnego (5%).

**Tabela 10. Możliwość swobodnego spędzania czasu wolnego przez respondentów**

Możliwość spędzania czasu wolnego	Liczba osób	Procent ogółu
Bardzo mocno ogranicza	30	36
Ogranicza tylko pewne czynności, bez których wykonywania mogą się obejść	32	39
Raczej nie ogranicza	17	20
Wcale nie ogranicza	4	5

Źródło: opracowanie własne

W każdej chorobie, nie tylko w POChP, dla chorego ważne jest wsparcie i zainteresowanie ze strony bliskich. Nawet jeśli chory jest w stanie w miarę samodzielnie funkcjonować, nigdy nie jest za wiele słów otuchy,

nadziei i „oderwania się” myślami od codziennych spraw. Sprawdzone zatem, czy respondenci otrzymują takie wsparcie od swoich najbliższych.

Do oceny wsparcia respondentów uwzględniono wsparcie rodziny i przyjaciół oraz zmiany w zakresie stosunków w rodzinie. Większość respondentów otrzymuje wsparcie od rodziny i/lub przyjaciół (58%), choć 35% z nich radzi sobie samodzielnie. Najmniejszą liczebnie grupę stanowią chorzy, którzy nie otrzymują i deklarują, że nie potrzebują żadnego wsparcia z zewnątrz (11%).

**Tabela 11. Otrzymywanie wsparcia od rodziny i przyjaciół**

Wsparcie	Liczba osób	Procent ogółu
Tak, bardzo go potrzebuję	19	23
Tak, chociaż daję sobie radę	29	35
Nie, choć przydałoby mi się	26	31
Nie, nie potrzebuję go	9	11

Źródło: opracowanie własne

W następnej kolejności zbadano, czy od momentu zdiagnozowania POChP u respondentów zaszły zmiany w ich stosunkach z rodziną. Wyniki badania potwierdziły, że zdecydowana większość (75%) chorych oceniła, że relacje w rodzinie nie zmieniły się od czasu rozpoznania u nich POChP. 20% podało, że ich relacje pogorszyły się. Najmniej liczebnią grupę stanowili respondenci, którzy zauważyli polepszenie relacji z rodziną i zbliżenie się do siebie (5%).

**Tabela 12. Zmiana w zakresie stosunków respondenta z rodziną od czasu zdiagnozowania choroby**

Zmiana w zakresie stosunków w rodzinie	Liczba osób	Procent z ogółu
Tak, zbliżyliśmy się do siebie	4	5
Tak, na gorsze	17	20
Nie, są takie same jak przed chorobą	62	75

Źródło: opracowanie własne

W celu sprawdzenia potencjalnych zależności pomiędzy zmiennymi (czy osoby, u których stosunki w rodzinie uległy zmianie w odmienny sposób w związku z chorobą, różnią się pod względem oceny obecnego stanu zdrowia w skali od 1 do 4, gdzie 1 – „Dobry” i 4 – „Bardzo zły”) przeprowadzono analizę danych testem Kruskala-Wallis.

Wyniki wykazały istotne statystycznie różnice:  $\chi^2(2) = 15,12$ ;  $p = 0,001$ , co oznacza, że osoby, u których stosunki w rodzinie uległy zmianie na gorsze w związku z chorobą gorzej oceniają swój obecny stan zdrowia niż osoby, u których stosunki w rodzinie nie uległy zmianie i są takie same jak przed chorobą ( $p = 0,002$ ).

**Tabela 13. Zmiana stosunków w rodzinie w związku z chorobą a ocena obecnego stanu zdrowia według badanych osób**

Zmiana stosunków w rodzinie w związku z chorobą	M	SD	Ocena obecnego stanu zdrowia			
			Dobry	Na zadowalającym poziomie	Słaby	Bardzo zły
Tak, zbliżyliśmy się do siebie	2,25	0,50	0,00	75,00	25,00	0,00
Tak, na gorsze	3,24	0,56	0,00	5,88	64,71	29,41
Nie, są takie same jak przed chorobą	2,47	0,74	8,06	43,55	41,94	6,45

Źródło: opracowanie własne

Oceny występowania emocji współtowarzyszących chorobie dokonano na podstawie sprawdzenia, jak często pojawia się u respondentów uczucie smutku, przygnębienia czy niepokoju. Wśród badanych największy odsetek stanowili respondenci, którzy rzadko odczuwali te nieprzyjemne uczucia (46%). Najmniej liczną grupą byli chorzy odczuwający smutek i przygnębienie bardzo często (6%).

**Tabela 14. Częstość występowania u respondentów uczucia smutku, przygnębienia i niepokoju**

Częstość objawów	Liczba osób	Procent ogółu
Bardzo często	5	6
Dość często	31	37
Rzadko	38	46
Nigdy	9	11

Źródło: opracowanie własne

Analiza statystyczna pomiędzy poziomem zadowolenia i satysfakcji z życia badanych osób a częstością występowania u nich uczuć typu: smutek, przygnębienie, niepokój wykazały istotną statystycznie zależność ( $p < 0,001$ ), co oznacza, że im badane osoby posiadały wyższy poziom zadowolenia i satysfakcji z życia, tym rzadziej odczuwały uczucia typu: smutek, przygnębienie, niepokój itp. Opisane wyniki w poniższej tabeli.

**Tabela 15. Współczynniki korelacji pomiędzy poziomem zadowolenia i satysfakcji z życia badanych osób a częstością występowania u nich uczuć typu: smutek, przygnębienie, niepokój itp.**

Zmienna	Poziom zadowolenia i satysfakcji z życia	
	rho-Spearmana	Poziom istotności
Częstość występowania uczuć typu: smutek, przygnębienie, niepokój, itp.	<b>-0,57</b>	<b>&lt;0,001</b>

Źródło: opracowanie własne

Do oceny aktywności fizycznej i kondycji chorych uwzględniono następujące czynniki: nasilenie i dyskomfort spowodowany głównymi objawami POChP, prowadzony tryb życia, okres trwania choroby, aktualny stan zdrowia.

Wykaz objawów POChP sprawiających największy dyskomfort u respondentów obejmował duszność, kaszel, odkrztuszanie, świsty w klatce piersiowej oraz nawracające zakażenia. Objawem powodującym zdecydowanie największy dyskomfort u badanych była duszność (59%). Dość często pacjenci wykazywali, że największy dyskomfort powodują nawracające zakażenia/infekcje (22%), a najrzadziej powodem dyskomfortu było odkrztuszanie płwociny (2%).

**Tabela 16. Objawy POChP sprawiające największy dyskomfort u respondentów**

Objaw	Liczba osób	Procent ogółu
Duszności	49	59
Kaszel	6	7
Odkrztuszanie	2	2
Świsty w klatce piersiowej	3	4
Nawracające zakażenia/infekcje	18	22
Inne	5	6

Źródło: opracowanie własne

W celu sprawdzenia czy osoby, u których nasilone są poszczególne objawy choroby powodujące dyskomfort różnią się pod względem poziomu zadowolenia i satysfakcji z życia (w skali od 1 do 4, gdzie 1 – „Na bardzo wysokim poziomie” i 4 – „Nie odczuwam zadowolenia i satysfakcji z życia”) przeprowadzono analizę testem Kruskala-Wallisa, która potwierdziła istotne statystycznie zależności:  $\chi^2(5) = 25,02$ ;  $p < 0,001$ . Porównania wielokrotne wykazały, że osoby z nasilonymi nawracającymi zakażeniami/infekcjami, posiadają wyższy poziom zadowolenia i satysfakcji z życia niż osoby z nasilonymi dusznościami ( $p = 0,004$ ).

**Tabela 17. Najbardziej nasilone objawy choroby a poziom zadowolenia i satysfakcji z życia badanych osób**

Najbardziej nasilone objawy choroby	M	SD	Poziom zadowolenia i satysfakcji z życia			
			Na bardzo wysokim poziomie	Na dość dobrym poziomie	Na niskim poziomie	Nie odczuwam zadowolenia i satysfakcji z życia
Duszności	2,88	0,64	0,00	27,08	58,33	14,58
Kaszel	2,67	0,52	0,00	33,33	66,67	0,00
Odkrztuszanie	2,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00

Świsty w klatce piersiowej	3,00	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00
Nawracające zakażenia/ infekcje	2,11	0,58	11,11	66,67	22,22	0,00
Inne	2,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00

Źródło: opracowanie własne

W celu sprawdzenia zależności pomiędzy deklarowanym poziomem zadowolenia i satysfakcji z życia (w skali od 1 do 4, gdzie 1 – „Na bardzo wysokim poziomie” i 4 – „Nie odczuwam zadowolenia i satysfakcji z życia”) przeprowadzono analizę testem Kruskala-Wallisa, która wykazała istotne statystycznie różnice:  $\chi^2(2) = 21,37$ ;  $p < 0,001$ . Porównania wielokrotnie wykazały, że osoby prowadzące aktywny tryb życia posiadają wyższy poziom zadowolenia i satysfakcji z życia, niż osoby prowadzące bierny ( $p < 0,001$ ) i mieszany tryb życia ( $p = 0,006$ ).

**Tabela 18. Tryb życia a poziom zadowolenia i satysfakcji z życia badanych osób**

Tryb życia	M	SD	Poziom zadowolenia i satysfakcji z życia			
			Na bardzo wysokim poziomie	Na dość dobrym poziomie	Na niskim poziomie	Nie odczuwam zadowolenia i satysfakcji z życia
Bierny	3,13	0,55	0,00	8,70	69,57	21,74
Mieszany (sporadyczna aktywność fizyczna)	2,55	0,59	0,00	50,00	45,24	4,76
Aktywny	2,17	0,62	11,11	61,11	27,78	0,00

Źródło: opracowanie własne

Stopień nasilenia objawów POChP i stan zdrowia chorego jest w dużej mierze zależny od okresu trwania choroby. Sprawdzone zatem, od ilu lat respondenci cierpią na POChP. Najbardziej liczną, aczkolwiek z niewielką przewagą, grupę stanowili chorzy cierpiący na POChP w przedziale od 5 do 10 lat (33%). Na najdłuższy staż choroby wskazywała co czwarta osoba. Na najkrótszy staż choroby (mniej niż rok) wskazywał niemal co 8 chory na POChP.

**Tabela 19. Okres trwania choroby u respondentów**

Okres trwania choroby	Liczba osób	Procent ogółu
Mniej niż rok	11	13
Od 1 do 5 lat	25	30
5-10 lat	27	33
Więcej niż 10 lat	20	24

Źródło: opracowanie własne

Oceniając swój stan zdrowia respondenci w przeważającej części deklarowali słaby stan zdrowia (46%). 37% deklarowało stan zdrowia na zadowalającym poziomie, a co dziesiąta osoba (11%) oceniła go jako bardzo zły. Chorzy o dobrym stanie zdrowia stanowili 6% respondentów.

**Tabela 20. Aktualny stan zdrowia respondentów**

Stan zdrowia	Liczba osób	Procent ogółu
Dobry	5	6
Na zadowalającym poziomie	31	37
Słaby	38	46
Bardzo zły	9	11

Źródło: opracowanie własne

W celu sprawdzenia zależności pomiędzy wpływem choroby na pracę zawodową a stanem zdrowia (w skali od 1 do 4, gdzie 1 – „Dobry” i 4 – „Bardzo zły”) przeprowadzono analizę testem Kruskala-Wallisa, który wykazał istotne statystycznie zależności ( $\chi^2(2) = 47,51$ ;  $p < 0,001$ ). Porównania wielokrotne wykazały, że osoby, które nie odczuwają żadnych utrudnień w pracy w związku z chorobą lepiej oceniają swój obecny stan zdrowia niż osoby, którym choroba utrudnia pracę w niewielkim stopniu ( $p < 0,001$ ) oraz, którym choroba utrudnia pracę w takim stopniu, że były zmuszone z niej zrezygnować.

**Tabela 21. Negatywny wpływ choroby na pracę a ocena obecnego stanu zdrowia**

Negatywny wpływ choroby na pracę	M	SD	Ocena obecnego stanu zdrowia [% z ogółu]			
			Dobry	Na zadowalającym poziomie	Słaby	Bardzo zły
Tak, byłam/-em zmuszona/-y zrezygnować z pracy	3,26	0,45	0,00	0,00	73,53	26,47
Tak, ale w niewielkim stopniu	2,26	0,61	8,57	57,14	34,29	0,00
Nie, nie odczuwam żadnych utrudnień	1,93	0,47	14,29	78,57	7,14	0,00

Źródło: opracowanie własne

## Dyskusja

Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest jednym z większych problemów zdrowotnych społeczeństw w XXI wieku. Liczba osób na nią zapadających

rośnie w bardzo szybkim tempie. Choroba charakteryzuje się wysoką śmiertelnością, ma także niebagatelny wpływ na jakość życia chorych. Według wyników badań ocena jakości życia chorych jest uwarunkowana różnymi czynnikami.

W badaniach własnych nie odnotowano różnic w ocenie jakości życia u osób palących i niepalących. Podczas gdy literatura potwierdza, że jakość życia osób chorych na POChP pogarsza dalsze palenie, niestosowanie się do zaleconego leczenia, nieprawidłowe stosowanie inhalatora, nieleczone pozostałe choroby, nieprzestrzeganie terminów regularnych wizyt u lekarza, ograniczony kontakt z przyjaciółmi i rodziną oraz brak ćwiczeń przez 20 minut dziennie (Fletcher 2017).

Jakość życia chorych na POChP zależy od stopnia zaawansowania choroby i wraz ze wzrostem stopnia zaawansowania choroby następuje jej pogorszenie (Pawłowska i wsp. 2017).

W innych badaniach potwierdza się także taka tendencja, gdyż osoby chore na POChP, a palące w przeszłości cechowała gorsza jakość życia niż osoby nigdy niepalące (Grochas i wsp. 2012).

Badania własne wykazały, że najbardziej dokuczliwą dolegliwością badanych była duszność, która w sposób znaczący (istotny statystycznie) obniżała poziom jakości życia chorych bardziej niż nawracające zakażenia/infekcje. Podobne wyniki uzyskała także w badaniach Kieczka i wsp. W badaniach tej autorki do kaszlu i duszności przyznała się większość badanych osób (Kieczka 2010).

Wyniki opracowań z tego obszaru potwierdzają także, że większość respondentów otrzymuje wsparcie od swojej rodziny i/lub przyjaciół (58%). Choć choroba w większości przypadków nie wpłynęła na pogorszenie się relacji chorych z rodziną, odnotowano zależność pogorszenia tych relacji od niższej oceny stanu zdrowia. Podobne wyniki otrzymała K. Kieczka (Kieczka 2010).

W badanej przez nią populacji, ponad 46% badanych pacjentów było żonatych lub zamężnych, zazwyczaj mieszkających z rodziną. Te właśnie osoby prezentowały wyższe wyniki jakości życia. Najniższe wsparcie otrzymywali natomiast badani mieszkający w placówce opiekuńczej. Aż 72% badanych deklarowało, że rodzina pomaga im w trudnych sytuacjach i to od niej oczekują tego wsparcia (Kieczka 2010).

Chorzy z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc różnili się poziomem i rodzajem otrzymywanego wsparcia społecznego. Największy poziom wsparcia społecznego deklarowany był w kategorii wsparcia emocjonalnego, a najniżej ocenione zostało wsparcie wartościujące. Badani różnili się między sobą jakością życia, która dla większości badanych była ani dobra, ani zła (większość pacjentów określiła jakość przeciętnie). Ponadto wykazano związek pomiędzy rodzajem wsparcia, wykształceniem, okresem

trwania choroby, wiekiem i sposobem zamieszkiwania a jakością życia (Kurowska 2010).

Istotnym czynnikiem mogącym przełożyć się pozytywnie na ocenę jakości życia przez chorych była pomoc finansowa. Osoby nieotrzymujące pomocy finansowej, pomocy w codziennych czynnościach i niemogące liczyć na wsparcie bliskich, posiadały niższy poziom jakości życia niż pozostali badani.

Silną korelację dotyczącą związku jakości życia chorych z ich sytuacją materialną zauważyły również A. Głębocka i M. Szarzyńska. W ich badaniach im wyższy był poziom materialny badanych, tym bardziej pozytywnie respondenci oceniali swoje życie i lepsza była jakość ich życia (Głębocka 2005).

Niski status socjoekonomiczny wpływa na ryzyko rozwoju POChP i zazwyczaj częściej niż inne czynniki upośledza jakość życia (McSweeney i wsp. 1982).

Na temat jakości życia chorych na POChP powstały liczne prace, w których badacze potwierdzają negatywny wpływ choroby na życie i funkcjonowanie.

Osoby chore na POChP postrzegają jakość swojego życia na niskim poziomie, doświadczają wielu problemów medycznych i psychospołecznych. Najczęściej są to trudności w oddychaniu, strach o swoje zdrowie i obniżona sprawność funkcjonalna. Istotnymi czynnikami modyfikującymi jakość życia chorych z POChP potwierdzanych w badaniach są: wiek badanych, czas trwania choroby, częstotliwość leczenia szpitalnego, choroby współistniejące, praca zawodowa, miejsce zamieszkania i ocena statusu socjoekonomicznego (Kupcewicz i wsp. 2014).

Badani wykazują obniżoną samodzielność funkcjonowania w środowisku domowym, w stosunku do ogólnej populacji w tym samym wieku. Osoby zadowolone z samodzielnego funkcjonowania były zadowolone z życia, stąd wniosek, że samodzielność jest podstawowym elementem wysokiej jakości życia chorych na POChP. Niekorzystnie na funkcjonowanie pacjenta w rodzinie wpływa także czas trwania choroby (Kuczyńska i wsp. 2019).

W badaniach zespołu B. Ślusarskiej jakość życia chorych na POChP była obniżona, gdyż 22,30% respondentów miało poczucie inwalidztwa, a 81,50% obawiało się wysiłku fizycznego. Respondenci oceniali swój stan zdrowia jako zły (57%), a ponad połowa (52%) odczuwała lęk wywołany przez obecność choroby przewlekłej (Ślusarska i wsp. 2016).

Podobne wyniki uzyskano także w innych badaniach, w których potwierdzono, że choroba była dużą przeszkodą w funkcjonowaniu i zmusiła chorych do zaprzestania pracy lub jej zmiany. Badani mieli duże trudności w oddychaniu, nie korzystają z rozrywek związanych z ruchem fizycznym

i rezygnują ze sportu, co rodziło u nich poczucie odizolowania społecznego i wpływało w znacznym stopniu na ich samopoczucie psychiczne (Cichońska i wsp. 2015).

POChP w dużym stopniu obniża jakość życia, gdyż determinuje życie pacjentów, utrudnia im codzienne funkcjonowanie, rodzi poczucie inwalidztwa i sprawia, że wszelkie działania wywołują poczucie konieczności wykonania ogromnego wysiłku. POChP utrudnia funkcjonowanie społeczne, zmusza do zaprzestania pracy zawodowej, bądź jej zmiany, a chorzy wymagają pomocy ze strony otoczenia, ponieważ mają problemy z wykonywaniem czynności dnia codziennego (Dziedzic i wsp. 2018).

Istotnym czynnikiem, mogącym przełożyć się pozytywnie na ocenę jakości życia przez chorych była pomoc finansowa. Osoby nieotrzymujące pomocy finansowej, pomocy w codziennych czynnościach i niemogące liczyć na wsparcie bliskich, posiadały niższy poziom jakości życia niż pozostali badani. Silną korelację dotyczącą związku jakości życia chorych z ich sytuacją materialną zauważyły również A. Głębocka i M. Szarzyńska (Głębocka i wsp. 2005).

Badania wykazują także, że im wyższy był poziom materialny badanych, tym bardziej pozytywnie oceniali swoje życie i lepsza była jakość ich życia. Z kolei niski status socjoekonomiczny wpływa na ryzyko rozwoju POChP i zazwyczaj częściej niż inne czynniki upośledza jakość życia (Kiecza 2010).

W badaniach wykazano także, że im pacjenci mieli wyższy poziom wykształcenia, tym wyżej oceniali jakość życia. Podobnie w badaniach populacji krakowskiej, wyższy poziom edukacji i lepsza pozycja zawodowa, głównie osób starszych, miały pozytywny wpływ na ich jakość życia (Knurowski i wsp. 2005).

### **Wnioski**

1. Wybrane czynniki społeczno-demograficzne opisujące populację, tj. wiek, wykształcenie miejsce zamieszkania mają wpływ na jakość życia chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc.
2. Zła sytuacja materialna, bierny tryb życia, pogorszenie się relacji z rodziną znacznie pogarszają jakość życia chorych na POChP.
3. Objawy choroby u osób młodych dają znacznie mniejszy dyskomfort, występują rzadziej i nie powodują większych utrudnień w codziennym funkcjonowaniu, niż u osób starszych.
4. Kobiety lepiej od mężczyzn radzą sobie z rzuceniem palenia po otrzymaniu diagnozy POChP, częściej też nie palą w ogóle.
5. Palenie papierosów nie wpływa na odczuwanie wyższej jakości życia u badanych.

## Piśmiennictwo

1. Cichońska M. i wsp. Postawy zdrowotne i zachowania chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, a ich wiek. *Polish Journal of Health and Fitness* 2015; 1: 13-32. ISSN 2451-0351.
2. Dziedzic E., Cudzik K., Zboina B. Choroba przewlekła i jej wpływ na funkcjonowanie społeczne u pacjentów chorych na Przewlekłą Obturacyjną Chorobę Płuc leczonych w poradni specjalistycznej. [w] Turowski K. **ZDROWIE PUBLICZNE STANDARDEM DOBROSTANU**. Wydawnictwo Naukowe NeuroCentrum Lublin 2018, 63-73. ISBN 978-83-61495-95-6
3. Fletcher M. Wysoka jakość życia osób cierpiących na POChP. ELF: EUROPEAN LUNG FOUNDATION ERS: EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY every breath counts. [W] Education for Health (Edukacja dla Zdrowia). Respirar 2017. www.Europeanlung.org
4. Głębocka A., Szarzyńska M. Wsparcie społeczne a jakość życia osób starszych, *Gerontologia Polska*, 2005; 13 (4): 255-259.
5. Grochans E., Bąk A., Reczyńska A., Jurczak A., Szkup-Jabłońska M., Brzostek B. Ocena jakości życia chorych z przewlekłymi chorobami układu oddechowego. *Probl Hig Epidemiol* 2012; 93(3): 542-545.
6. Kieczka K. Jakość życia chorych na astmę i przewlekłą obturacyjną chorobę płuc mieszkających w województwie mazowieckim i lubelskim, *Pielęgniarstwo XXI w.*, 2010L 1-2: 30-31.
7. Knurowski T., van Dijk J.P., Geckova A.M., Brzyski P., Tobiasz-Adamczyk B, van den Heuvel W. J. Socio-economic health differences among the elderly population in Krakow, Poland, *Sozial-und Preventivmedizin*, 2005; 5, 177-185.
8. Kuczyńska H.A., Sienkiewicz Z. Wpływ przewlekłej obturacyjnej choroby płuc na funkcjonowanie pacjenta w rodzinie. *GERIATRIA* 2019; 13: 83-89.
9. Kupcewicz E., Abramowicz A. Ocena jakości życia chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Hygeia Public Health* 2014; 49(4): 805-812.
10. Kurowska K., Brojakowska M. Wsparcie, a jakość życia osób z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Nowiny Lekarskie* 2010; 79, 6: 438-444.
11. McSweeney A.J., Grant I., Heaton R.K., Adams K.M., Timms R.M. Life quality of patients with chronic obstructive pulmonary disease, *Archives of Internal Medicine*, 1982; 142: 473-478.
12. Pawłowska K.B., Doboszyńska A. Ocena jakości życia chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc w zależności od stopnia zaawansowania choroby według GOLD. *Problemy Pielęgniarstwa* 2017; 25 (3): 168-173.

13. Ślusarska B. i wsp. Wybrane psychospołeczne problemy opieki pacjentów z POChP, *Problemy pielęgniarstwa* 2016; 1, vol. 24: 48–54.

Tekst złożony w redakcji: 25.03.2021 r.

Przyjęto do druku: 17.03.2021 r.