

Gdański Uniwersytet Medyczny
Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa
i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej

Paweł Zielazny

Wybrane czynniki kliniczne i psychologiczne a ocena jakości życia
u chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POCHP)

Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych

Promotor:

dr hab. n. med. Krzysztof Kuziemski

Klinika Alergologii i Pneumonologii

Gdański Uniwersytet Medyczny

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Ewa Jassem

Gdańsk, 2016

Składałam serdeczne podziękowania
Panu dr. hab. n. med. Krzysztofowi Kuziemskiemu
za merytoryczną i zaangażowaną opiekę promotorską
oraz cierpliwość, życzliwość i wyrozumiałość
w trakcie pisania niniejszej rozprawy.
Serdecznie dziękuję także Pani prof. dr hab. n. med. Ewie Jassem
za zainspirowanie do badań nad tym tematem.
Dziękuję ponadto wszystkim chorym na POChP,
bez których pomocy ta praca by nie powstała,
jednocześnie dedykując im niniejszą rozprawę.

Spis treści

Wykaz stosowanych skrótów	6
I. Wstęp – wybrane czynniki medyczne i psychologiczne u chorych na POChP	8
1. Definicja i epidemiologia POChP	8
2. Etiologia i czynniki rozwoju POChP	11
3. Rozpoznawanie POChP	13
4. Kategorie zaawansowania POChP	15
5. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych na POChP	17
6. Wybrane psychologiczne aspekty chorób przewlekłych z uwzględnieniem POChP	23
6.1. Akceptacja choroby	24
6.2. Percepcja choroby	26
6.3. Choroba jako źródło stresu. Stres i strategie radzenia sobie ze stresem u chorych na POChP	29
6.4. Emocjonalne reakcje na chorobę przewlekłą	35
7. Zintegrowany model opieki nad chorymi na POChP – interdyscyplinarne leczenie farmakologiczne i niefarmakologiczne	37
8. Uzasadnienie podjęcia badań	41
II. Cel pracy	42
III. Materiał i metody badań	43
1. Organizacja i przebieg badań	43
2. Narzędzia badawcze	45
2.1. <i>COPD Assessment Test</i> (CAT)	45
2.2. Kwestionariusz Percepcji Choroby (wersja skrócona)	45
2.3. Skala Akceptacji Choroby (AIS)	46
2.4. Skala Odczuwanego Stresu (PSS-10)	46
2.5. Inwentarz Mini-COPE	47
2.6. Skala Kontroli Emocji (CECS)	48
3. Metody analizy statystycznej	50
IV. Wyniki	51
1. Charakterystyka socjodemograficzna i kliniczna badanej grupy	51
1.1. Badani ogółem	51
1.1.1. Miejsce prowadzonych badań	51
1.1.2. Płeć badanych	51
1.1.3. Wiek badanych	52
1.1.4. Wykształcenie	53
1.1.5. Miejsce zamieszkania	53
1.2. Charakterystyka poszczególnych grup badawczych (podział kliniczny)	54
2. Ocena jakości życia chorych na POChP na podstawie wyników badań kwestionariuszem <i>COPD Assessment Test</i> (CAT)	59

2.1. Jakość życia a zmienne demograficzne	61
2.1.1. Jakość życia a płeć	61
2.1.2. Jakość życia a wiek	62
2.1.3. Jakość życia a wykształcenie	63
2.1.4. Jakość życia a miejsce zamieszkania	63
3. Subiektywne wyobrażenia pacjentów dotyczące własnej choroby (percepcja choroby) a jakość życia	64
3.1. Percepcja choroby a zmienne demograficzne.....	66
3.1.1. Percepcja choroby a płeć.....	66
3.1.2. Percepcja choroby a wiek.....	66
3.1.3. Percepcja choroby a wykształcenie.....	67
3.1.4. Percepcja choroby a miejsce zamieszkania.....	68
3.2. Percepcja choroby a jakość życia	69
4. Stopień akceptacji choroby u chorych na POChP. Akceptacja choroby a jakość życia	71
4.1. Akceptacja choroby a zmienne demograficzne	72
4.1.1. Akceptacja POChP a płeć	72
4.1.2. Akceptacja POChP a wiek	72
4.1.3. Akceptacja choroby a wykształcenie	73
4.1.4. Akceptacja POChP a miejsce zamieszkania	73
4.2. Akceptacja POChP a jakość życia	73
4.3. Akceptacja POChP a percepcja choroby	74
5. Ocena natężenia stresu u chorych na POChP a jakość życia. Preferowane style radzenia sobie ze stresem	76
5.1. Natężenie stresu u chorych na POChP	76
5.2. Poziom stresu u chorych na POChP a zmienne demograficzne	77
5.2.1. Poziom stresu a płeć.....	77
5.2.2. Poziom stresu a wiek.....	78
5.2.3. Poziom stresu a wykształcenie.....	79
5.2.4. Poziom stresu a miejsce zamieszkania.....	79
5.3. Natężenie stresu u chorych na POChP a jakość życia	80
5.4. Natężenie stresu u chorych na POChP a percepcja choroby	80
5.5. Natężenie stresu u chorych na POChP a akceptacja choroby.....	82
5.6. Strategie radzenia sobie ze stresem u chorych na POChP	82
5.7. Strategie radzenia sobie ze stresem u chorych na POChP a zmienne demograficzne.....	83
5.7.1. Strategie radzenia sobie ze stresem u chorych na POChP a płeć.....	83
5.7.2. Strategie radzenia sobie ze stresem u chorych na POChP a wiek.....	84
5.7.3. Strategie radzenia sobie ze stresem u chorych na POChP a wykształcenie	86
5.7.4. Strategie radzenia sobie ze stresem u chorych na POChP a miejsce zamieszkania	88
5.8. Strategie radzenia sobie ze stresem u chorych na POChP a jakość życia	88
5.9. Strategie radzenia sobie ze stresem u chorych na POChP a poziom natężenia stresu.....	90

6. Subiektywna ocena kontroli gniewu, depresji i lęku a jakość życia	92
6.1. Kontrola emocji u chorych z POChP a zmienne demograficzne.....	92
6.2. Kontrola negatywnych emocji a jakość życia chorych na POChP	94
6.3. Kontrola negatywnych emocji u chorych na POChP a natężenie stresu	95
6.4. Kontrola negatywnych emocji u chorych na POChP a akceptacja choroby.....	96
V. Dyskusja	97
1. Jakość życia chorych na POChP	99
2. Percepcja choroby a jakość życia.....	105
3. Akceptacja choroby a jakość życia	111
4. Poziom natężenia stresu i strategie radzenia sobie ze stresem a jakość życia.....	117
5. Subiektywna ocena kontroli gniewu, depresji i lęku a jakość życia	123
6. Podsumowanie	126
7. Zalety i ograniczenia badań.....	129
VI. Wnioski	130
VII. Streszczenie	131
VIII. Abstract	133
IX. Piśmiennictwo	135
X. Załączniki	153
1. Ankieta wstępna.....	153
2. <i>COPD Assessment Test</i> (CAT)	154
3. Kwestionariusz Percepcji Choroby B-IPQ – wersja skrócona	155
4. Skala Akceptacji Choroby AIS	156
5. Skala Odczuwanego Stresu PSS-10	157
6. Inwentarz Mini-COPE	158
7. Skala Kontroli Emocji CECS.....	159
XI. Spis tabel i rycin.....	161

Wykaz stosowanych skrótów

AIDS – *Acquired Immunodeficiency Syndrome* lub *Acquired Immune Deficiency Syndrome* / Zespół Nabytego Niedoboru Odporności

AIS – *Acceptance of Illness Scale* / Skala Akceptacji Choroby

B-IPQ – *The Brief Illness Perception Questionnaire* / Kwestionariusz Percepcji Choroby

CAT – *COPD Assessment Test* / Test CAT

CECS – *Courtauld Emotional Control Scale* / Skala Kontroli Emocji

COPE – *the Coping Orientations to Problems Experienced* / Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem

FEV1 – *forced expiratory volume in one second* / natężona objętość wydechu pierwszosekundowa

GAS – *General Adaptation Syndrom* / ogólny zespół adaptacyjny

GOLD – *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* / Światowa Inicjatywa Zwalczenia Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc

HIV – *human immunodeficiency virus* / ludzki wirus niedoboru odporności

HRQoL – *Health Related Quality of Life* / jakość życia zależna od stanu zdrowia

IDM – *integrated disease management* / zintegrowane zarządzanie chorobą

K – kobiety

M – mężczyźni

Mini-COPE - *the Coping Orientations to Problems Experienced* / Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem

mMRC – *modified Medical Research Council* / Zmodyfikowana Skala Duszności

n – liczba osób

NHANES – *National Health and Nutrition Examination Survey*

nHRQoL – *Nonhealth Related Quality of Life* / jakość życia niezależna od stanu zdrowia

p – istotność statystyczna

POChP – *chronic obstructive pulmonary disease* / przewlekła obturacyjna choroba płuc

PSS-10 – *Perceived Stress Scal* / Skala Odczuwanego Stresu

PZO – przewlekłe zapalenie oskrzeli

R – współczynnik korelacji

SD – *standard deviation* / odchylenie standardowe

SGRQ – *St. George's Respiratory Questionnaire* / Kwestionariusz Szpitala Świętego Jerzego

UE – Unia Europejska

UCK – Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

VC – *vital capacity* / pojemność życiowa płuc

WHO – *World Health Organization* / Światowa Organizacja Zdrowia

wn. – wartość niezależna

I. Wstęp – wybrane czynniki medyczne i psychologiczne u chorych na POChP

1. Definicja i epidemiologia POChP

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest jednym z najważniejszych problemów zdrowia publicznego i jedną z najczęstszych chorób przewlekłych [1].

Zgodnie z wytycznymi Światowej Inicjatywy Zwalczania Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*, GOLD) [2, 6] przewlekłą obturacyjną chorobę płuc definiuje się jako „powszechnie występującą, przewlekłą chorobę poddającą się profilaktyce i leczeniu. Cechuje się ona utrwalonym ograniczeniem przepływu powietrza przez dolne drogi oddechowe, które zazwyczaj postępuje i jest związane z nadmierną reakcją zapalną w oskrzelach i płucach w odpowiedzi na szkodliwe działanie gazów i pyłów, w Polsce najczęściej dymu tytoniowego. Zaostrzenia i obecność chorób współistniejących wpływają na przebieg POChP u poszczególnych chorych”.

Nazwę POChP wprowadzono do medycyny w 1964 r. dla zespołu klinicznego cechującego się przewlekłym kaszlem i dusznością podczas wysiłku. Choroba charakteryzuje się zmianami patologicznymi typowymi dla dwóch chorób: przewlekłego zapalenia oskrzeli (PZO) i rozedmy płuc. Udział tych chorób u konkretnego chorego jest różny, ale u każdego choroba powoduje trwałe utrudnienie oddychania. Na objawy i kliniczny przebieg POChP wpływa relatywny udział każdej z tych jednostek, liczba zaostrzeń i obecność chorób współistniejących [3].

Dane dotyczące częstości występowania POChP różnią się od siebie w zależności od przyjętych metodologii [4]. Szacuje się, że umiarkowane lub ciężkie stadium POChP ma ok. 65 mln ludzi na świecie [5]. Średnia częstość występowania choroby u pacjentów powyżej 40 roku życia (rż.) potwierdzona badaniem spirometrycznym wynosi 8,9% [6]. Przyjmuje się, że choroba może występować nawet u 8–10% mieszkańców Europy, którzy ukończyli 30 rż. [1]. Wielu epidemiologów uważa, że dane szacunkowe dotyczące występowania POChP są

zaniżone. Główną tego przyczyną jest zbyt późne rozpoznawanie POChP, najczęściej wówczas, kiedy choroba staje się jawna klinicznie [7]. W światowych badaniach jednoznacznie stwierdza się, że występowanie POChP koreluje z wiekiem oraz częstością palenia papierosów [7].

Istotną kwestią jest wzrastająca liczba chorych na POChP. Według przewidywań WHO [5] jeśli obecnie obserwowane zjawiska w epidemiologii nie ulegną zmianom, to POChP będzie w 2020 r. trzecią przyczyną zgonów na świecie. Za główny powód takiego stanu uważa się zmniejszającą się umieralność z powodu chorób sercowo-naczyniowych oraz zakaźnych, szerzenie się nałogu palenia tytoniu, postępujące zanieczyszczenie środowiska oraz wydłużenie średniej długości życia [6]. W ostatnich latach obserwuje się zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu POChP u mężczyzn i jego zwiększenie u kobiet. Trendy te prawdopodobnie odzwierciedlają zróżnicowanie pod względem palenia tytoniu od lat 70. XX w. Wydaje się jednak, że w najbliższej przyszłości to zróżnicowanie zaniknie [4].

W Polsce nie było badań epidemiologicznych obejmujących reprezentatywną próbę całej populacji kraju [6]. W dotychczasowych badaniach cząstkowych cechy POChP rozpoznano u 10% badanych powyżej 40 rż. [8]. Ocenia się, że w Polsce liczba chorych na POChP wynosi ponad 2 mln, przy czym 80% to pacjenci z łagodnym i umiarkowanym stadiem choroby. POChP jest częstym powodem hospitalizacji. Dane statystyczne wskazują, że nawet 3,6% hospitalizowanych osób rocznie w naszym kraju to chorzy na POChP [9]. Choroba występuje częściej u mężczyzn niż u kobiet, w stosunku 2:1. Podobnie jak w przypadku statystyk międzynarodowych, w Polsce dane dotyczące POChP mogą być zaniżone. Ciągłe zdarza się, że za przyczynę zgonu lekarze uznają przewlekłe zapalenie oskrzeli lub rozedmę płuc zamiast POChP. Znaczna część chorych umiera także z powodu innych chorób (np. choroba wieńcowa, rak płuca), które przez lekarzy zostały uznane za główną przyczynę zgonu [6].

W 2013 r. przeprowadzono przekrojowe badania z udziałem 411 lekarzy specjalistów pneumonologii i alergologii z całej Polski, w których wykazano nierównomierny rozkład chorych w poszczególnych kategoriach klasyfikacji GOLD 2011. W grupie 2271 chorych stwierdzono: A – 30,3%, B – 17,7%, C – 11,3%, D – 40,7% [10].

Nie ma wiarygodnych danych epidemiologicznych dotyczących występowania POChP na terenie województwa pomorskiego. Należy jednak przypuszczać szerokie rozpowszechnienie tej choroby w populacji pomorskiej. Biorąc pod uwagę szacunkowe dane dotyczące Polski, można zakładać, że na Pomorzu jest około 140 tysięcy chorych na POChP, w tym około 28 tysięcy na zaawansowane postaci tej choroby [11].

2. Etiologia i czynniki rozwoju POChP

Do głównych czynników odpowiedzialnych za rozwój POChP należą: palenie tytoniu, zanieczyszczenie środowiska pracy i powietrza atmosferycznego, infekcje układu oddechowego we wczesnym dzieciństwie, nawracające infekcje oskrzelowo-płucne, uwarunkowania genetyczne, płeć [12].

Badania konsekwentnie wskazują, że spośród ww. najistotniejsze jest palenie tytoniu [4, 12]. Wiadomo jednak, że POChP rozwija się tylko u około 20% palących tytoń, co oznacza, że inne czynniki także wpływają na rozwój choroby [13]. Niemniej u osób chorych na POChP palenie tytoniu odpowiada za ok. 80% przypadków [6]. Ryzyko rozwoju choroby jest związane z liczbą wypalanych papierosów, wiekiem rozpoczęcia palenia oraz czy dana osoba aktualnie pali tytoń [14]. Palenie papierosów przez matkę w ciąży i po urodzeniu dziecka wiąże się z występowaniem u dziecka zaburzeń czynności płuc w ciągu całego życia, co może wpływać na rozwój POChP w późniejszym okresie [4].

W ostatnich latach udokumentowano związek POChP z narażeniem zawodowym na pyły organiczne i nieorganiczne [15]. Szacuje się, że zanieczyszczenie powietrza w środowisku pracy w krajach uprzemysłowionych odpowiada za rozwój ok. 19% wszystkich przypadków choroby i 33% przypadków u osób niepalących [16]. Do czynników tych należą: zanieczyszczenie powietrza wewnątrz pomieszczeń (spalanie materiału biologicznego: drewno, materiał roślinny, odchody zwierząt), zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego (dwutlenek siarki, dwutlenek azotu, ozon, pył zawieszony), zagrożenia zawodowe (górnictwo węgla kamiennego, prace wiertniczo-górniczne, produkcja betonu, rolnictwo, budownictwo, przemysł hutniczy, przemysł tworzyw sztucznych, produkcja gumy, produkcja wyrobów skórzaných, transport) [4]. W badaniu populacyjnym *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES III), które przeprowadzono wśród mieszkańców USA, wykazano, że narażenie na szkodliwe pyły i gazy w miejscu pracy może odpowiadać za ok. 19% zachorowań na POChP [16].

Czynniki genetyczne również wpływają na ryzyko rozwoju POChP, lecz ich oddziaływanie nie jest dostatecznie określone [13]. Najlepiej udokumentowanym czynnikiem genetycznym ryzyka ograniczenia przepływu powietrza w drogach oddechowych jest niedobór alfa1-antytrypsyny. To rzadkie schorzenie, stwierdzane tylko u 1–2% chorych na POChP [4].

Infekcje, podobnie jak czynniki środowiskowe, same nie wywołują POChP, lecz mogą być odpowiedzialne za okresowe nasilenie objawów i pogorszenie funkcji układu oddechowego. Nawracające zakażenia w dzieciństwie mogą zwiększać ryzyko rozwoju POChP w późniejszym okresie życia. To być może jeden z czynników, który wyjaśnia, dlaczego choroba ta nie rozwija się u wszystkich palaczy tytoniu [13]. Czynnikiem ryzyka POChP jest także przewlekłe zapalenie oskrzeli u młodych osób palących tytoń. Do innych uwarunkowań należy także niski status społeczno-ekonomiczny oraz zły sposób odżywiania [17].

3. Rozpoznawanie POChP

Rozpoznanie POChP ustala się na podstawie badania podmiotowego, przedmiotowego i badań dodatkowych, jak badania czynnościowe układu oddechowego, gazometryczne, radiologiczne, elektrokardiograficzne, echokardiograficzne, biochemiczne, cytologiczne i histopatologiczne [18].

Tabela 1. Objawy podmiotowe i przedmiotowe u chorych na POChP

Objawy podmiotowe	Objawy przedmiotowe
– kaszel z odkrztuszaniem plwociny – początek choroby w średnim wieku – powoli narastające objawy – duszność (początkowo wysiłkowa, potem spoczynkowa) – utrata wagi ciała – depresja	– wdechowe ustawienie klatki piersiowej – praca dodatkowych mięśni oddechowych – objaw dekoltu – przekrwione, zażawione oczy – przepełnienie żył szyjnych – sinica – obrzęki podudzi – zmniejszenie ruchomości oddechowej klatki piersiowej – zwiększone napięcie mięśni pochyłych – odgłos jawny lub bębnekowy obustronnie nad polami płucnymi – zmniejszona ruchomość dolnej granicy płuc – ściszenie szmeru oddechowego – wydłużona faza wydechowa – świsty, firczenia

Źródło: opracowanie własne na podstawie Chazan 2011

Podstawowym badaniem dodatkowym jest spirometria. To metoda oceny czynności płuc. W badaniu tym ocenia się pojemność życiową płuc (VC), natężoną objętość wydechową pierwszosekundową (FEV1) i wzajemny stosunek pojemności życiowej płuc i natężonej objętości wydechowej pierwszosekundowej (FEV1/VC; wskaźnik Tiffeneau). Obturacja oskrzeli rozpoznawana jest, gdy FEV1/FVC jest niższy od 70% wartości aktualnej lub poniżej 5 percentyla [4, 17].

W diagnostyce różnicowej POChP wykonuje się badania dodatkowe takie jak radiogram klatki piersiowej czy tomografia komputerowa. Badania gazometryczne powinny być wykonane u chorych, gdy saturacja na pulsoksymetrze jest poniżej 92%, w celu ustalenia wskazań do przewlekłego leczenia tlenem. Badania radiologiczne i ultrasonograficzne służą do potwierdzenia powikłań choroby, takich jak niewydolność prawokomorowa serca oraz wtórne nadciśnienie płucne [13, 17].

4. Kategorie zaawansowania POChP

Podział POChP na kategorie zaawansowania ma przede wszystkim znaczenie praktyczne, gdyż zgodnie z nim podejmowane są decyzje terapeutyczne [6]. Do 2010 r. w klasyfikacji POChP uwzględniano jedynie pomiar FEV1 i wyróżniano cztery stopnie zaawansowania choroby.

Poszczególne stopnie oznaczały:

- stopień 1 – lekka postać POChP, niewielkie ograniczenie przepływu powietrza przez drogi oddechowe; u chorych może występować przewlekły kaszel i odkrztuszanie plwociny;
- stopień 2 – umiarkowana postać POChP, narastające ograniczenie przepływu powietrza przez drogi oddechowe; u chorych pojawia się duszność wysiłkowa;
- stopień 3 – ciężka postać POChP, znacznie ograniczony przepływ powietrza przez drogi oddechowe, duże nasilenie duszności, mała wydolność wysiłkowa, powtarzające się zaostrzenia;
- stopień 4 – bardzo ciężka postać POChP, bardzo duże ograniczenie przepływu powietrza przez drogi oddechowe, prawokomorowa niewydolność serca, niska jakość życia [19].

Eksperti GOLD w dokumencie opublikowanym pod koniec 2011 r. zaproponowali nowy podział zaawansowania POChP, który uwzględnia zarówno stopień obturacji oskrzeli, jak i nasilenie duszności lub innych objawów oraz ocenę przyszłego ryzyka wystąpienia zaostrzenia.

Klasyfikacja chorego do danej kategorii następuje na podstawie [18]:

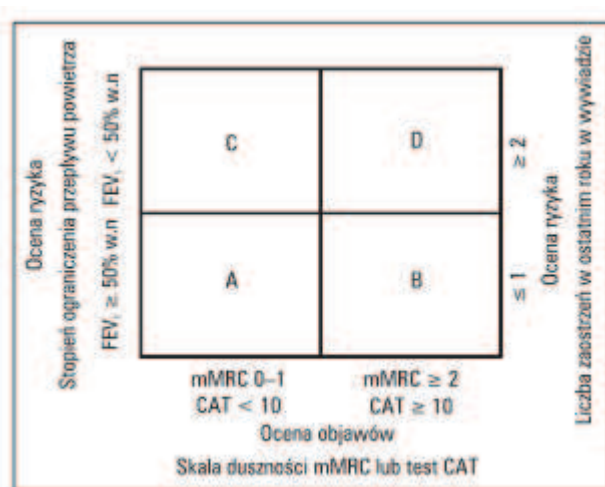
- oceny stopnia duszności za pomocą 5-stopniowej Zmodyfikowanej Skali Duszności mMRC (*modified Medical Research Council*) lub oceny nasilenia innych objawów choroby za pomocą Testu CAT (*COPD Assessment Test*);
- oceny ryzyka zaostrzenia choroby w przyszłości.

Na podstawie tych informacji pacjent klasyfikowany jest do jednej z czterech grup zaawansowania choroby: A, B, C lub D.

Tabela 2. Podział POChP według klasyfikacji GOLD 2014 [18]

Kategoria A	Małe ryzyko zaostrzeń, mniej symptomów, łagodne objawy (CAT < 10), niewielka duszność (mMRC ≤ 1), łagodna bądź umiarkowana obturacja oskrzeli (FEV1 ≥ 50% wn.), możliwe najwyżej 1 zaostrzenie w ciągu ostatnich 12 miesięcy
Kategoria B	Niskie ryzyko zaostrzenia, więcej objawów, nasilona duszność (mMRC ≤ 1) lub łagodne objawy (CAT < 10), łagodna i umiarkowana obturacja oskrzeli (FEV1 ≥ 50% wn.), możliwe najwyżej 1 zaostrzenie w ciągu ostatnich 12 miesięcy
Kategoria C	Wysokie ryzyko zaostrzenia z łagodnymi objawami choroby, niewielka duszność (mMRC ≤ 1) lub łagodne objawy choroby (CAT < 10), ciężka obturacja oskrzeli (FEV1 < 50% wn.), więcej niż 2 zaostrzenia w ciągu ostatnich 12 miesięcy, co najmniej 1 hospitalizacja z powodu zaostrzenia
Kategoria D	Wysokie ryzyko zaostrzenia z nasilonymi objawami choroby, nasilona duszność (mMRC ≥ 2) lub nasilone objawy (CAT ≥ 10), ciężka i bardzo ciężka obturacja oskrzeli (FEV1 < 50% wn.), więcej niż 2 zaostrzenia w ciągu ostatnich 12 miesięcy, co najmniej 1 hospitalizacja z powodu zaostrzenia

Źródło: opracowanie własne na podstawie GOLD 2014



Rycina 1. Kategoryzacja chorych na POChP uwzględniająca nasilenie objawów choroby (CAT) lub nasilenie duszności (mMRC), stopień obturacji oskrzeli oraz liczbę zaostrzeń w ciągu ostatnich 12 miesięcy [18]

5. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych na POChP

„Jakość życia” jest pojęciem wielowymiarowym i do tej pory nie zdefiniowano go jednoznacznie. Problem ze sformułowaniem wyczerpującej definicji związany jest z tym, że to pojęcie subiektywne, w dużej mierze zdeterminowane przez indywidualne potrzeby, przekonania, wartości i postawy, a poza tym jest wartością zmieniającą się w czasie [20]. Najpełniej różnice te oddaje Meyza [21], mówiąc, iż: „dla lekarza dobra jakość życia oznacza stan bez choroby, dla filozofa jest to stan szczęśliwości, dla biologa oznacza samospelnienie i utrzymanie gatunku, a dla chorego to stan, w którym może realizować cele swojego życia”.

Pierwsze definicje „jakości życia” pojawiły się już w starożytności. Platon zdefiniował „jakość” jako „pewien stopień doskonałości”. Hipokrates zaś uznał ją za cel praktyk medycznych, a zdrowie definiował jako wewnętrzną równowagę między środowiskiem stałym, płynnym oraz psychiką. Uznał, że każdy człowiek ma wpływ na kształtowanie swojego życia i zdrowia [22].

Wzmoczone zainteresowanie tematyką jakości przyniósł wiek XX. Najistotniejsze badania nad tym zagadnieniem miały miejsce w Stanach Zjednoczonych [22]. W latach 40. XX w. w amerykańskim piśmiennictwie medycznym pojawiło się określenie „jakości życia” [23]. Ówczesne definicje koncentrowały się na jakości życia związanej z konsumpcjonizmem. Uważano, że im wyższy stopień spełniania potrzeb, tym lepsza jakość życia [24]. Na rozszerzenie definicji „jakości życia” największy wpływ wywarła opublikowana w 1947 r. przez WHO definicja „zdrowia”. Od tego czasu datuje się wzmożone zainteresowanie tym pojęciem. Wraz z rozwojem badań nad jakością życia również zakres definicji ulegał poszerzeniu o nowe elementy: satysfakcję z życia, szczęście, zdrowie, emocje, wykształcenie [22]. W naukach medycznych szczególne zainteresowanie jakością życia widoczne jest od lat 70. XX w. Rozpoczęto wtedy badania w kontekście somatycznych, psychicznych i społecznych ocen stanów

chorobowych oraz interwencji personelu medycznego w takich dziedzinach jak: onkologia, interna, reumatologia, gerontologia czy psychiatria [25].

Zgodnie z definicją WHO jakość życia to indywidualna percepcja postrzegania przez jednostkę pozycji życiowej w odniesieniu do kręgu kultury i systemu wartości – przy uwzględnieniu jej własnych aspiracji, pragnień, zainteresowań i standardów [26, 27].

Najważniejszym czynnikiem, który determinuje jakość życia, jest stan zdrowia, dlatego wyróżnia się jakość życia niezależną od stanu zdrowia (NHRQoL – *Nonhealth Related Quality of Life*) oraz jakość życia zależną od stanu zdrowia (HRQoL – *Health Related Quality of Life*). Nauki medyczne częściej posługują się pojęciem jakości życia zależnej od stanu zdrowia [28, 29].

Pierwszym badaczem, który zdefiniował jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia, był Schipper [30]. Została ona określona jako funkcjonalny afekt choroby i jej leczenia odbierany przez pacjenta [31]. Z kolei Ebrahim [32] stwierdził, że jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia jest wyznaczona długością życia i modyfikowana przez niepełnosprawność fizyczną, ograniczenia funkcjonalne, sposób ich postrzegania i możliwość aktywności społecznej. Wegner i wsp. [33] wyróżnili trzy aspekty jakości życia: zdolność do aktywnego uczestniczenia w codziennym życiu, odczucia chorego dotyczące jego stanu zdrowia, dobrostanu i satysfakcji z życia, objawy i ich następstwa, podlegające ocenie w szczegółowych skalach jakości [34].

W Polsce oceną jakości życia zajmowali się m.in.: Majkowicz, de Walden-Gałuszko, Leppert. De Walden-Gałuszko [35] definiuje „jakość życia” jako obraz własnego położenia życiowego w pewnym okresie. To ocena jakiegoś okresu życia pomiędzy podmiotem a środowiskiem. Człowiek dokonuje oceny jakości życia poprzez porównanie ze standardem zbudowanym na podstawie własnych doświadczeń lub systemu wartości przez porównanie z sytuacją innych osób. Inną definicję podaje Ratajczak [za: 36] i zwraca uwagę na obiektywne i subiek-

tywne kryteria jakości życia. Określenie jakości życia według kryterium obiektywnego możliwe jest poprzez określenie stosunku do jej potrzeb i stanów zasobów otoczenia, pozwalającego na ich zaspokojenie, natomiast kryterium subiektywne mówi, że o poziomie jakości życia świadczą stany psychiczne, które towarzyszą w procesie zaspokajania potrzeb. Leppert [20] definiuje „jakość życia” jako samopoczucie chorych w kontekście objawów choroby, skuteczności leczenia i działań niepożądanych, funkcjonowania fizycznego, sytuacji psychologicznej, społecznej i duchowej pacjentów. Majkowicz [37] – podobnie jak Ratajczak – zwraca uwagę na subiektywne i obiektywne aspekty jakości życia. Liczne prace i doświadczenia życiowe wskazują, że między tymi wskaźnikami nie istnieje prosty związek. Analizę tych związków można w pewnym uproszczeniu pokazać w postaci 4-polowej tablicy, przedstawionej w tabeli nr 3.

Tabela 3. Subiektywne i obiektywne aspekty jakości życia

Obiektywne warunki życia	Ocena subiektywna jakości życia	
	Pozytywne	Negatywne
Korzystne	A (+ + uzasadnione zadowolenie)	B (+ - dylemat niezadowolenia)
Niekorzystne	C (- + paradoks zadowolenia)	D (- - uzasadnione niezadowolenie)

Źródło: Majkowicz, Zdun-Ryżewska 2009 [37]

Osoby w grupie A żyją w obiektywnie dobrych warunkach i subiektywnie spostrzegają swoje życie jako szczęśliwe i o wysokiej jakości. Do pola B należą osoby, które są w dobrej sytuacji życiowej, a mimo to jakość życia oceniają jako niską. W polu C osoby znajdują się w obiektywnie niekorzystnej sytuacji (np. pogarszający się stan zdrowia), jednak swoją jakość życia oceniają wysoko. W kategorii D osoby znajdują się w trudnej sytuacji życiowej, jakość życia oceniają także jako niską [37].

W ocenie klinicznej do pomiarów jakości życia wykorzystuje się kwestionariusze ogólne oraz specyficzne [38]. Kwestionariusze pierwszego typu stosuje się w różnych jednostkach chorobowych, natomiast drugiego – w przypadku konkretnych jednostek chorobowych i grup pacjentów [38, 39].

Analiza jakości życia ma zasadnicze znaczenie w chorobach przewlekłych, ponieważ choroby te wpływają na wszystkie wymiary życia człowieka, doprowadzając do wielu ograniczeń i radykalnych zmian [29]. W chorobach przewlekłych nie zawsze można oczekiwać pełnego wyleczenia, a sukces terapeutyczny może sprowadzać się do przedłużenia życia i poprawy jego komfortu [29, 40]. Oznacza to konieczność ujęcia jakości życia z punktu widzenia chorego i uwzględnienia jego sprawności fizjologicznej, psychologicznej, socjalnej [41]. Zastosowane leczenie powinno mieć na celu przede wszystkim dobrą kontrolę objawów i zwiększenie zadowolenia z życia [42].

Do głównych problemów medycznych chorych na POChP należy duszność. Ze względu na nią chorzy często zaprzestają wykonywania czynności, które powodują dyskomfort i przykre dolegliwości. Niejednokrotnie zdarza się, że rezygnują z wychodzenia z domu, a także z wielu codziennych czynności [29]. Kolejnym problemem tej grupy chorych jest kaszel, najczęściej przewlekły, z trudną do odkrztuszenia wydzieliną. Co więcej, chorzy z kaszlem spostrzegani są w społeczeństwie jako potencjalnie zakaźni. Pacjenci uskarżają się również na bóle w klatce piersiowej, a także na współwystępowanie innych chorób: zapalenia płuc, nowotworów, chorób sercowo-naczyniowych [43]. U pacjentów w zaawansowanym stopniu choroby występuje niewydolność oddechowa. POChP powoduje wiele następstw natury biologicznej, psychologicznej i społecznej. Choroba ta obniża jakość życia w znaczny sposób – w porównaniu z populacją ogólną. Osoby z zaawansowanymi stadiami choroby są najczęściej w złym stanie fizycznym i psychicznym. Często występuje u nich podwyższony poziom lęku, depresja, niska samocena, brak wiary w skuteczność leczenia [44]. Na spadek jakości życia w tej grupie chorych wpływają

także nawracające zaostrzenia choroby, które zmuszają chorych do korzystania z częstej pomocy lekarskiej i zmiany dotychczasowego stylu życia [6].

Badania dowodzą, że jakość życia chorych na POChP jest niższa niż w populacji osób zdrowych, ale poglądy na temat przyczyn obniżenia tego stanu są zróżnicowane [45]. Czas palenia papierosów jest ważniejszym czynnikiem wpływającym na jakość życia niż kontynuowanie palenia pomimo stwierdzenia choroby [38]. Prigatano [46] stwierdził, że jakość życia jest bardziej obniżona u tych, którzy kontynuują palenie, niezależnie od wieku i wartości spirometrycznych. W badaniach Sans-Torres i wsp. [47] udowodniono, że jakość życia zależna jest od stopnia obturacji oskrzeli, wydolności wysiłkowej i nasilenia duszności. Wpływ czynników socjologiczno-demograficznych (wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie, dochód itp.) rzadko jest przedmiotem badań. Wśród dotychczas opublikowanych prac można spotkać spreczne opinie. Niektórzy autorzy [np. 47] potwierdzają wpływ czynników socjologiczno-demograficznych na jakość życia chorych z POChP, podczas gdy inni go negują [np. 48].

U chorych na POChP istotne jest nie tylko łagodzenie objawów, zapobieganie zaostrzeniom, zmniejszanie śmiertelności, spowalnianie postępu choroby, lecz także poprawa ogólnego stanu zdrowia, nastroju i zapewnienie maksymalnie długo sprawności psychofizycznej oraz aktywności zawodowej. Badania jakości życia chorych na POChP są cennym uzupełnieniem oceny stanu klinicznego, efektów leczenia, efektów programów edukacyjnych czy akceptacji sposobów leczenia [38].

Do najczęściej wykorzystywanych metod oceny jakości życia chorych na POChP należą następujące kwestionariusze:

I. ogólne, jak np.:

- Profil Wpływu Choroby (*Sickness Impact Profile*, SIP);
- Kwestionariusz Jakości Dobrostanu (*Quality of Well-Being*);
- Profil Zdrowia Nottingham (*Nottingham Health Profile*);

- Skrócony Formularz Mos SF-36);
- Kwestionariusz Wskaźników Zdrowia *MC Master Health Index Questionnaire*).

II. swoiste, jak np.:

- Kwestionariusz Przewlekłych Chorób Płuc (*Chronic Respiratory Disease Questionnaire*);
- Kwestionariusz Szpitala Świętego Jerzego (*St. George's Questionnaire*, SGRQ);
- Kwestionariusz Jakości Życia w Chorobach Układu Oddechowego (*Quality of life Questionnaire for Respiratory Illness*);
- Kwestionariusz Duszności i Stanu Czynnościowego Płuc (*Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire*, PFSDQ);
- Kwestionariusz Duszności (*Shortness of Breath Questionnaire*, SOBQ);
- Test CAT (*COPD Assessment Test*).

6. Wybrane psychologiczne aspekty chorób przewlekłych z uwzględnieniem POChP

Doświadczenie choroby przewlekłej układu oddechowego wiąże się ze szczególnym wymiarem cierpienia fizycznego, nie można jednak zapominać, że szereg dolegliwości współwystępujących z chorobami płuc stanowią problemy psychiczne [49]. Istotny wpływ na życie chorych z POChP i ich codzienną aktywność mają także czynniki psychologiczne jak: depresja, percepcja choroby, lęk, akceptacja choroby [50].

W opinii chorych na POChP szczególnie dokuczliwym symptomem choroby są zaostrzenia, które u wielu osób wywołują lęk i stres [51]. Schorzenia układu oddechowego utrudniają pełnienie przez chorych szeregu dotychczasowych ról i przyczyniają się do wzrostu społecznej izolacji [52]. Nieodwracalny na ogół charakter chorób płuc u wielu chorych wywołuje bezradność [49].

U chorych na POChP obserwuje się także spowolnienie psychoruchowe i pogorszenie funkcji poznawczych [53, 54]. Niewydolność oddechowa może być przyczyną zaburzonej czynności mózgowej i deficytów neuropsychologicznych prowadzących do zaburzeń funkcji poznawczych i otępienia [53]. Opublikowane dotychczas badania wskazują, że stopień ciężkości POChP może mieć istotny wpływ na funkcje poznawcze chorych [55, 56]. Wyniki pracy Lieskera i wsp. [57] wskazują, że nawet chorzy na POChP bez hipoksemii wykazują zaburzenia funkcji kognitywnych. Obniżenie sprawności poznawczej może dotyczyć nawet 22% pacjentów z ustabilizowaną POChP i 43% chorych, którzy doświadczyli zaostrzeń. Klinicznie stwierdza się m.in. pogorszenie koordynacji wzrokowo-ruchowej, płynności słownej, pamięci wzrokowej, słuchowej, operacyjnej, myślenia abstrakcyjnego, wyobraźni przestrzennej i koncentracji uwagi [54].

Dobrze udokumentowane naukowo jest współwystępowanie chorób układu oddechowego oraz zaburzeń lękowych i depresyjnych. Badania wykazały, że objawy te są rozpowszechnione u chorych na POChP. Szacuje się, że objawy depresyjne dotyczą ok. 10–42% pacjentów.

W metaanalizach wykazano, że częstość występowania objawów depresyjnych jest dwa razy większa u chorych na POChP niż wśród osób zdrowych [50, 58].

Istotnym problemem u chorych na POChP są także zaburzenia lękowe. Wykazano, że zaburzenia te mogą dotyczyć nawet 40% chorych na POChP [59]. Niektórzy autorzy sugerują, że dane dotyczące występowania zaburzeń lękowych u chorych na POChP są niedoszacowane. Wielu pacjentów pulmonologicznych zażywa leki, które mają działanie przeciwlękowe, co sprawia, że niemożliwy jest pomiar rzeczywistego lęku [60]. Potoczek i wsp. [61] stwierdzili u chorych na ciężką i bardzo ciężką odmianę POChP występowanie zaburzeń lękowych lęku napadowego u 44,4% pacjentów, a depresji u 40%. Dodatkowo wykazali, że objawy lękowe występują jako pierwsze, a objawy depresyjne pojawiają się w późniejszym okresie choroby. Badania sugerują, że depresja jest lepiej rozpoznawana przez lekarzy u chorych na POChP niż zaburzenia lękowe [59].

6.1. Akceptacja choroby

Jak już zauważono wcześniej, osoba zmagająca się z chorobą przewlekłą doświadcza wielu negatywnych emocji, trudności i ograniczeń. Ważnym elementem w procesie przystosowania się do życia z chorobą jest jej akceptacja [62].

W potocznym znaczeniu termin „akceptacja” oznacza przystosowanie, proces dostosowywania się do otoczenia, środowiska, przyjęcie jakiegoś sądu, opinii. Pojęcie to oznacza także wyrażenie zgody na coś. Samoakceptacja wiąże się z zaakceptowaniem samego siebie, takim, jakim się jest [63]. Akceptacja stanowi również szczególny rodzaj sytuacji stresowej – wpływa w sposób pośredni na stan psychiczny i funkcjonalny człowieka. Choroba przewlekła, a więc i POChP, zawiera wszystkie elementy stresora psychicznego – posiada czynnik zagrożenia biologicznego i psychospołecznego, zakłóca realizację celów życiowych, uniemożliwia zaspokajanie potrzeb jednostki [64]. W obliczu zagrożenia chory posługuje się różnymi mechanizmami

adaptacyjnymi, które pomagają w podtrzymywaniu równowagi psychicznej. Taylor [65] opisuje trzy kategorie mechanizmów adaptacji do sytuacji choroby, do których należą:

- poszukiwanie znaczenia i pozytywnego sensu wydarzeń, w tym reinterpretacja oceny własnego życia i perspektywy aktualnych doświadczeń;
- wysiłki zmierzające do uzyskania kontroli nad sytuacją i poczucia osobistego wpływu;
- odzyskanie pozytywnej samooceny i poczucia własnej wartości.

Poszukiwaniu sensu i znaczenia choroby sprzyja przekonanie, że posiada się wpływ na zdarzenia życiowe, a więc kontrolę nad życiem [62]. Innym wskaźnikiem adaptacji do choroby jest traktowanie jej jako wyzwanie i podjęcie trudu zmagania się z nim. Pacjenci, którzy traktują chorobę w ten sposób, potrafią odnaleźć sens i znaczenie cierpienia. Brak tego stanu powoduje poważne trudności adaptacyjne. W konsekwencji utrwała się bezradność, obniża się samoocena, zachwianiu ulega poczucie własnej wartości [62].

Akceptacja roli chorego dokonuje się w dwóch płaszczyznach: płaszczyźnie emocji oraz poznawczo-behawioralnej. To działanie nastawione na przywracanie samemu sobie dobrego samopoczucia [66], jego celem jest uzyskanie równowagi funkcjonalnej i emocjonalnej oraz poczucia kontroli nad własnym życiem [64].

Poziom akceptacji choroby istotnie wpływa na przystosowanie się do ograniczeń narzucanych przez chorobę, zależności od innych oraz poczucie własnej wartości. Akceptacja choroby stwarza poczucie bezpieczeństwa oraz zmniejsza nasilenie negatywnych reakcji i emocji związanych z zachorowaniem. Im większa akceptacja choroby, tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego [67].

Wrześniewski [68], zajmując się problemem ustosunkowania się do własnej choroby (akceptacji lub braku akceptacji), posługuje się terminem „postawa wobec choroby”, który rozumie jako „stosunek pacjenta do faktu zachorowania i sytuacji związanych z leczeniem i rehabilitacją”. Zdaniem tego autora postawa wobec choroby ma trzy komponenty: poznawczy,

emocjonalny oraz motywacyjny. W skład komponentu poznawczego wchodzi informacje o przyczynach choroby, wyobrażenia dotyczące przyszłości, pracy zawodowej, rodziny, personelu medycznego itp. Komponent emocjonalny obejmuje stany przeżywane przez chorego w związku z zachorowaniem, zaś komponent motywacyjny to dążenia, zamiary, dyspozycje do określonych zachowań w sytuacji choroby. Wrześniewski [68] zweryfikował swoją koncepcję na populacji pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. Wśród tej grupy istnieją trzy typy postawy wobec choroby: postawa sprzyjająca procesowi leczenia i rehabilitacji, niekorzystna dla przebiegu leczenia i rehabilitacji, a także ambiwalentna.

Najbardziej pożądaną postawą jest „adekwatna do stanu chorobowego”, ponieważ pacjent w racjonalny sposób reaguje na chorobę oraz związane z tym wymogi dotyczące procesu leczenia i opieki [69].

Akceptację choroby można potraktować także jako wyraz siły osoby, która przyjmuje i godzi się z tym, na co nie ma wpływu, co pomaga jej funkcjonować w chorobie. Świadomość własnych możliwości oraz ograniczeń pozwala dostosować działania do indywidualnych możliwości [70].

6.2. Percepcja choroby

Postrzeganie choroby (obraz własnej choroby, poznawcza reprezentacja choroby, *illness perception*) jest konstruktem umysłowym, który kształtuje się w sposób bardzo indywidualny [71]. Na podstawie funkcji percepcyjnych tworzona jest umysłowa reprezentacja choroby (schemat). Stanowi ona zsumowanie reakcji emocjonalnych, odczuć pacjenta związanych z chorobą. W strukturze schematu choroby wyróżnić można element wiedzy obiektywnej, opierający się zazwyczaj na informacjach uzyskanych przez zapoznanie się z rozpoznaniem lekarskim, oraz element subiektywny, stanowiący tzw. „samorozpoznanie” pacjenta, jego własną operacjonalizację doświadczanych trudności somatycznych oraz ich kontekst [72].

Współcześni badacze odwołują się w swoich pracach do koncepcji postaw wobec choroby. Leventhal [73] stworzył model samoregulacji w obliczu choroby i zdrowia (*the common-sense model of self-regulation of health and illness*). W modelu tym choroba widziana jest przez pryzmat rozumienia jej i odczuwania objawów przez pacjenta. Podejście takie pomaga osobom nadać sens chorobie, a także wypracować własne metody radzenia sobie z nią [74]. Zgodnie z poglądami Leventhala ludzie najczęściej tworzą poznawczą reprezentację swoich trudności zdrowotnych na podstawie pięciu cech:

- przyczyn – przekonania na temat czynników odpowiedzialnych za pojawienie się choroby;
- konsekwencji – przekonania na temat wpływu choroby na jakość życia, codzienne funkcjonowanie i sprawność;
- tożsamości – przekonania na temat tego, czym jest dana choroba oraz jakie wiążą się z nią objawy;
- przebiegu choroby – oczekiwania dotyczące sposobu, w jaki choroba będzie przebiegać, i jaki będzie czas jej trwania;
- możliwości wyleczenia/kontroli choroby.

Podobne elementy poznawczej reprezentacji choroby uwzględnili Becker i Maiman [75]. Wymienili cztery czynniki:

- przekonania na temat powagi choroby (liczba i ciężkość objawów);
- przekonania na temat własnej podatności na komplikacje wynikające z przebiegu choroby;
- przekonania na temat korzyści z podjętego leczenia;
- przekonania na temat barier i negatywnych konsekwencji związanych z leczeniem (bariery w leczeniu).

Jednym z pierwszych autorów, którzy w polskiej psychologii zwrócili uwagę na obraz własnej choroby, był Kulczycki [76]. Wprowadził termin „konceptja własnej choroby”, na który składają się przekonania i wyobrażenia pacjenta na temat tego, czym dana choroba jest,

jak powstała i jaki będzie jej dalszy przebieg. Inaczej obraz choroby widzi Heszen-Klemens [77]. Według tej autorki obraz choroby to złożony, dynamiczny (zmieniający się w czasie) schemat, stanowiący „poznawczą reprezentację choroby”.

Istotne są dwa elementy: obraz stanu aktualnego i przewidywania na temat trwałych następstw choroby [78]. Choroba może przyjmować różne emocjonalne znaczenia. Zdaniem Lipowskiego [79] choroba może być postrzegana jako przeszkoda, strata, ulga, korzyść, wartość. Kategorie te są powiązane z doświadczeniami osobistymi, poziomem wiedzy, środowiskiem, a także przekonaniami osób chorych. Autor zauważa również, że sposób oceny sytuacji choroby decyduje o sposobie adaptacji do niej. Zwraca on również uwagę, że w sytuacji choroby uaktywnia się nie jedna, ale kilka kategorii oceny poznawczej. U chorego mogą wystąpić np. sprzeczne kategorie oceny choroby (choroba jako zagrożenie i jako korzyść). Odzwierciedla to wieloaspektowość sytuacji choroby i sposobów percepcji [80]. Percepcja objawów zawsze ma charakter całościowy. Pacjent nie postrzega ich w postaci oderwanych od siebie informacji, lecz włącza w schematy posiadanej już wiedzy i poglądów na temat danej choroby [78].

W badaniach nad percepcją choroby duże znaczenie ma stan emocjonalny pacjenta. Decyduje on o odbiorze schematów poznawczych i może wpływać na ewentualne zniekształcenia. Istotną rolę odgrywa także osobowość chorego. Niektóre cechy, jak np. neurotyzm i związany z nim podwyższony poziom lęku, mogą sprzyjać nadmiernej koncentracji na negatywnych aspektach związanych z chorobą [81].

Na podstawie obrazu choroby można szacunkowo określić jej wpływ na dalsze funkcjonowanie pacjenta. Można też do pewnego stopnia modyfikować niekorzystne przekonania na temat choroby, zwiększając w ten sposób szanse na poprawę jakości życia. Silne przekonanie o wyleczeniu i kontrolowaniu choroby wiąże się z przewidywaniem krótkiego czasu jej

trwania i mniejszych konsekwencji. Z kolei przeświadczenie o przewlekłym charakterze choroby często wiąże się z postrzeganiem jej konsekwencji jako ciężkich i mniejszą nadzieją na wyleczenie [71].

Z dotychczasowych badań dotyczących percepcji choroby u chorych na POChP wynika, że u znacznej części występuje negatywne postrzeganie choroby [82]. Głównymi wskaźnikami negatywnego postrzegania choroby są: płeć żeńska, starszy wiek, niski status ekonomiczny, wysoka liczba hospitalizacji. Badania, które przeprowadzili Mitković i wsp., wykazały, że dobre relacje rodzinne wiążą się zarówno z pozytywnym, jak i negatywnym postrzeganiem choroby. Z przeprowadzonego przez Padilhę [83] systematycznego przeglądu literatury za lata 2004–2009 wynika, że negatywne postrzeganie choroby u chorych na POChP i związany z tym brak kontroli nad jej przebiegiem wiąże się ze zmniejszoną jakością życia, budzi niepokój, prowadzi do izolacji społecznej, a także powoduje stany depresyjne.

6.3. Choroba jako źródło stresu. Stres i strategie radzenia sobie ze stresem u chorych na POChP

Choroba przewlekła wpływa na życie chorego i staje się jego stałym elementem. Powoduje cierpienie, długotrwały dyskomfort, izolację społeczną, a nawet przemiany osobowości [22]. Istotną kwestią jest także coraz powszechniejsza dehumanizacja medycyny (aparatura medyczna, brak właściwych relacji lekarz – pacjent). Choroba przewlekła jest więc złożoną sytuacją, trudną pod względem poznawczym, emocjonalnym, społecznym i egzystencjalnym. Często przekracza możliwości adaptacyjne chorego, gdyż zagraża całemu dobrostanowi i życiu człowieka [84]. Biorąc pod uwagę te czynniki, choroba dla wielu pacjentów staje się źródłem stresu. Między chorobą a stresem istnieją dwojakie związki: stres może być czynnikiem choroby, może przyczyniać się do jej rozwoju lub rozpoczęty już proces chorobowy może być istotnym czynnikiem stresu [85].

Choroba przewlekła może być stresorem chronicznym (aspekt czasowy), krytycznym wydarzeniem życiowym (kryterium intensywności) oraz uciążliwością zdrowotną (źródło stresu). W literaturze najczęściej definiuje się chorobę przewlekłą jako krytyczne wydarzenie życiowe, podobne do wielu innych krytycznych wydarzeń, takich jak: śmierć bliskiej osoby, utrata pracy czy rozwód [86]. Jednocześnie podkreśla się odmiennność stresu związanego z chorobą przewlekłą od innych stresujących wydarzeń. Zdaniem Leventhala [86]:

- choroba jest stresorem uniwersalnym (w założeniu każdy człowiek zachoruje przynajmniej na jedną chorobę);
- choroba przyczynia się do szybkiego wyczerpania posiadanych zasobów;
- choroba najczęściej nie pojawia się nagle, tylko rozwija się w organizmie w niedostrzegalny sposób;
- sposoby radzenia sobie z chorobą bywają równie stresujące jak sama choroba;
- choroby przewlekłe przyczyniają się do stanu długotrwałego napięcia emocjonalnego, poczucia zagrożenia, niepewności;
- choroba przewlekła funkcjonuje w ramach określonego kontekstu instytucjonalnego i kulturowego. Powoduje to, że z jednej strony może stać się źródłem dodatkowych obciążeń dla osoby chorej, z drugiej – może pomóc radzić sobie z wymaganiami, jakie niesie choroba.

Stres jest terminem stosowanym zarówno w naukach medycznych, jak i psychologicznych. Uważa się, że jest on jednym z najbardziej rozpowszechnionych czynników patogennych. Pierwsze prace dotyczące wpływu stresu na zdrowie dotyczyły problemów przystosowawczych ludzi w czasie II wojny światowej [87].

Ogólnie badania nad stresem można podzielić na teorie biologiczne i teorie psychologiczne. Największy wkład w badania biologiczne nad stresem wniósł endokrynolog Selye [88]. Według tego badacza stres to „stan organizmu po zadziałaniu prowokujących bodźców (stresorów)”. Stresorami mogą być różne czynniki, a do jednego z nich należy choroba. O reakcji

organizmu decyduje siła bodźca (wymagania), a nie jego rodzaj czy znak. W wyniku działania stresorów powstają różnorodne zmiany w organizmie: zmniejszenie i zanik grasicy, zanikanie węzłów chłonnych, owrzodzenia układu pokarmowego, wytwarzanie cukru, hamowanie reakcji zapalnych itp. Zmiany te – według Selyego – mają dwojaki charakter przystosowawczy:

- lokalny zespół adaptacyjny – obejmujący specyficzne zmiany zachodzące w miejscu występowania stresora;
- ogólny zespół adaptacyjny – obejmujący zmiany niespecyficzne, uogólnione.

Istotą stresu – według Selyego – jest więc ogólny zespół adaptacyjny (*General Adaptation Syndrom*, GAS). Tak rozumiana reakcja stresu rozwija się przez trzy fazy: reakcji alarmowej („walcz lub uciekaj” – mobilizacja sił obronnych organizmu), fazy odporności (względna adaptacja), fazy wyczerpania (załamanie odporności na stresor). W wyniku długotrwałych zmian dochodzi do supresji układu immunologicznego i załamania jego wydolności [89].

W psychologicznych koncepcjach stresu wyróżnić możemy trzy nurty [85]:

1. stres jako bodziec sytuacji lub wydarzenie zewnętrzne o określonych właściwościach;
2. stres jako reakcja wewnętrzna człowieka, zwłaszcza reakcje emocjonalne, doświadczane wewnętrznie w postaci określonego przeżycia;
3. stres jako relacja między czynnikami zewnętrznymi a właściwościami człowieka.

Aktualnie na uwagę zasługuje ostatni z tych nurtów, mimo iż w naukach medycznych ciągle popularny jest nurt dotyczący reakcji wewnętrznych. Wielu psychologów uważa, że istotą stresu jest określone znaczenie, jakie człowiek przypisuje bodźcowi (sytuacji), w odróżnieniu od reakcji, które powstają jako automatyczna odpowiedź organizmu na działanie bodźców szkodliwych biologicznie [85]. Niepowodzenia w zakresie jednostronnych definicji stresu doprowadziły do stworzenia ujęcia relacyjnego.

Jedną z najczęściej cytowanych w literaturze światowej koncepcji stresu jest poznawczo-transakcyjny paradygmat stresu Lazarusa i Folkman [90]. Według autorów transakcja

z otoczeniem podlega ocenie poznawczej podmiotu, mającej charakter ciągłego procesu (ocena pierwotna). Proces oceniania dotyczy najczęściej tych elementów relacji z otoczeniem, które są ważne dla dobrobytu jednostki. Relacja może być oceniana jako: niemająca znaczenia, pozytywna lub stresująca. Zdaniem badaczy stres to „określona relacja osoby z otoczeniem, oceniana przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi”. Transakcja może być ujmowana w ocenie pierwotnej jako krzywda/strata, zagrożenie lub wyzwanie. Jeśli w wyniku oceny pierwotnej nastąpi uznanie relacji za stresową, następuje kolejny proces poznawczy – ocena wtórna oznaczająca podjęcie działania, by usunąć przyczynę stresu lub złagodzić jego skutki [85].

Często cytowaną w literaturze koncepcją stresu jest teoria zachowania zasobów Hobfolla [91, 92]. Zgodnie z nią zjawisko stresu dotyczy nie tylko jednostki, ale także rodziny czy grupy społecznej. Celem aktywności ludzkiej jest utrzymywanie i ochrona cenionych zasobów. Są one definiowane jako warunki, przedmioty, własności osobiste i formy energii, które albo same są wartościowe dla przeżycia, albo służą jako środek do osiągnięcia obiektów mających te właściwości [85]. Rozpoznanie stresu może nastąpić, gdy zachodzą obiektywne okoliczności: faktyczna utrata zasobów, zagrożenie utraty zasobów lub brak zysków. Wobec powyższego stres to wewnętrzny stan jednostki, który zdeterminowany jest przez percepcję tych okoliczności. Gospodarka zasobami obejmuje dwa cykle: strat i zysków. Zarówno zyski, jak i straty mają tendencję do powiększania się. W konsekwencji wzbudzana jest tzw. spirala strat i zysków. Niemniej utrata zasobów jest bardziej odczuwana przez jednostkę, gdyż człowiek w pierwszej kolejności stara się zachować zasoby, a dopiero później kieruje działania na osiągnięcie zysków. Teoria Hobfolla znalazła zastosowanie w psychologii zdrowia, zwłaszcza gdy przedmiotem zainteresowania badaczy są negatywne skutki stresu i sposoby radzenia sobie z nim. W tym ujęciu chorobę można rozpatrywać jako skutek wyczerpania zasobów odpornościowych [84, 85].

Interesująca jest koncepcja salutogentyczna Antonovsky'ego [93, 94]. Teoria zakłada, iż brak homeostazy i uporządkowania jest stanem normalnym dla ludzi (kontinuum zdrowie – choroba). Autor duże znaczenie przywiązuje do tzw. zasobów odpornościowych człowieka. Zasoby to wszelkie fizyczne, materialne, poznawczo-emocjonalne postawy oraz relacje interpersonalne, które umożliwiają skuteczne przezwyciężanie lub unikanie różnych stresorów. Czynnikiem, który ułatwia utrzymanie zdrowia, jest poczucie koherencji. Jest ono tym silniejsze, im większe są ogólne zasoby odpornościowe wpływające na spójne i korzystne doświadczenie życiowe. Silne poczucie koherencji powoduje, że gdy zajdzie potrzeba, jednostka zobilizuje ogólne rezerwy odpornościowe, które nie dopuszczają do stresu [89].

Wśród polskich autorów zajmujących się teoriami stresu można przede wszystkim wymienić Tomaszewskiego [95], który stworzył koncepcję sytuacji trudnej. W tego rodzaju sytuacji zachodzi rozbieżność pomiędzy potrzebami lub zadaniami człowieka a możliwością zaspokojenia tych potrzeb lub wykonania zadań. Sytuacja trudna wystąpić może w zadaniach ponad siły, konfliktach, przeszkodach, zadaniach o zmiennej i niezrozumiałej strukturze, nadając im status stresu psychologicznego. Z kolei Reykowski [96] uważa, że czynnikami, które odpowiadają za stres psychologiczny, są docierające do podmiotu informacje typu: zadanie, trudność i porażka, które obciążają system regulacji. Porażki, zakłócenia, zagrożenia obciążają system regulacji, zmuszając go do dodatkowej aktywności oraz reorganizacji wcześniej utworzonego porządku, przez co zapowiadają możliwość deprywacji lub straty. Korzystając z teorii Lazarusa i koncepcji wypalenia zawodowego Bryanta, Sęk [97] skonstruowała pomostowy model poznawczo-kompetencyjny. Zgodnie z tym modelem wypalenie zawodowe nie jest bezpośrednią konsekwencją stresu chronicznego, ale stresu, któremu podmiot nie przeciwstawił się skutecznie.

Znacznie większe zainteresowanie badaczy budzi nie tyle sama problematyka stresu, co sposoby radzenia sobie z nim [98]. W ujęciu poznawczo-transakcyjnym radzenie sobie ze stresem to „stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki mające na celu uporanie się z określonymi zewnętrznymi i wewnętrznymi wymaganiami, ocenianymi przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby” [85]. Zatem większa jest tu rola przypisana jednostce niż otoczeniu.

Lazarus i Folkman [90] wskazują na dwie funkcje radzenia sobie ze stresem: instrumentalną, która zorientowana jest na problemie, oraz regulacyjną, powiązaną ze strategiami radzenia sobie, skoncentrowanymi na emocjach. Pierwsza funkcja pomaga opanować stresor, druga kontroluje emocje z nim związane [98]. W ujęciu Lazarusa i Folkman [90] radzenie sobie ze stresem jest procesem. Inni autorzy rozpatrują ten temat w kategoriach ogólnej dyspozycji, czyli stylu radzenia sobie. Miller [99] wyróżnia dwa wymiary radzenia sobie oparte na informacjach: tendencję do poszukiwania informacji (styl konfrontacyjny) i tendencję do unikania informacji (styl unikowy). Z kolei Endler i Parker [100], nawiązując do teorii Lazarusa i Folkman, wyróżniają trzy style radzenia sobie: skoncentrowany na zadaniu, skoncentrowany na emocjach oraz unikanie. Schwarzer i Taubert [101] – w klasyfikacji stylów radzenia sobie – uwzględnili kontekst czasowy i wyróżnili ich cztery rodzaje: radzenie sobie reaktywne (kompensacja krzywdy/straty), radzenie sobie antycypacyjne (ukierunkowanie na przyszłość), radzenie sobie prewencyjne (zmniejszenie skutków przyszłych wydarzeń), radzenie sobie proaktywne (gromadzenie zasobów, które ułatwią wykorzystanie przyszłych szans).

Szczególną rolę przypisuje się prewencyjnemu i proaktywnemu radzeniu sobie. Prewencyjne radzenie sobie dotyczyć może np. powiększania zasobów zdrowotnych w celu minimalizacji choroby. Proaktywne radzenie sobie nastawione jest również na motywowanie ludzi do stawiania sobie ambitnych celów i polepszania własnego życia [98].

6.4. Emocjonalne reakcje na chorobę przewlekłą

Wpływ czynników psychicznych i emocjonalnych na zdrowie somatyczne skupia się wokół trzech aspektów relacji między doświadczeniem emocjonalnym a chorobą [102]:

- perspektywy przyczyn (emocje mogą być przyczyną choroby lub mogą pośredniczyć chorobie);
- perspektywy skutków (emocje jako wynik choroby);
- perspektywy wskaźnika (emocje jako wskaźnik systemowej podatności na zachorowanie).

Choroba przewlekła u każdej osoby wyzwała różne emocje i zachowania. Jeśli chory traktuje chorobę jako przeszkodę, wyzwała się w nim złość oraz aktywna postawa walki z chorobą. Takie podejście sprzyja radzeniu sobie z chorobą i może być buforem chroniącym przed depresją. Gdy pacjent postrzega chorobę jako stratę, wówczas aktywuje się strach, lęk i niepokój oraz obniża się poziom poczucia własnej wartości. Gdy choroba traktowana jest jako kara i powiązana jest z przypisywaniem sobie przyczyn jej wystąpienia, wówczas taka postawa może wyzwolić wstyd, poczucie winy lub być źródłem silnego lęku. Z kolei gdy chory postrzega chorobę jako wartość, może mieć to znaczenie obronne (ucieczka) i rozwojowe (nowa perspektywa) [103].

Jarosz [104] wymienia następujące reakcje emocjonalne towarzyszące chorobom:

- strach (chory postrzega siebie jako człowieka cierpiącego i czujnie obserwuje swój stan);
- lęk (przejawiać się może w śledzeniu losów innych chorych lub może być ukryty za maską „kamiennego spokoju”, agresji lub gniewu);
- gniew (może być skierowany na tzw. los, na personel medyczny, a także na siebie samego);
- przygnębienie (często reakcja prawidłowa, proporcjonalna do negatywnego obrazu własnej choroby);
- nastrój wyrównany (odważny spokój, rzeczywisty i pozorny brak reakcji emocjonalnej);

- nastrój podwyższony (może być uwarunkowany właściwościami osobowości, np. postawą optymistyczną, może też być następstwem zaspokojenia potrzeby akceptacji).

Treść emocji zależy od oceny poznawczej. Strach, lęk i niepokój występują w sytuacjach zagrożenia, zaś gniew i złość, gdy są do pokonania różne przeszkody i ograniczenia. Przygnębienie i apatia pojawiają się, jeżeli przeważa przekonanie o własnej bezsilności. Poczucie winy i wstyd, gdy pacjent przypisuje przyczyny choroby własnemu postępowaniu. Smutek, żal, rozpacz dotyczą sytuacji, w której chory sądzi, iż poniósł nieodwracalne straty [105].

Emocje związane z chorobą mogą występować jednocześnie lub naprzemiennie, ich intensywność i treść zależą od dynamiki i czasu trwania choroby. W chorobach przewlekłych lub o ciężkim przebiegu można wyodrębnić pewną fazowość przeżywania emocjonalnego w oswajaniu choroby: od stanu dezorientacji i szoku, przez etap zaprzeczania, następnie lęku z gniewem, depresji, po – co nie jest regułą – akceptację [103]. Zdaniem Heszen [106] szczególnymi okolicznościami wywołującymi silne emocje po przyjęciu diagnozy są: nieoczekiwane pogorszenie stanu zdrowia, konieczność zastosowania drastycznych metod leczenia, informacje o konieczności ograniczeń lub o trwałych następstwach dla zdrowia i życia.

Powszechną formą samoregulacji emocji, jakie wywołuje choroba przewlekła, są mechanizmy obronne. Ich rola polega przede wszystkim na doraźnej redukcji lęku i innych negatywnych emocji oraz podtrzymywaniu samooceny. Zadaniem tych mechanizmów jest niedopuszczanie do świadomości lub reinterpretacja znaczenia zagrażających bodźców. Poprawia to komfort psychiczny chorego i umożliwia podjęcie bardziej skutecznych zachowań, nastawionych na realizację celów zdrowotnych [103].

7. Zintegrowany model opieki nad chorymi na POChP –

interdyscyplinarne leczenie farmakologiczne i nefarmakologiczne

Choroby cywilizacyjne, a szczególnie choroby przewlekłe, są istotnym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia. Mimo iż umieralność z ich powodu systematycznie maleje, częstotliwość zachorowań wzrasta. Związane jest to m.in. z rozpowszechnieniem czynników ryzyka i wydłużającym się czasem trwania życia. Współczesną medycynę cechuje nie tylko koncentracja na skuteczności leczenia, ale także na podnoszeniu jakości życia.

Definicja zdrowia przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) jest następująca: „Zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby czy kalectwa, ale także stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia)”¹. Istotne znaczenie ma fakt, że definicja ta nie poprzestaje tylko na negatywnym ujęciu (zdrowie jako brak choroby), ale akcentuje aktywny aspekt, czyli dobrostan. Oznacza to, że w kwestiach zdrowia należy koncentrować się na jego wzmacnianiu. Znaczenie pojęcia „zdrowia” w ujęciu WHO mocno podkreśla połączenie kwestii zdrowia z życiem psychologicznym oraz społecznym człowieka, a także jego osobistą troskę o kondycję fizyczną.

WHO od lat 70. XX w., a obecnie także Unia Europejska (UE) – w opozycji do dominującego w naukach medycznych modelu biomedycznego – zaleca zintegrowane formy opieki [107]. Nauki medyczne wracają obecnie do znanej w starożytności koncepcji holistycznej, uznającej wzajemne powiązania pomiędzy ciałem a psychiką (medycyna psychosomatyczna). Podejście holistyczne w medycynie uznaje odrębność psychospołeczną każdego człowieka, respektuje społeczne otoczenie choroby, włącza rodzinę i społeczność oraz samego chorego w proces przejmowania kontroli nad chorobą.

¹ <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>. 24.12.2015.

Celem zintegrowanej opieki jest zapobieganie postępowi choroby, zaostrzeniom i szeroko pojętej izolacji chorych. Istotny element stanowi edukacja chorych i ich rodzin oraz wsparcie w radzeniu sobie z chorobą [107]. Praca interdyscyplinarnego zespołu polega na łączeniu kompetencji różnych profesjonalistów medycznych. W skład takiego zespołu wchodzi lekarze różnych specjalności medycznych, pielęgniarki oraz psychologowie, fizjoterapeuci, opiekunowie medyczni, a także osoby o niemedycznym wykształceniu (pracownicy socjalni, duchowni, wolontariusze).

Zespoły interdyscyplinarne mają najdłuższą historię i obecnie najlepiej funkcjonują w obszarze medycyny paliatywnej i opiece długoterminowej [108]. Model ten rozwija się także w onkologii, kardiologii, neurologii, a także pneumonologii.

Chorzy na POChP cierpią z powodu fizycznej i umysłowej niepełnosprawności, w wielu wypadkach źle radzą sobie z problemami, które wynikają z choroby i ze współistniejących schorzeń. Niejednokrotnie otrzymują duże ilości leków i zaleceń zdrowotnych, które trudno im realizować w codziennym życiu [109]. Równocześnie obecna organizacja opieki medycznej nie zapewnia tym chorym odpowiednich warunków zdrowotnych i socjalnych. Pacjenci nie radzą sobie z chorobą oraz jej skutkami zdrowotnymi i społecznymi [107].

Opublikowane w ostatnich latach badania wydają się potwierdzać korzystny zintegrowanego modelu opieki w odniesieniu do chorych na POChP, zwłaszcza tych z zaawansowanymi postaciami choroby [107]. Optymalna opieka nad chorym na POChP wymaga indywidualnego, ukierunkowanego na pacjenta podejścia, które rozpoznaje i przetwarza wszystkie aspekty choroby, w tym schorzenia współistniejące, analizuje skutki systemowe oraz integruje wszystkie elementy opieki medycznej wraz z opieką społeczną [110]. Praktyka kliniczna powinna być tak skonstruowana, by obejmowała całe spektrum choroby oraz zapewniała ciągłość opieki.

Przegląd badań systematycznych z bazy Cochrane [111] wykazał skuteczność zintegrowanego zarządzania chorobą (*integrated disease management*, IDM) w odniesieniu do chorych na POChP. Ocenie poddanych zostało 26 badań z randomizacją z łącznym udziałem 2997 pacjentów z 11 krajów, z weryfikacją od 3 do 24 miesięcy. Mężczyźni stanowili 68% badanych, ich średni wiek wyniósł 68 lat, a średnia FEV1 – ok. 43%. Analiza wykazała, że u pacjentów leczonych za pomocą programów IDM poprawiły się znacząco wskaźniki jakości życia, zmniejszyła się liczba i czas trwania hospitalizacji. Nie stwierdzono natomiast różnic między grupami w zakresie śmiertelności.

Badania przeprowadzone przez Dajczman i wsp. [112] wykazały, że wprowadzenie zintegrowanego programu opieki nad chorymi na POChP poprawia wyniki leczenia tych chorych, mimo że choroba jest schorzeniem przewlekłym i postępującym w czasie. Odnotowano spadek liczby wizyt w oddziałach pomocy doraźnej, zmniejszyła się liczba hospitalizacji, a także całkowita liczba dni pobytu w szpitalu. Dodatkowo zauważono, że zmalały koszty finansowe leczenia tej grupy chorych. Badania przeprowadzone w Holandii [113] sugerują, że wdrożenie modelu zintegrowanej opieki nawet na wczesnych etapach poprawia znacząco opiekę nad chorymi na POChP. Titova i wsp. [114] wskazują, że model składający się z programu edukacyjnego, planu samodzielnego zarządzania, wizyt domowych oraz wsparcia *call center* zmniejsza liczbę hospitalizacji u pacjentów z zaawansowanymi stanami POChP.

We współczesnej opiece nad pacjentem coraz popularniejsza staje się telemedycyna. Elementy telemedycyny włączane są także do modelu zintegrowanej opieki. Gellis, Kenaley i Ten Have [115] w swoich badaniach wykazali, że zintegrowana opieka telemedyczna nad osobami starszymi i przewlekle chorymi, w tym także na POChP, ze współistniejącą depresją może zmniejszyć objawy.

Opublikowane w ostatnim czasie badania przyniosły także kontrowersje w odniesieniu do skuteczności zintegrowanego modelu opieki nad chorymi na POChP, zwłaszcza w zakresie

programów samodzielnego zarządzania (*self-management care*). Kruis i wsp. [111] w swoich badaniach wykazali, że zintegrowane podejście w zakresie zarządzania chorobą w podstawowej opiece zdrowotnej nie przynosi dodatkowych korzyści w porównaniu z opieką tradycyjną, z wyjątkiem większego stopnia codziennej aktywności pacjentów i polepszenia poziomu zintegrowanej opieki. Przebadanych zostało 1086 chorych, uprzednio podzielonych według klasyfikacji GOLD i losowo przydzielonych do dwóch grup (badanej i kontrolnej). Kryteriami wyłączenia były: choroba terminalna, zaburzenia poznawcze, uzależnienia, niezdolność do wypełniania kwestionariuszy. Jako punkt końcowy wyznaczono różnicę w stanie zdrowia po 12 i 24 miesiącach, mierzoną przy pomocy kwestionariusza CCQ (*Clinical COPD Questionnaire*) uwzględniającego jakość życia, duszność, zaostrzenia, aktywność fizyczną oraz poziom zintegrowanej opieki. Po 12 miesiącach nie zaobserwowano różnic w średnich wynikach między grupami, z wyjątkiem poprawy koordynacji opieki i większego odsetka aktywnych fizycznie pacjentów. Po 24 miesiącach nie było różnic między grupami, z wyjątkiem dalszej poprawy koordynacji.

8. Uzasadnienie podjęcia badań

Niniejsze badania są próbą wypełnienia luki informacyjnej w zakresie badań nad jakością życia i psychologicznych aspektów u chorych na POChP, a także bardziej kompleksowego spojrzenia medyczno-psychologicznego na sytuację zdrowotną chorych na POChP.

Wyniki niniejszej pracy w pełni wpisują się w zalecany przez Światową Organizację Zdrowia zintegrowany model opieki nad chorymi na POChP. Prezentowane badania są cennym materiałem uzupełniającym dla całego zespołu terapeutycznego, pozwalającym zapoznać się z subiektywną oceną jakości życia dokonaną przez chorego, aspektami klinicznymi i psychologicznymi POChP. Badania mają pomóc ocenić personelowi, jak chorzy wyobrażają sobie chorobę, w jakim stopniu ją akceptują oraz w jaki sposób sobie z nią radzą. Wiedza o tych procesach może także pomóc chorym radzić sobie z POChP w codziennym życiu oraz poprawić ogólny stan zdrowia, mimo że obiektywnie nie wpłynie na czynność płuc.

II. Cel pracy

Celem pracy jest ocena jakości życia chorych na POChP w kontekście czynników klinicznych (stopień ciężkości POChP) i psychologicznych (percepcja choroby, stopień akceptacji choroby, poziom natężenia stresu, sposoby radzenia sobie ze stresem, kontrola emocji).

Celem dodatkowym jest porównanie wyżej wymienionych czynników klinicznych i psychologicznych w dwóch grupach badawczych: Grupa I – chorzy z $FEV_1 > 50\%$ wartości należnej, Grupa II – chorzy z $FEV_1 < 50\%$ wartości należnej.

By osiągnąć ww. cele postawiono następujące pytania badawcze:

- Jakie są subiektywne wyobrażenia pacjentów na temat własnej choroby w poszczególnych grupach?
- Jaki jest stopień/poziom akceptacji choroby u poszczególnych grup chorych?
- Jaki jest poziom odczuwanego stresu oraz czy w badanych grupach klinicznych występują różnice w wyborze preferowanych strategii radzenia sobie ze stresem?
- Czy są różnice w zakresie wskaźnika kontroli emocji w badanych grupach klinicznych?
- Czy percepcja choroby i akceptacja choroby mają wpływ na poziom odczuwanego stresu i wybór strategii radzenia sobie ze stresem?
- Czy ocena jakości życia różni się w zależności od badanej grupy klinicznej?
- W jakim stopniu subiektywna ocena jakości życia pacjentów pokrywa się z obrazem klinicznym choroby?
- Czy na ocenę jakości życia chorych mają wpływ czynniki demograficzne, percepcja choroby, stopień akceptacji choroby, poziom stresu, poczucie lęku oraz stadium choroby?

W niniejszej pracy zastosowano model badań w wariacie eksploracyjnym, a nie weryfikacyjnym. Stąd też ograniczono się jedynie do przedstawienia celów badawczych, a nie hipotez.

III. Materiał i metody badań

1. Organizacja i przebieg badań

Badania zostały przeprowadzone po uzyskaniu zgody Niezależnej Komisji Bioetycznej do spraw Badań Naukowych przy Gdańskim Uniwersytecie Medycznym (NKEBN 397/2011) w okresie od czerwca 2010 r. do listopada 2014 r.

Badania przeprowadzono w warunkach szpitalnych, a obejmowały one chorych zarówno na łagodne, jak i ciężkie postaci POChP. Do badań nie zostały zakwalifikowane osoby aktualnie leczone w warunkach ambulatoryjnych.

Badanych podzielono na dwie grupy. Do Grupy I zaliczono pacjentów z $FEV_1 > 50\%$ wartości należnej, do Grupy II osoby z $FEV_1 < 50\%$ wartości należnej.

Badania rozpoczęto w 2010 r. zgodnie z obowiązującym wówczas podziałem chorych na stopnie zaawansowania POChP. Z tego względu również po zmianie wytycznych GOLD 2011 kontynuowano prace zgodnie z rozpoczętym schematem.

W badaniach nie uwzględniono grupy kontrolnej (osób zdrowych), ponieważ celem pracy była analiza jakości życia i wybranych aspektów psychologicznego funkcjonowania chorych na POChP. Kwalifikacja osób do badań odbywała się przy współpracy lekarzy podczas hospitalizacji chorych na oddziałach szpitalnych. Wszyscy uczestnicy wyrazili zgodę na udział w projekcie. Badania wykonywano w pierwszych dniach hospitalizacji pacjentów.

Kryteria włączenia do grupy badawczej były następujące:

- udokumentowane rozpoznanie POChP;
- wyniki badania spirometrycznego udokumentowane w karcie medycznej.

Kryteriami wykluczającymi z badań były:

- zaburzenia funkcji poznawczych uniemożliwiające rozumienie treści kwestionariuszy;

- współistnienie innych chorób somatycznych lub psychicznych uniemożliwiających kontakt słowny w pacjencie.

Badania prowadzono w następujących ośrodkach:

- Klinice Alergologii i Klinice Pneumonologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku;
- Szpitalu Specjalistycznym w Wejherowie;
- Szpitalu Specjalistycznym w Chojnicach;
- Szpitalu Specjalistycznym w Prabutach.

Ostatecznie udział w badaniach wzięło 280 osób hospitalizowanych na terenie województwa pomorskiego, z czego do końcowej analizy statystycznej zakwalifikowano 240 chorych. Główna przyczyna braku kwalifikacji to błędnie wypełnione kwestionariusze.

Po wyrażeniu zgody na wzięcie udziału w badaniach i zapoznaniu się z procedurą badawczą chory otrzymywał komplet kwestionariuszy. Każdy pacjent wypełniał arkusze samodzielnie. Osoba koordynująca udzielała wyjaśnień w przypadku niezrozumienia instrukcji lub wątpliwości odnośnie zawartych w materiale pytań. Jeśli stan pacjenta nie pozwalał na samodzielne wypełnienie kwestionariuszy, badający odczytywał pytania i zapisywał odpowiedzi.

2. Narzędzia badawcze

W rozdziale przedstawiono krótką charakterystykę użytych w badaniach narzędzi.

2.1. *COPD Assessment Test (CAT)*

COPD Assessment Test (CAT) to kwestionariusz dla chorych na POChP, opracowany przez światowy zespół ekspertów w dziedzinie pneumonologii [116]. Przeznaczony jest do pomiaru stanu wpływu choroby na życie chorego oraz do oceny, w jaki sposób stan ten zmienia się w czasie. Kwestionariusz CAT jest szybkim narzędziem badawczym. Składa się z ośmiu elementów. Każdy z nich dotyczy różnych trudności wynikających z choroby i ma dwie pozycje, które opisują najlepszy i najgorszy wymiar w skali od 0 do 5, gdzie 0 oznacza scenariusz bardzo pozytywny, a 5 bardzo negatywny. Wyniki dla każdej z pozycji są sumowane. Wynik ogólny może zawierać się w przedziale od 0 do 40. Im wynik wyższy, tym gorszy stan zdrowia pacjenta. Uważa się, że chorzy, którzy uzyskują do 10 pkt są chorymi mało objawowymi. Z kolei osoby, które mają ponad 10 pkt, stanowią grupę chorych wysoko objawowych. Test CAT jest ogólnie dostępny dla chorych na POChP i personelu medycznego [116, 124].

2.2. Kwestionariusz Percepcji Choroby (wersja skrócona)

Kwestionariusz Percepcji Choroby, wersja skrócona (*The Brief Illness Perception Questionnaire*, B-IPQ), składa się z ośmiu pytań, które mierzą kolejno: wpływ choroby na życie, subiektywny czas jej trwania, subiektywne poczucie kontroli nad chorobą, przekonanie o skuteczności leczenia, subiektywną ocenę nasilenia objawów, zamartwianie się stanem zdrowia, poczucie zrozumienia choroby, ocenę wpływu na stan emocjonalny. Arkusz testowy jest ogólnie dostępny dla personelu medycznego.

2.3. Skala Akceptacji Choroby (AIS)

Skala Akceptacji Choroby (*Acceptance of Illness Scale*, AIS) została opracowana przez Felton i wsp. [117] z Center for Community Research and Action, Departament of Psychology, New York University, a do warunków polskich zaadaptowana przez Juczyńskiego [67]. Skala ocenia stopnień akceptacji choroby i zawiera osiem stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia, które sprowadzają się do uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych osób i obniżonego poczucia własnej wartości. Akceptacja choroby przejawia się w mniejszym nasileniu negatywnych reakcji i emocji związanych z aktualną chorobą. Im większa akceptacja, tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego. Badany określa swój aktualny stan w 5-stopniowej skali od 1 – zdecydowanie zgadzam się, do 5 – zdecydowanie nie zgadzam się. Suma wszystkich punktów jest ogólną miarą stopnia akceptacji choroby, a jej zakres mieści się w obszarze od 8 do 40 punktów. Wyodrębniono trzy poziomy akceptacji choroby: od 8 do 15 punktów (poziom niski), od 16 do 28 punktów (poziom średni), od 29 do 40 punktów (poziom wysoki) [67].

2.4. Skala Odczuwanego Stresu (PSS-10)

Kolejne narzędzie, jakim jest Skala Odczuwanego Stresu, opracował zespół: Cohen, Kamarek, Mermelstein [118], a do warunków polskich zaadoptowali ją: Juczyński i Ogińska-Bulik [119]. Skala zawiera 10 pytań dotyczących różnych subiektywnych odczuć związanych z problemami i zdarzeniami osobistymi, zachowaniami i sposobami radzenia sobie ze stresem. Służy do oceny natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową w okresie ostatniego miesiąca. Badana osoba przy każdym pytaniu zaznacza jedną odpowiedź (0 – nigdy, 1 – prawie nigdy, 2 – czasem, 3 – dość często, 4 – bardzo często). Wypełnienie skali zajmuje ok. 5 min. Przed obliczeniem

ogólnego wskaźnika natężenia spostrzeganego stresu należy dokonać zmiany punktacji w odpowiedziach na pytania sformułowane pozytywnie (tj. 4, 5, 7, 8) według zasady: 0 = 4, 1 = 3, 3 = 1, 4 = 0. Ogólny wynik skali jest sumą wszystkich punktów, której rozkład teoretyczny wynosi od 0 do 40. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie odczuwanego stresu. Ogólny wynik podlega interpretacji zgodnie ze skalą stenową: od 1 stena do 4 stenów – wyniki niskie, od 7 do 10 stenów – wyniki wysokie. Wyniki w granicach 5 i 6 stenów traktuje się jako przeciętne [119].

2.5. Inwentarz Mini-COPE

Inwentarz Mini-COPE jest skróconą wersją Wielowymiarowego Inwentarza do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (*the Coping Orientations to Problems Experienced*, COPE) autorstwa Carvera [120], adaptacji do warunków polskich dokonali: Juczyński i Ogińska-Bulik [119]. Inwentarz należy do najczęściej stosowanych narzędzi pomiaru strategii radzenia sobie ze stresem. Polska wersja Inwentarza składa się z 28 stwierdzeń, które wchodzą w skład 14 kategorii radzenia sobie ze stresem (dwa stwierdzenia w każdej strategii). Badany zaznacza w odniesieniu do każdego stwierdzenia jedną z czterech odpowiedzi, punktowanych następująco: 0 – prawie nigdy tak nie postępuję, 1 – rzadko tak postępuję, 2 – często tak postępuję, 3 – prawie zawsze tak postępuję. Każdą skalę ocenia się oddzielnie, dodając do siebie punkty w każdej z nich i dzieląc otrzymaną liczbę przez 2. Rozpiętość wyników w każdej skali mieści się w przedziale od 1 do 3. Im wyższa punktacja, tym częściej badana osoba stosuje daną strategię. Czas badania wynosi ok. 10 min. Arkusz testowy dostępny jest w formie elektronicznej na stronie Pracowni Testów Psychologicznych i jest bezpłatny [119].

Tabela 4. Strategie radzenia sobie ze stresem wg Inwentarza Mini-COPE

Nazwy skal	Twierdzenia
Aktywne radzenie sobie	2,7
Planowanie	14, 25
Pozytywne przewartościowanie	12,17
Akceptacja	20,24
Poczucie humoru	18,28
Zwrot ku religii	22,27
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	5,15
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	10,23
Zajmowanie się czymś innym	1,19
Zaprzeczanie	3,8
Wyładowanie	9,21
Zażywanie substancji psychoaktywnych	4,11
Zaprzestanie działań	6,16
Obwinianie siebie	13,26

Takie sposoby radzenia sobie jak „planowanie”, „poszukiwanie wsparcia instrumentalnego”, „aktywne radzenie sobie” traktowane są jako strategie skoncentrowane na problemie, natomiast takie strategie jak „poszukiwanie wsparcia emocjonalnego”, „zaprzeczanie” czy „zwrot ku religii” zalicza się do zachowań ukierunkowanych na emocje, z kolei „zajmowanie się czymś innym”, „wyładowanie” to strategie unikowe.

2.6. Skala Kontroli Emocji (CECS)

Skala Kontroli Emocji (*Courtauld Emotional Control Scale*, CECS) została skonstruowana przez Watson i Greera w 1983 r. [121]. Polskiej adaptacji dokonał Juczyński [67]. Narzędzie zawiera 21 stwierdzeń dotyczących trzech podstawowych emocji: gniewu, depresji i lęku. Służy do subiektywnej oceny kontroli tych emocji w sytuacjach trudnych. Osoba badana określa częstotliwość występowania podanego sposobu wyrażania emocji na 4-stopniowej skali od 1 – prawie nigdy, do 4 – prawie zawsze. Czas badania wynosi ok. 10 min. Wyniki oblicza się oddzielnie dla każdej podskali. Przed sumowaniem punktów dla każdej skali należy dokonać

zmiany punktacji tych stwierdzeń, które wyrażają formy ujawniania emocji. Następuje odwrócenie punktacji na 4, 3, 2, 1 dla twierdzeń w skalach: gniewu (2, 4), depresji (1, 5), lęku (1, 4, 5). Zakres wyników w każdej podskali wynosi od 7 do 28 punktów. Dokonując zsumowania wszystkich wyników, ustala się ogólny wskaźnik kontroli emocji, który mieści się w granicach od 21 do 84 punktów. Im wyższy wynik, tym większe tłumienie negatywnych emocji [67].

3. Metody analizy statystycznej

Wszystkie obliczenia statystyczne w niniejszej pracy zostały przeprowadzone przy użyciu pakietu statystycznego StatSoft. Inc. (2014) STATISTICA (*data analysis software system*), version 12.0., oraz arkusza kalkulacyjnego Excel.

Zmienne ilościowe zostały scharakteryzowane za pomocą średniej arytmetycznej, odchylenia standardowego, mediany, wartości minimalnej i maksymalnej (zakres) oraz 95%CI (przedział ufności). Natomiast zmienne typu jakościowego zostały przedstawione za pomocą liczności oraz odsetka wartości.

Do sprawdzenia, czy zmienna ilościowa pochodziła z populacji o rozkładzie normalnym, posłużono się testem testem W (Shapiro-Wilka). Z kolei do sprawdzenia hipotezy o równych wariancjach wykorzystano test Lavene'a (Brown-Forsythe'a).

Istotność różnic pomiędzy dwiema grupami (model zmiennych niepowiązanych) zbadano testami istotności różnic: t-Studenta (lub w przypadku braku homogeniczności wariancji test Welcha) lub test U Manna-Whitneya (w przypadku niespełnienia warunków stosowalności testu t-Studenta lub dla zmiennych zmierzonych na skali porządkowej).

Testy niezależności Chi-kwadrat wykorzystano dla zmiennych jakościowych (odpowiednio z wykorzystaniem korekcji wg Yatesa, sprawdzeniem warunków Cochran).

W celu stwierdzenia powiązania, siły oraz kierunku między zmiennymi zastosowano analizę korelacji, obliczając współczynniki korelacji Pearsona i/lub Spearmana. Jako istotny statystycznie poziom przyjęto $p = 0,05$.

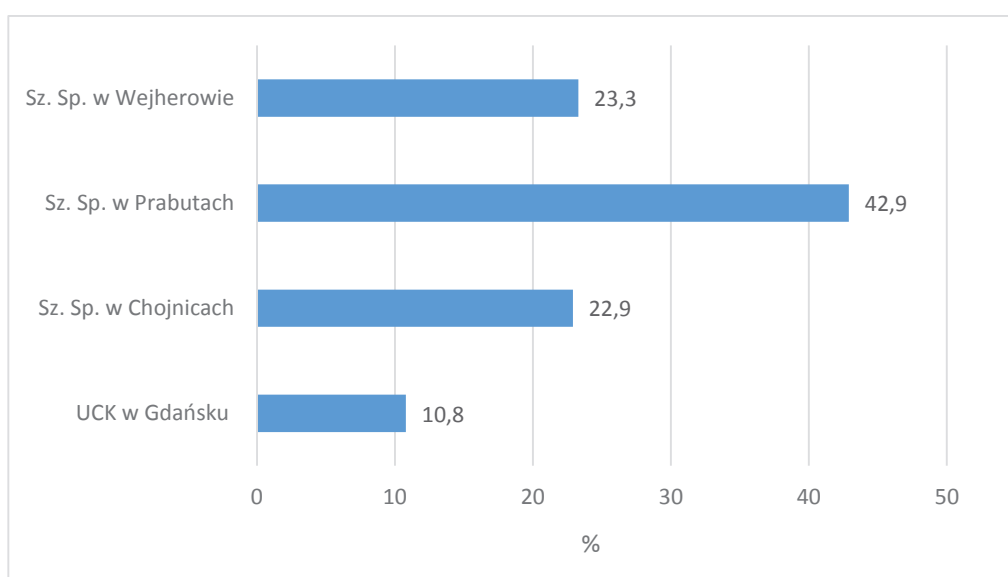
IV. Wyniki

1. Charakterystyka socjodemograficzna i kliniczna badanej grupy

1.1. Badani ogółem

1.1.1. Miejsce prowadzonych badań

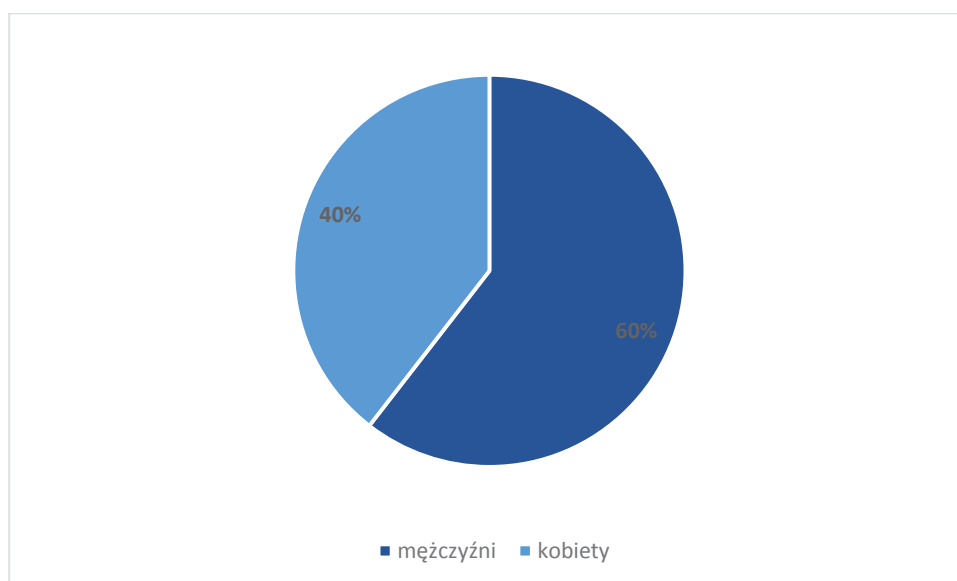
Do badań włączono ogółem 240 pacjentów z czterech podmiotów leczniczych: 26 osób (10,8%) z Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku, 55 osób (22,9%) ze Szpitala Specjalistycznego w Chojnicach, 103 osoby (42,9%) ze Szpitala Specjalistycznego w Prabutach oraz 56 osób (23,3%) ze Szpitala Specjalistycznego w Wejherowie.



Rycina 2. Miejsca prowadzenia badań

1.1.2. Płeć badanych

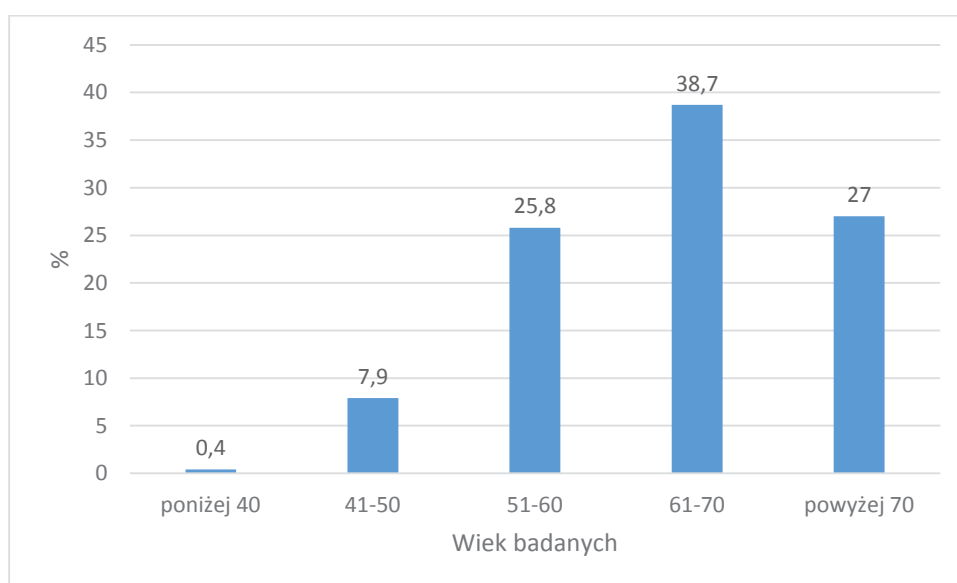
W badanej grupie przeważali mężczyźni (60,5%). Kobiety stanowiły 39,5% ogółu osób biorących udział w badaniach.



Rycina 3. Płeć badanych

1.1.3. Wiek badanych

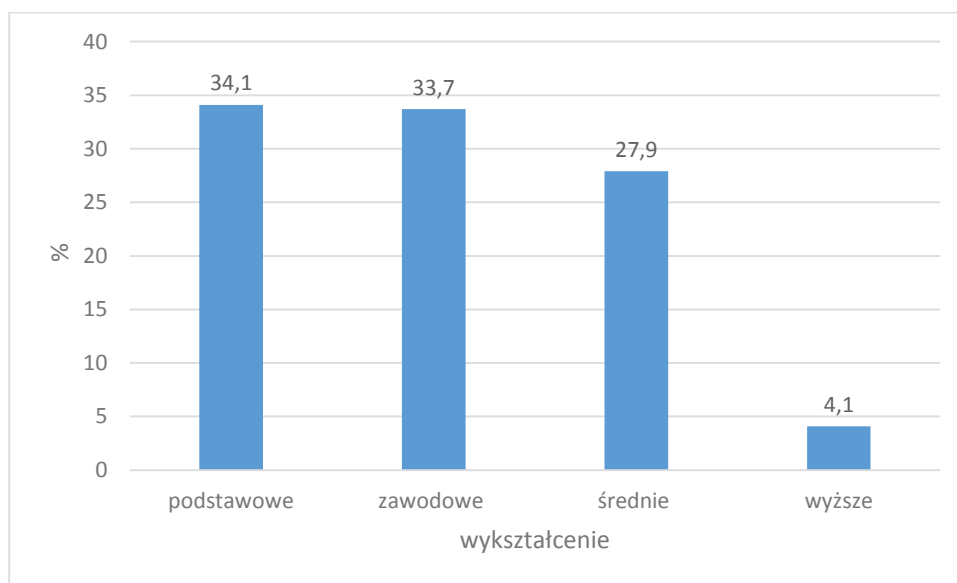
Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 61–70 lat (38,7%), drugą pod względem liczebności grupą byli pacjenci w wieku powyżej 70 lat (27%). Chorzy w przedziale wiekowym 51–60 to 25,8% wszystkich badanych. Natomiast osoby poniżej 50 lat stanowiły 7,9% badanej populacji. Jedna osoba miała mniej niż 40 lat.



Rycina 4. Wiek badanych

1.1.4. Wykształcenie

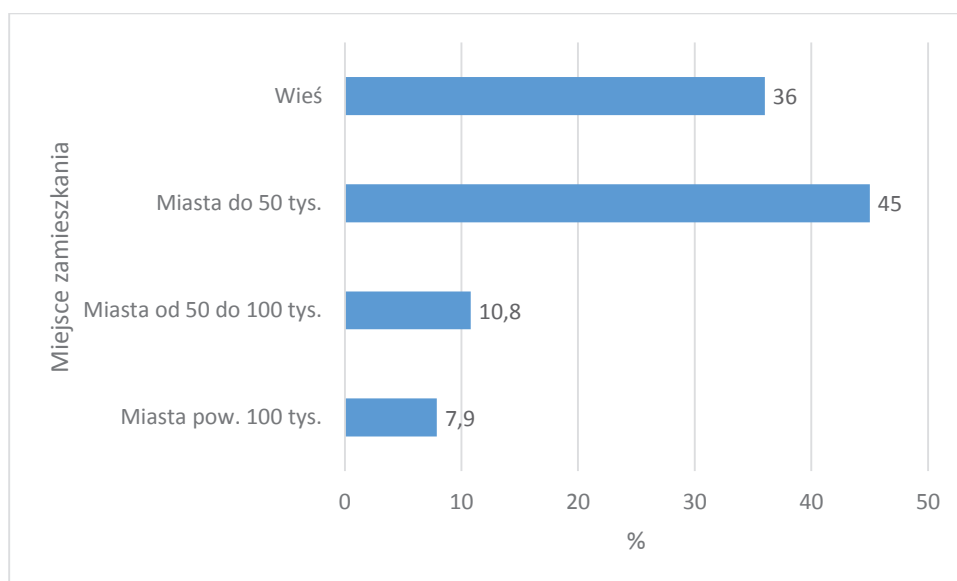
W analizowanej grupie chorych najwięcej osób posiadało wykształcenie podstawowe (34,1%), a najmniej wyższe (4,1%). Edukację na poziomie zawodowym odebrało 81 pacjentów (33,7%), a na poziomie średnim – 67 (27,9%).



Rycina 5. Wykształcenie badanych

1.1.5. Miejsce zamieszkania

Dokonując analizy miejsca zamieszkania chorych stwierdzono, iż największą grupę stanowiły osoby mieszkające w miastach do 50 tys. mieszkańców (45%), a najmniej badanych pochodziło z dużych miast – powyżej 100 tys. mieszkańców (7,9%). Drugą pod względem liczebności grupę stanowiły osoby zamieszkujące obszary wiejskie (36,2%), a trzecią pacjenci pochodzący ze średniej wielkości miast – od 50 do 100 tys. mieszkańców (10,8%).



Rycina 6. Miejsce zamieszkania badanych

1.2. Charakterystyka poszczególnych grup badawczych (podział kliniczny)

Badaną populację podzielono na dwie grupy kliniczne według stopnia obturacji dróg oddechowych. Do pierwszej grupy (Grupa I) włączono osoby z pierwszym i drugim stopniem spirometrycznej klasyfikacji POChP, natomiast do drugiej (Grupa II) zaliczono chorych ze stopniem trzecim i czwartym. Grupa I stanowiła 49,6% badanych, natomiast Grupa II 50,4%. Rozkład procentowy grup klinicznych przedstawia poniższa tabela.

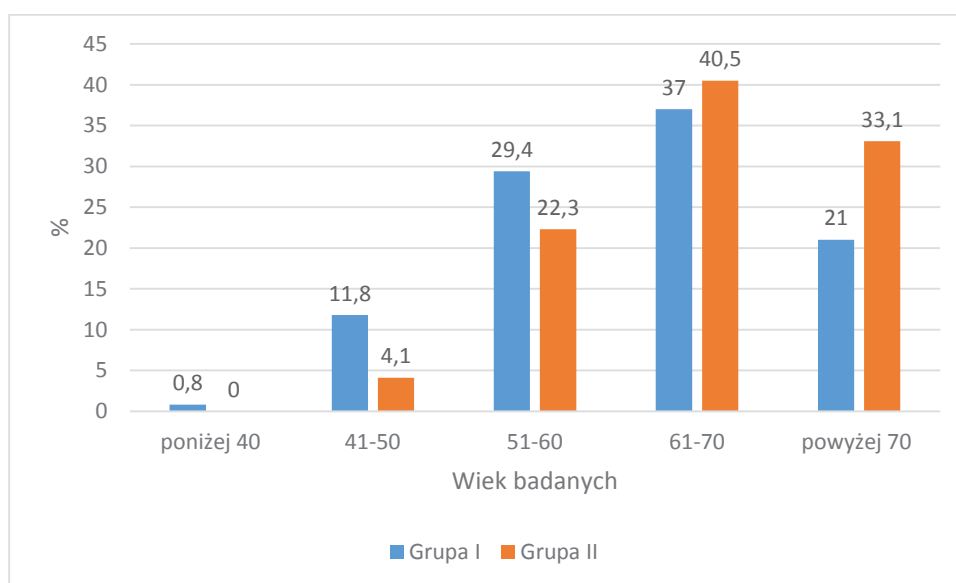
Tabela 5. Rozkład procentowy grup klinicznych

Spirometryczna klasyfikacja POChP	n	%	Grupy badawcze	
			%	
I	13	5,4	49,6	I grupa badawcza
II	106	44,2		
III	87	36,3	50,4	II grupa badawcza
IV	34	14,2		

n – liczba badanych, % – procentowy udział badanych

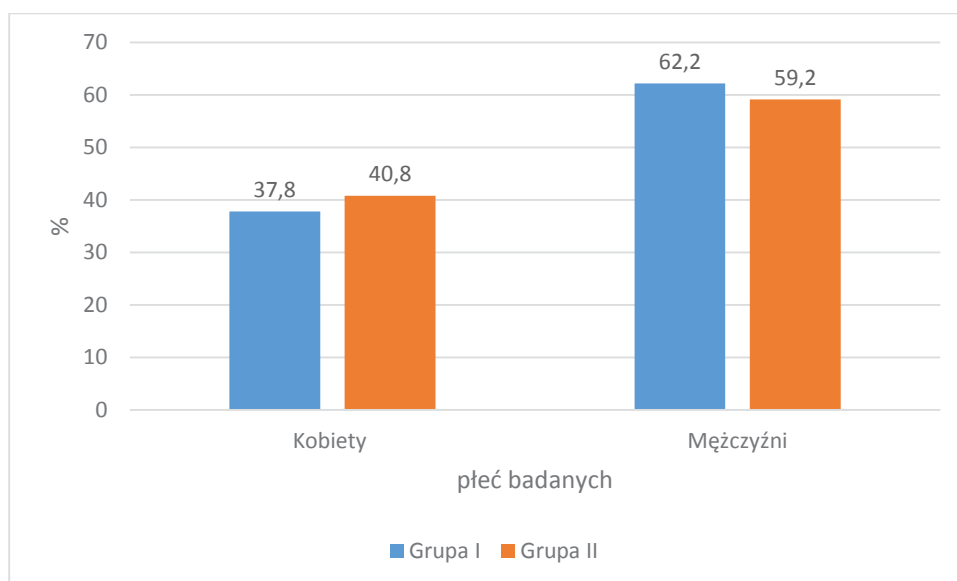
W Grupie I najwięcej chorych znajdowało się w przedziale wiekowym 61–70 lat (37%), następnie – pod względem liczebności – uplasowali się pacjenci w wieku 51–60 lat (29,4%).

Jedna osoba miała poniżej 40 lat, 11,8% badanej grupy stanowiły osoby w przedziale 41–50 lat oraz 21,0% miało powyżej 70 lat. Natomiast w Grupie II najliczniej reprezentowane były osoby w wieku 61–70 lat (40,5%), drugą liczebnie grupą byli chorzy w wieku powyżej 70 lat, którzy stanowili 33,1%. Pacjenci w przedziale wiekowym 41–50 lat to 4,1% badanej grupy, a 22,3% osób miało 51–60 lat. W Grupie II chorzy byli istotnie starsi w porównaniu do pacjentów z Grupy I ($p = 0,0051$).



Rycina 7. Wiek badanych w podziale na grupy kliniczne

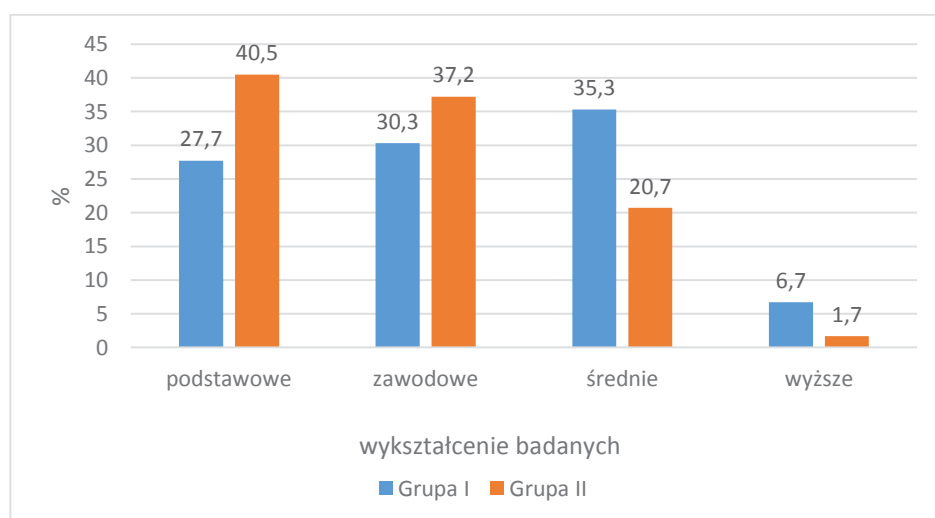
W Grupie I kobiety stanowiły 37,8% badanych, a w Grupie II 40,8%. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic płci pomiędzy grupami ($p = 0,6329$).



Rycina 8. Płeć badanych w podziale na grupy kliniczne

W Grupie I 27,7% osób posiadało wykształcenie podstawowe, 30,3% osób ukończyło szkoły zawodowe, 35,3% osób odebrało edukację na poziomie średnim, zaś 6,7% grupy stanowiły osoby z wykształceniem wyższym. Natomiast w Grupie II osób z wykształceniem podstawowym było 40,5%, z wykształceniem zawodowym 37,2%, z wykształceniem średnim 20,7% oraz 1,7% z wykształceniem wyższym.

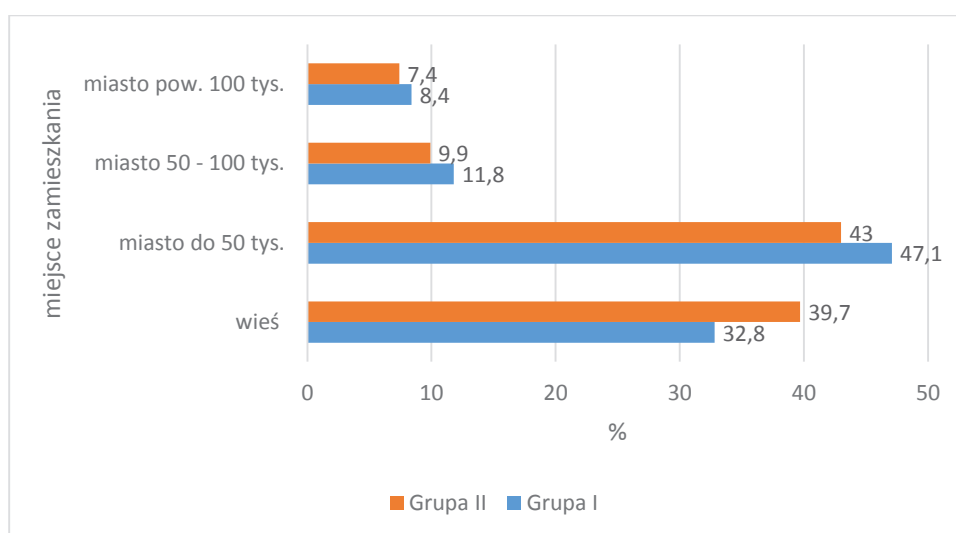
Pacjenci z Grupy I posiadali lepsze wykształcenie w porównaniu do Grupy II ($p = 0,0027$).



Rycina 9. Wykształcenie badanych w podziale na grupy kliniczne

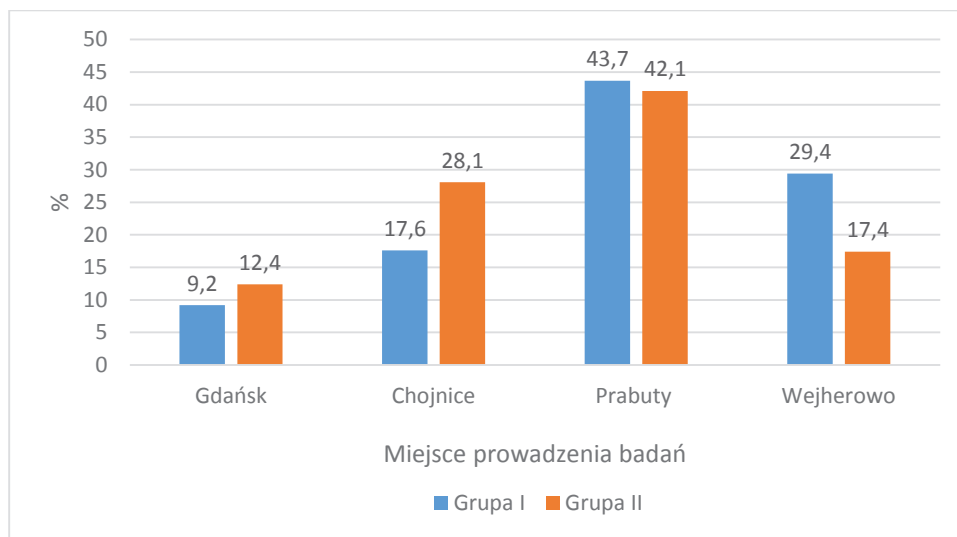
W Grupie I tereny wiejskie zamieszkiwało 32,8% badanych, 47,1% grupy to mieszkańcy miast do 50 tys., 11,8% osób pochodziło z miast od 50 do 100 tys., a 8,4% z miast powyżej 100 tys. Natomiast w Grupie II tereny wiejskie zamieszkiwało 39,7% osób, małe miasta do 50 tys. – 43,0%, 9,9% chorych pochodziło z miast od 50 do 100 tys., a 7,4% z miast powyżej 100 tys.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic miejsca zamieszkania pomiędzy analizowanymi grupami ($p = 0,7365$).



Rycina 10. Miejsce zamieszkania badanych w podziale na grupy kliniczne

W Grupie I 9,2% chorych leczyło się w szpitalu w UCK w Gdańsku, 17,6% w Szpitalu Specjalistycznym z Chojnicach, 43,7% w Szpitalu Specjalistycznym w Prabutach, a 29,4% w Szpitalu Specjalistycznym w Wejherowie. Z kolei w Grupie II 12,4% pacjentów leczono w UCK w Gdańsku, 28,1% w Szpitalu Specjalistycznym w Chojnicach, 42,1% w Szpitalu Specjalistycznym w Prabutach oraz 17,4% w Szpitalu Specjalistycznym w Wejherowie. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic szpitala pomiędzy grupami ($p = 0,0663$).



Rycina 11. Miejsce prowadzenia badań w podziale na grupy kliniczne

2. Ocena jakości życia chorych na POChP na podstawie wyników badań kwestionariuszem *COPD Assessment Test (CAT)*

W pracy dokonano oceny ogólnej jakości życia mierzonej za pomocą Testu CAT w poszczególnych obszarach klinicznych, takich jak: kaszel, zaleganie wydzieliny, ucisk w klatce piersiowej, zadyszka, aktywność domowa, sprawność ruchowa, sen oraz energia do działania.

Średnia ogólna jakość życia dla wszystkich pacjentów wynosiła 22,8 pkt, co oznacza wysoki wpływ POChP na życie chorych i niską jakość życia. Wyniki pokazały, że największy wpływ na jakość życia badanych miały: zadyszka, trudności w aktywności domowej, kaszel, brak energii do działania oraz problemy ze snem. Nieco mniej problemów sprawiał chorym ucisk w klatce piersiowej.

Dokonując analizy jakości życia w wyodrębnionych grupach klinicznych, stwierdzono, iż Grupa I uzyskała istotnie lepsze wyniki w porównaniu do Grupy II. Wpływ POChP na jakość życia pacjentów w Grupie II był istotnie wyższy ($p = 0,0001$). Średnia jakość życia chorych na POChP w Grupie I wynosiła 18,6 pkt, co oznacza umiarkowany wpływ choroby na życie, natomiast średnia jakość życia w Grupie II wynosiła 26,8 pkt, co oznacza wysoki wpływ choroby na życie i jego niską jakość w tej grupie. Zbiorcze wyniki dla badanych grup klinicznych przedstawiono w tabeli nr 6.

Tabela 6. Charakterystyka Grupy I i Grupy II pod względem wyników kwestionariusza CAT
(surowy wynik liczbowy)

		Grupa I (n = 119)	Grupa II (n = 121)	Łącznie (n = 240)	Test, <i>P</i>-value
Kaszel					
	śr. (SD)	2,4 (1,3)	3,2 (1,3)	2,8 (1,3)	
	95%CI	[2,2;2,6]	[3,0;3,5]	[2,6;3,0]	
	zakres (min–max)	0,0–5,0	0,0–5,0	0,0–5,0	
	mediana	2,0	3,0	3,0	U M-W; 0,0001
Zaleganie wydzieliny					
	śr. (SD)	2,3 (1,3)	3,0 (1,4)	2,6 (1,4)	
	95%CI	[2,0;2,5]	[2,7;3,2]	[2,4;2,8]	
	zakres (min–max)	0,0–5,0	0,0–5,0	0,0–5,0	
	mediana	2,0	3,0	3,0	U M-W; 0,0001
Ucisk w klatce					
	śr. (SD)	1,7 (1,4)	2,7 (1,6)	2,2 (1,6)	
	95%CI	[1,5;2,0]	[2,4;3,0]	[2,0;2,4]	
	zakres (min–max)	0,0–5,0	0,0–5,0	0,0–5,0	
	mediana	2,0	3,0	2,0	U M-W; 0,0001
Zadyszka					
	śr. (SD)	3,4 (1,5)	4,4 (0,9)	3,9 (1,3)	
	95%CI	[3,1;3,7]	[4,2;4,6]	[3,7;4,1]	
	zakres (min–max)	0,0–5,0	1,0–5,0	0,0–5,0	
	mediana	4,0	5,0	4,0	U M-W; 0,0001
Aktywność domowa					
	śr. (SD)	2,3 (1,4)	3,6 (1,4)	3,0 (1,6)	
	95%CI	[2,1;2,6]	[3,4;3,9]	[2,8;3,2]	
	zakres (min–max)	0,0–5,0	0,0–5,0	0,0–5,0	
	mediana	2,0	4,0	3,0	U M-W; 0,0001
Sprawność ruchowa					
	śr. (SD)	1,9 (1,5)	3,4 (1,5)	2,7 (1,7)	
	95%CI	[1,6;2,2]	[3,1;3,7]	[2,4;2,9]	
	zakres (min–max)	0,0–5,0	0,0–5,0	0,0–5,0	
	mediana	2,0	4,0	3,0	U M-W; 0,0001
Sen					
	śr. (SD)	2,2 (1,7)	3,4 (1,6)	2,8 (1,7)	
	95%CI	[1,9;2,5]	[3,1;3,6]	[2,6;3,0]	
	zakres (min–max)	0,0–5,0	0,0–5,0	0,0–5,0	
	mediana	2,0	4,0	3,0	U M-W; 0,0001
Energia do działania					
	śr. (SD)	2,4 (1,5)	3,2 (1,5)	2,8 (1,6)	
	95%CI	[2,2;2,7]	[2,9;3,4]	[2,6;3,0]	
	zakres (min–max)	0,0–5,0	0,0–5,0	0,0–5,0	
	mediana	3,0	3,0	3,0	U M-W; 0,0002
WYNIK SUMARYCZNY					
	śr. (SD)	18,6 (8,6)	26,8 (7,6)	22,8 (9,1)	
	95%CI	[17,1;20,2]	[25,5;28,2]	[21,6;23,9]	
	zakres (min–max)	0,0–40,0	4,0–40,0	0,0–40,0	
	mediana	18,0	27,0	24,0	U M-W; 0,0001

W Grupie I niski wpływ POChP na jakość życia dotyczył 21,0% osób, umiarkowany – 37,0%, wysoki – 34,5%, oraz bardzo wysoki – 7,6%. Największymi problemami dla tej grupy chorych były: zadyszka, kaszel i brak energii do działania. Natomiast w Grupie II niski wpływ POChP na jakość życia dotyczył tylko 1,7% badanych, umiarkowany – 17,4%, wysoki – 49,6%, oraz bardzo wysoki – 31,4%. Wpływ POChP na jakość życia pacjentów w Grupie II był istotnie wyższy w porównaniu do Grupy I ($p = 0,0001$). Najważniejszymi problemami dla pacjentów z Grupy II były: zadyszka, niska aktywność domowa, ograniczona sprawność ruchowa oraz problemy ze snem. Zbiorcze wyniki dla badanych grup klinicznych przedstawiono w tabeli nr 7.

Tabela 7. Charakterystyka Grupy I i Grupy II pod względem wyników kwestionariusza CAT (wynik przedziałowy)

	Grupa I (n = 119)	Grupa II (n = 121)	Łącznie (n = 240)	Test, <i>P</i>-value
CAT				
niski wpływ	25 (21,0%)	2 (1,7%)	27 (11,3%)	U M-W; 0,0001
umiarkowany wpływ	44 (37,0%)	21 (17,4%)	65 (27,1%)	
wysoki wpływ	41 (34,5%)	60 (49,6%)	101 (42,1%)	
bardzo wysoki wpływ	9 (7,6%)	38 (31,4%)	47 (19,6%)	

n – liczba chorych

2.1. Jakość życia a zmienne demograficzne

2.1.1. Jakość życia a płeć

Nie stwierdzono istotnych różnic w poziomie jakości życia pomiędzy płcią a badanymi grupami klinicznymi (Grupa I: $p = 0,7$; Grupa II: $p = 0,8$). Wyniki przedstawiono w tabeli nr 8.

Tabela 8. Charakterystyka Grupy I, Grupy II i chorych łącznie pod względem wyników kwestionariusza CAT (wynik przedziałowy) w podziale na płeć

	K	M	Łącznie	Test, <i>P</i> -value
Grupa I				
niska	0 (0,0%)	2 (2,8%)	2 (1,7%)	
umiarkowana	10 (20,4%)	11 (15,5%)	21 (17,5%)	
wysoka	23 (46,9%)	37 (52,1%)	60 (50,0%)	
bardzo wysoka	16 (32,7%)	21 (29,6%)	37 (30,8%)	U M-W; 0,7778
Grupa II				
niska	11 (24,4%)	14 (18,9%)	25 (21,0%)	
umiarkowana	16 (35,6%)	28 (37,8%)	44 (37,0%)	
wysoka	13 (28,9%)	28 (37,8%)	41 (34,5%)	
bardzo wysoka	5 (11,1%)	4 (5,4%)	9 (7,6%)	U M-W; 0,8833
Grupa I + Grupa II				
niska	11 (11,7%)	16 (11,0%)	27 (11,3%)	
umiarkowana	26 (27,7%)	39 (26,9%)	65 (27,2%)	
wysoka	36 (38,3%)	65 (44,8%)	101 (42,3%)	
bardzo wysoka	21 (22,3%)	25 (17,2%)	46 (19,2%)	U M-W; 0,8063

K – kobiety, M – mężczyźni

2.1.2. Jakość życia a wiek

Wnioskowanie statystyczne wykazało, że w Grupie I wraz ze wzrostem wieku chorych jakość życia malała (współczynnik korelacji $R = 0,27$, $p = 0,0028$). Podobną zależność wykazano w całej grupie chorych, kiedy wraz ze wzrostem wieku pacjentów jakość życia obniżała się (współczynnik korelacji $R = 0,25$, $p = 0,0001$). Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli nr 9.

Tabela 9. Korelacja wyników kwestionariusza CAT (wynik przedziałowy) w badanych grupach i wieku

	R	<i>P</i> -value
Grupa I		
	0,27	0,0028
Grupa II		
	0,12	0,1866
Grupa I + Grupa II		
	0,25	0,0001

R – współczynnik korelacji

2.1.3. Jakość życia a wykształcenie

W analizowanej populacji wykazano, że w Grupie I wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia jakość życia chorych na POChP rosła (współczynnik korelacji $R = -0,25$, $p = 0,0066$). Brak istotnej zależności statystycznej w Grupie II. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli nr 10.

Tabela 10. Korelacja wyników kwestionariusza CAT (wynik przedziałowy) w badanych grupach i wykształcenia

	R	P-value
Grupa I	-0,25	0,0066
Grupa II	-0,10	0,2745

R – współczynnik korelacji

2.1.4. Jakość życia a miejsce zamieszkania

Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności pomiędzy jakością życia chorych na POChP mierzoną za pomocą Testu CAT a miejscem zamieszkania. Wyniki przedstawia tabela nr 11.

Tabela 11. Korelacja wyników kwestionariusza CAT (wynik przedziałowy) w badanych grupach i miejsca zamieszkania

	R	P-value
Grupa I	-0,01	0,8924
Grupa II	-0,16	0,0753

R – współczynnik korelacji

3. Subiektywne wyobrażenia pacjentów dotyczące własnej choroby (percepcja choroby) a jakość życia

Dokonując analizy subiektywnych wyobrażeń dotyczących własnej choroby u chorych na POChP, wykazano, iż są istotne statystycznie różnice pomiędzy Grupą I a Grupą II w odniesieniu do poszczególnych pytań kwestionariusza B-IPQ.

W subiektywnej opinii badanych w Grupie II wpływ POChP na życie był większy w porównaniu do Grupy I ($p = 0,0001$). Chorzy z Grupy II bardziej niż osoby z Grupy I postrzegali POChP jako chorobę nieuleczalną, trwającą do końca życia ($p = 0,0001$). Pacjenci z Grupy I posiadali bardziej pozytywny obraz leczenia, częściej wierzyli w jego skuteczność ($p = 0,0002$). Badani z Grupy II w większym stopniu zwracali uwagę na objawy, byli bardziej skłonni do zamartwiania się chorobą, mniej rozumieli jej istotę i objawy. Dodatkowo w tej grupie choroba miała większy wpływ na stan emocjonalny niż w Grupie I ($p < 0,05$). Nie odnotowano istotnych różnic statystycznych w zakresie poczucia kontroli pomiędzy grupami. Wyniki przedstawiono w tabeli nr 12.

Tabela 12. Charakterystyka Grupy I i Grupy II pod względem wyników Kwestionariusza
Percepcji Choroby B-IPQ

	Grupa I (n = 119)	Grupa II (n = 121)	Łącznie (n = 240)	Test, <i>P</i>-value
IPQ1 (wpływ choroby na życie)				
śr. (SD)	5,6 (3,3)	8,1 (2,4)	6,9 (3,2)	
95%CI	[5,0;6,2]	[7,7;8,5]	[6,5;7,3]	
zakres (min–max)	0,0–10,0	0,0–10,0	0,0–10,0	
mediana	6,0	9,0	8,0	U M-W; 0,0001
IPQ2 (czas trwania choroby)				
śr. (SD)	7,4 (2,9)	9,1 (1,9)	8,3 (2,6)	
95%CI	[6,9;8,0]	[8,8;9,5]	[8,0;8,6]	
zakres (min–max)	0,0–10,0	0,0–10,0	0,0–10,0	
mediana	8,0	10,0	10,0	U M-W; 0,0001
IPQ3 (kontrola choroby)				
śr. (SD)	6,4 (2,3)	6,2 (2,8)	6,3 (2,6)	
95%CI	[5,9;6,8]	[5,7;6,7]	[6,0;6,6]	
zakres (min–max)	0,0–10,0	0,0–10,0	0,0–10,0	
mediana	6,0	7,0	6,0	U M-W; 0,9591
IPQ4 (leczenie)				
śr. (SD)	7,6 (1,7)	6,5 (2,3)	7,0 (2,1)	
95%CI	[7,3;7,9]	[6,1;6,9]	[6,8;7,3]	
zakres (min–max)	2,0–10,0	0,0–10,0	0,0–10,0	
mediana	8,0	7,0	7,0	U M-W; 0,0002
IPQ5 (objawy)				
śr. (SD)	5,4 (2,6)	7,7 (2,1)	6,5 (2,6)	
95%CI	[4,9;5,8]	[7,3;8,1]	[6,2;6,9]	
zakres (min–max)	0,0–10,0	2,0–10,0	0,0–10,0	
mediana	5,0	8,0	7,0	U M-W; 0,0001
IPQ6 (zamartwianie się)				
śr. (SD)	5,2 (3,2)	7,0 (2,9)	6,1 (3,2)	
95%CI	[4,6;5,8]	[6,4;7,5]	[5,7;6,5]	
zakres (min–max)	0,0–10,0	0,0–10,0	0,0–10,0	
mediana	5,0	7,0	6,5	U M-W; 0,0001
IPQ7 (rozumienie choroby)				
śr. (SD)	6,8 (2,6)	7,4 (2,6)	7,1 (2,6)	
95%CI	[6,3;7,3]	[7,0;7,9]	[6,8;7,5]	
zakres (min–max)	0,0–10,0	0,0–10,0	0,0–10,0	
mediana	7,0	8,0	7,5	U M-W; 0,0353
IPQ8 (wpływ na stan emocjonalny)				
śr. (SD)	5,3 (3,1)	6,8 (2,7)	6,0 (3,0)	
95%CI	[4,7;5,9]	[6,3;7,3]	[5,7;6,4]	
zakres (min–max)	0,0–10,0	0,0–10,0	0,0–10,0	
mediana	6,0	7,0	6,0	U M-W; 0,0002

n – liczba chorych

3.1. Percepcja choroby a zmienne demograficzne

3.1.1. Percepcja choroby a płeć

W Grupie II analiza wykazała wpływ POChP na stan emocjonalny. U kobiet był on istotnie wyższy w porównaniu do mężczyzn ($p = 0,0118$). Takiej zależności nie stwierdzono w Grupie I.

3.1.2. Percepcja choroby a wiek

W Grupie I wraz ze wzrostem wieku chorych rosło poczucie większego wpływu choroby na życie, zwiększało się poczucie nasilenia objawów, choroba mocniej wpływała na stan emocjonalny, a pacjenci częściej zdawali sobie sprawę, że choroba będzie trwać do końca życia. Natomiast w Grupie II wraz ze wzrostem wieku chorych rosło poczucie braku kontroli nad chorobą. W obu grupach stwierdzono wpływ wzrostu wieku chorych na nasilenie objawów, czas trwania choroby oraz jej większy wpływ na życie. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli nr 13.

Tabela 13. Korelacja wyników Kwestionariusza Percepcji Choroby B-IPQ w badanych grupach oraz wieku

		Grupa I (n = 119)	Grupa II (n = 121)	Łącznie (n = 240)
IPQ1 (wpływ na życie)	R	0,34	0,11	0,28
	<i>P</i> -value	0,0001	0,2180	0,0001
IPQ2 (czas trwania)	R	0,24	-0,12	0,14
	<i>P</i> -value	0,0076	0,1794	0,0318
IPQ3 (kontrola choroby)	R	-0,02	0,20	0,09
	<i>P</i> -value	0,8151	0,0270	0,1426
IPQ4 (leczenie)	R	-0,19	0,09	-0,09
	<i>P</i> -value	0,0429	0,3473	0,1854
IPQ5 (objawy)	R	0,29	0,05	0,22
	<i>P</i> -value	0,0016	0,5747	0,0005
IPQ6 (zamartwianie się)	R	0,14	-0,12	0,07
	<i>P</i> -value	0,1428	0,2003	0,3097
IPQ7 (rozumienie choroby)	R	-0,06	-0,01	-0,01
	<i>P</i> -value	0,5168	0,8758	0,8930
IPQ8 (wpływ na stan emocjonalny)	R	0,22	-0,10	0,10
	<i>P</i> -value	0,0166	0,2930	0,1146

n – liczba chorych, R – współczynnik korelacji

3.1.3. Percepcja choroby a wykształcenie

Analiza statystyczna wykazała, że w Grupie I wraz ze wzrostem stopnia wykształcenia malały wyobrażenia dotyczące: wpływu na życie, czasu trwania, nasilenia objawów, zamartwiania się oraz wpływu na stan emocjonalny.

W Grupie II wraz ze wzrostem stopnia wykształcenia malała percepcja choroby dla kategorii: wpływ na życie, czas trwania, nasilenie objawów, zamartwianie się oraz wpływ na stan emocjonalny. Wyniki przedstawiono w tabeli nr 14.

Tabela 14. Korelacja wyników Kwestionariusza Percepcji Choroby B-IPQ w badanych grupach oraz wykształcenia

		Grupa I (n = 119)	Grupa II (n = 121)	Łącznie (n = 240)
IPQ1 (wpływ na życie)				
	R	-0,27	-0,02	-0,24
	<i>P</i> -value	0,0033	0,8235	0,0002
IPQ2 (czas trwania)				
	R	-0,20	-0,04	-0,21
	<i>P</i> -value	0,0284	0,6830	0,0012
IPQ3 (kontrola choroby)				
	R	0,07	-0,07	-0,01
	<i>P</i> -value	0,4219	0,4644	0,8936
IPQ4 (leczenie)				
	R	0,10	-0,12	0,05
	<i>P</i> -value	0,2712	0,2009	0,4555
IPQ5 (objawy)				
	R	-0,25	0,05	-0,20
	<i>P</i> -value	0,0062	0,5955	0,0024
IPQ6 (zamartwianie się)				
	R	-0,19	-0,06	-0,19
	<i>P</i> -value	0,0408	0,5455	0,0024
IPQ7 (rozumienie choroby)				
	R	0,05	-0,05	-0,04
	<i>P</i> -value	0,5930	0,6021	0,5831
IPQ8 (wpływ na stan emocjonalny)				
	R	-0,29	0,02	-0,20
	<i>P</i> -value	0,0014	0,8503	0,0015

n – liczba chorych, R – współczynnik korelacji

3.1.4. Percepcja choroby a miejsce zamieszkania

W Grupie I wraz ze wzrostem liczby mieszkańców w miejscu zamieszkania badanych malała percepcja choroby dla kategorii czas trwania. Mieszkańcy dużych miast mniej postrzegali chorobę jako nieuleczalną. Wyniki zaprezentowano w tabeli nr 15.

Tabela 15. Korelacja wyników Kwestionariusza Percepcji Choroby B-IPQ w badanych grupach oraz miejsca zamieszkania

		Grupa I (n = 119)	Grupa II (n = 121)	Łącznie (n = 240)
IPQ1 (wpływ na życie)	R	-0,08	-0,03	-0,08
	<i>P</i> -value	0,4082	0,7548	0,2316
IPQ2 (czas trwania)	R	-0,19	-0,15	-0,20
	<i>P</i> -value	0,0383	0,1012	0,0023
IPQ3 (kontrola choroby)	R	-0,03	0,03	0,01
	<i>P</i> -value	0,7059	0,7512	0,9433
IPQ4 (leczenie)	R	0,09	-0,06	0,03
	<i>P</i> -value	0,3392	0,5364	0,6786
IPQ5 (objawy)	R	0,05	-0,03	-0,03
	<i>P</i> -value	0,6265	0,7253	0,6688
IPQ6 (zamartwianie się)	R	-0,01	0,03	-0,02
	<i>P</i> -value	0,9044	0,7786	0,7487
IPQ7 (rozumienie choroby)	R	0,14	-0,12	-0,01
	<i>P</i> -value	0,1325	0,1806	0,9338
IPQ8 (wpływ na stan emocjonalny)	R	-0,02	0,04	-0,02
	<i>P</i> -value	0,8277	0,6633	0,8093

n – liczba chorych, R – współczynnik korelacji

3.2. Percepcja choroby a jakość życia

W Grupie I wraz z pogorszeniem się jakości życia chorego rosły wyobrażenia związane z wpływem choroby na życie, czasem jej trwania, nasileniem objawów, zamartwianiem się oraz wpływem na stan emocjonalny. Natomiast wraz z pogorszeniem się jakości życia chorego malały wyobrażenia choroby związane z efektywnością leczenia.

W Grupie II wraz z pogorszeniem się jakości życia chorego rosły wyobrażenia związane z wpływem na życie, czasem trwania, nasileniem objawów, zamartwianiem się oraz wpływem na stan emocjonalny.

W całej badanej grupie wraz z pogorszeniem się jakości życia rosły wyobrażenia związane z wpływem na życie, czasem trwania, nasileniem objawów, zamartwianiem się oraz wpływem na stan emocjonalny. Natomiast wraz ze wzrostem wpływu choroby na życie chorego malały wyobrażenia choroby związane z efektywnością leczenia. Uzyskane wyniki zaprezentowano w tabeli nr 16.

Tabela 16. Korelacja wyników kwestionariusza CAT (wynik przedziałowy) w badanych grupach oraz kwestionariusza percepcji choroby B-IPQ

		Grupa I (n = 119)	Grupa II (n = 121)	Łącznie (n = 240)
IPQ1 (wpływ na życie)	R	0,53	0,49	0,61
	<i>P</i> -value	0,0001	0,0001	0,0001
IPQ2 (czas trwania)	R	0,32	0,36	0,43
	<i>P</i> -value	0,0005	0,0001	0,0001
IPQ3 (kontrola choroby)	R	-0,12	0,04	-0,02
	<i>P</i> -value	0,1930	0,6499	0,7901
IPQ4 (leczenie)	R	-0,27	-0,10	-0,25
	<i>P</i> -value	0,0031	0,2588	0,0001
IPQ5 (objawy)	R	0,59	0,54	0,64
	<i>P</i> -value	0,0001	0,0001	0,0001
IPQ6 (zamartwianie się)	R	0,47	0,41	0,51
	<i>P</i> -value	0,0001	0,0001	0,0001
IPQ7 (rozumienie choroby)	R	0,07	0,12	0,15
	<i>P</i> -value	0,4403	0,1806	0,0238
IPQ8 (wpływ na stan emocjonalny)	R	0,53	0,39	0,50
	<i>P</i> -value	0,0001	0,0001	0,0001

n – liczba chorych, R – współczynnik korelacji

4. Stopień akceptacji choroby u chorych na POChP.

Akceptacja choroby a jakość życia

Średnia akceptacja choroby w badanej populacji wyniosła 26 pkt, co oznacza akceptację na poziomie przeciętnym. Nieznaczne różnice wystąpiły pomiędzy badanymi grupami klinicznymi. Średnia akceptacja w Grupie I wyniosła 28,4 pkt, natomiast w Grupie II akceptacja była nieco mniejsza i wyniosła 23,7 pkt. Obie grupy mieszczą się jednak na poziomie przeciętnej akceptacji. Pacjenci w Grupie I istotnie bardziej akceptowali chorobę w porównaniu do chorych z Grupy II ($p = 0,0001$). W Grupie I niski poziom akceptacji choroby uzyskało 5% badanych, średni poziom – 45,4%, a poziom wysoki – 49,6%. Natomiast w Grupie II poziom niskiej akceptacji uzyskało 16,5% chorych, średni poziom – 52,1%, poziom wysoki – 31,4%. Wyniki przedstawia tabela nr 17.

Tabela 17. Charakterystyka Grupy I, Grupy II i chorych łącznie pod względem wyników Skali Akceptacji Choroby AIS

		Grupa I (n = 119)	Grupa II (n = 121)	Łącznie (n = 240)	Test, <i>P</i>-value
SUMA					
	śr. (SD)	28,4 (8,2)	23,7 (7,9)	26,0 (8,4)	
	95%CI	[26,9;29,8]	[22,3;25,2]	[25,0;27,1]	
	zakres (min–max)	8,0–40,0	8,0–40,0	8,0–40,0	
	mediana	28,0	24,0	26,0	U M-W; 0,0001
WYNIK					
	Niski poziom akceptacji	6 (5,0%)	20 (16,5%)	26 (10,8%)	U M-W; 0,0020
	Średni poziom akceptacji	54 (45,4%)	63 (52,1%)	117 (48,8%)	
	Wysoki poziom akceptacji	59 (49,6%)	38 (31,4%)	97 (40,4%)	

n – liczba chorych

4.1. Akceptacja choroby a zmienne demograficzne

4.1.1. Akceptacja POChP a płeć

W analizowanych grupach klinicznych nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności poziomu akceptacji choroby i płci ($p > 0,05$). Wyniki przedstawia tabela nr 18.

Tabela 18. Charakterystyka Grupy I, Grupy II i chorych łącznie pod względem wyników kwestionariusza AIS (wynik przedziałowy) oraz płci

		K	M	Łącznie	Test, <i>P</i> -value
Grupa I	niski	1 (2,2%)	5 (6,8%)	6 (5,0%)	U M-W; 0,0974
	średni	17 (37,8%)	37 (50,0%)	54 (45,4%)	
	wysoki	27 (60,0%)	32 (43,2%)	59 (49,6%)	
Grupa II	niski	10 (20,4%)	10 (14,1%)	20 (16,7%)	U M-W; 0,2175
	średni	27 (55,1%)	36 (50,7%)	63 (52,5%)	
	wysoki	12 (24,5%)	25 (35,2%)	37 (30,8%)	
Grupa I + Grupa II	niski	11 (11,7%)	15 (10,3%)	26 (10,9%)	U M-W; 0,8835
	średni	44 (46,8%)	73 (50,3%)	117 (49,0%)	
	wysoki	39 (41,5%)	57 (39,3%)	96 (40,2%)	

K – kobiety, M – mężczyźni

4.1.2. Akceptacja POChP a wiek

W całej grupie badanych wraz ze wzrostem wieku pacjentów malał poziom akceptacji choroby (współczynnik korelacji $R = -0,16$, $p = 0,0128$). Nie stwierdzono natomiast istotnych statycznie zależności pomiędzy badanymi grupami klinicznymi. Wyniki zaprezentowano w tabeli nr 19.

Tabela 19. Korelacja wyników kwestionariusza AIS (wynik przedziałowy) w badanych grupach oraz wieku

	R	<i>P</i> -value
Grupa I	-0,18	0,0567
Grupa II	-0,08	0,3908
Grupa I + Grupa II	-0,16	0,0128

R – współczynnik korelacji

4.1.3. Akceptacja choroby a wykształcenie

W całej badanej grupie analiza statystyczna wykazała, że wraz ze wzrostem stopnia wykształcenia pacjentów rósł poziom akceptacji choroby (współczynnik korelacji $R = 0,19$, $p = 0,0018$). Nie stwierdzono istotnej zależności statystycznej w poszczególnych grupach klinicznych. Wyniki zaprezentowano w tabeli nr 20.

Tabela 20. Korelacja wyników kwestionariusza AIS (wynik przedziałowy) w badanych grupach oraz wykształcenia

	R	P-value
Grupa I	0,16	0,0735
Grupa II	0,13	0,1489
Grupa I + Grupa II	0,19	0,0028

R – współczynnik korelacji

4.1.4. Akceptacja POChP a miejsce zamieszkania

W dokonanej analizie nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności pomiędzy poziomem akceptacji choroby a miejscem zamieszkania chorych w badanych grupach klinicznych.

4.2. Akceptacja POChP a jakość życia

W analizowanych grupach klinicznych wykazano, że wraz ze wzrostem wpływu choroby na życie chorego (obniżenie się jakości życia) malał poziom akceptacji choroby (występowała niższa akceptacja). Wyniki przedstawia tabela nr 21.

Tabela 21. Korelacja wyników kwestionariusza CAT (wynik przedziałowy) w badanych grupach oraz Skali Akceptacji Choroby AIS

	R	P-value
Grupa I		
	-0,44	0,0001
Grupa II		
	-0,19	0,0412
Grupa I + Grupa II		
	-0,36	0,0001

R – współczynnik korelacji

4.3. Akceptacja POChP a percepcja choroby

W Grupie I wraz ze wzrostem poziomu akceptacji choroby malały wyobrażenia związane z wpływem POChP na życie (w subiektywnej opinii chorych POChP miała mniejszy wpływ na życie), czasem trwania (u chorych częściej występowała wiara w możliwość wyleczenia), nasileniem objawów (chorzy obserwowali u siebie mniej objawów związanych z POChP), zamartwianiem się oraz wpływem na stan emocjonalny (choroba mniej denerwowała, mniej przerażała pacjenta). Natomiast wraz ze wzrostem poziomu akceptacji rosły wyobrażenia choroby związane z poczuciem kontroli (większe poczucie kontroli), efektywnością leczenia (większa wiara w efektywność leczenia).

W Grupie II wraz ze wzrostem poziomu akceptacji choroby malały wyobrażenia związane z kategoriami: wpływ na życie i czas trwania. Z kolei wraz ze wzrostem poziomu akceptacji rosła percepcja choroby związana z poczuciem kontroli i efektywnością leczenia.

Biorąc pod uwagę grupę jako całość, wraz ze wzrostem poziomu akceptacji choroby malały wyobrażenia związane z kategoriami: wpływ na życie, czas trwania, nasilenie objawów, zamartwianie się oraz wpływ na stan emocjonalny. Natomiast wraz ze wzrostem poziomu akceptacji choroby rosły wyobrażenia związane z poczuciem kontroli i efektywnością leczenia. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli nr 22.

Tabela 22. Korelacja wyników Skali Akceptacji Choroby AIS (wynik przedziałowy)
w badanych grupach oraz Kwestionariusza Percepcji Choroby B-IPQ

		Grupa I (n = 119)	Grupa II (n = 121)	Łącznie (n = 240)
IPQ1 (wpływ na życie)				
	R	-0,57	-0,24	-0,46
	<i>P</i> -value	0,0001	0,0093	0,0001
IPQ2 (czas trwania)				
	R	-0,25	-0,22	-0,29
	<i>P</i> -value	0,0071	0,0169	0,0001
IPQ3 (kontrola choroby)				
	R	0,25	0,20	0,21
	<i>P</i> -value	0,0052	0,0252	0,0011
IPQ4 (leczenie)				
	R	0,30	0,24	0,30
	<i>P</i> -value	0,0009	0,0075	0,0001
IPQ5 (objawy)				
	R	-0,48	-0,17	-0,37
	<i>P</i> -value	0,0001	0,0553	0,0001
IPQ6 (zamartwianie się)				
	R	-0,39	-0,13	-0,31
	<i>P</i> -value	0,0001	0,1412	0,0001
IPQ7 (rozumienie choroby)				
	R	0,05	-0,07	-0,04
	<i>P</i> -value	0,6190	0,4196	0,4988
IPQ8 (wpływ na stan emocjonalny)				
	R	-0,47	-0,16	-0,35
	<i>P</i> -value	0,0001	0,0729	0,0001

n – liczba chorych, R – współczynnik korelacji

5. Ocena natężenia stresu u chorych na POChP a jakość życia.

Preferowane style radzenia sobie ze stresem

5.1. Natężenie stresu u chorych na POChP

Analiza dotycząca oceny natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową mierzona Skalą Odczuwanego Stresu (PSS-10) wykazała, że Grupa II charakteryzowała się istotnie wyższym poziomem stresu w porównaniu do Grupy I ($p = 0,0001$). Wyniki przedstawia tabela nr 23.

Tabela 23. Wyniki stenowe Skali PSS-10 dla Grupy I i Grupy II

Pytania kwestionariusza PSS-10	Grupa I (n = 119)	Grupa II (n = 121)	Łącznie (n = 240)	Test, <i>P</i> -value
1	1 (0,8%)	0 (0,0%)	1 (0,4%)	U M-W; 0,0001
2	1 (0,8%)	3 (2,5%)	4 (1,7%)	
3	7 (5,9%)	7 (5,8%)	14 (5,8%)	
4	22 (18,5%)	5 (4,1%)	27 (11,3%)	
5	19 (16,0%)	14 (11,6%)	33 (13,8%)	
6	24 (20,2%)	20 (16,5%)	44 (18,3%)	
7	22 (18,5%)	21 (17,4%)	43 (17,9%)	
8	15 (12,6%)	27 (22,3%)	42 (17,5%)	
9	6 (5,0%)	17 (14,0%)	23 (9,6%)	
10	2 (1,7%)	7 (5,8%)	9 (3,8%)	

n – liczba chorych

W Grupie I wykazano, że niski poziom nasilenia stresu (1 sten–4 steny) charakteryzował 26,1% badanych, przeciętny poziom (5–6 stenów) 36,1% osób, a wysoki poziom (7–10 stenów) 37,8% chorych. Natomiast wyniki badań w Grupie II wskazują, że niski poziom nasilenia stresu (1 sten–4 steny) charakteryzował 12,4% badanych, przeciętny poziom (5–6 stenów) 28,1% osób, a wysoki poziom stresu (7–10 stenów) 59,5% chorych. Uzyskane wyniki przedstawia tabela nr 24.

Tabela 24. Poziom stresu dla Grupy I i Grupy II na podstawie kwestionariusza PSS-10

	Grupa I (n = 119)	Grupa II (n = 121)	Łącznie (n = 240)	Test, <i>P</i>-value
Niski (1 sten–4 steny)	31 (26,1%)	15 (12,4%)	46 (19,2%)	U M-W; 0,0010
Przeciętny (5–6 stenów)	43 (36,1%)	34 (28,1%)	77 (32,1%)	
Wysoki (7–10 stenów)	45 (37,8%)	72 (59,5%)	117 (48,8%)	

n – liczba chorych

5.2. Poziom stresu u chorych na POChP a zmienne demograficzne

5.2.1. Poziom stresu a płeć

W Grupie II istotnie większe nasilenie stresu występowało wśród kobiet ($p = 0,0231$). W Grupie I nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności nasilenia stresu względem płci ($p = 0,6891$). Uzyskane wyniki przedstawia tabela nr 25.

Tabela 25. Charakterystyka badanych grup pod względem wyników kwestionariusza PSS-10 (wynik stenowy) oraz płci

Pytania kwestionariusza PSS-10		K	M	Łącznie	Test, <i>P</i> -value
Grupa I					
	1	0 (0,0%)	1 (1,4%)	1 (0,8%)	U M-W; 0,6891
	2	1 (2,2%)	0 (0,0%)	1 (0,8%)	
	3	2 (4,4%)	5 (6,8%)	7 (5,9%)	
	4	7 (15,6%)	15 (20,3%)	22 (18,5%)	
	5	9 (20,0%)	10 (13,5%)	19 (16,0%)	
	6	9 (20,0%)	15 (20,3%)	24 (20,2%)	
	7	7 (15,6%)	15 (20,3%)	22 (18,5%)	
	8	6 (13,3%)	9 (12,2%)	15 (12,6%)	
	9	3 (6,7%)	3 (4,1%)	6 (5,0%)	
	10	1 (2,2%)	1 (1,4%)	2 (1,7%)	
Grupa II					
	1	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	U M-W; 0,0231
	2	1 (2,0%)	2 (2,8%)	3 (2,5%)	
	3	2 (4,1%)	5 (7,0%)	7 (5,8%)	
	4	2 (4,1%)	3 (4,2%)	5 (4,2%)	
	5	4 (8,2%)	10 (14,1%)	14 (11,7%)	
	6	5 (10,2%)	15 (21,1%)	20 (16,7%)	
	7	9 (18,4%)	12 (16,9%)	21 (17,5%)	
	8	13 (26,5%)	14 (19,7%)	27 (22,5%)	
	9	8 (16,3%)	8 (11,3%)	16 (13,3%)	
	10	5 (10,2%)	2 (2,8%)	7 (5,8%)	
Grupa I + Grupa II					
	1	0 (0,0%)	1 (0,7%)	1 (0,4%)	U M-W; 0,0506
	2	2 (2,1%)	2 (1,4%)	4 (1,7%)	
	3	4 (4,3%)	10 (6,9%)	14 (5,9%)	
	4	9 (9,6%)	18 (12,4%)	27 (11,3%)	
	5	13 (13,8%)	20 (13,8%)	33 (13,8%)	
	6	14 (14,9%)	30 (20,7%)	44 (18,4%)	
	7	16 (17,0%)	27 (18,6%)	43 (18,0%)	
	8	19 (20,2%)	23 (15,9%)	42 (17,6%)	
	9	11 (11,7%)	11 (7,6%)	22 (9,2%)	
	10	6 (6,4%)	3 (2,1%)	9 (3,8%)	

K – kobiety, M – mężczyźni

5.2.2. Poziom stresu a wiek

W Grupie I wraz ze wzrostem wieku pacjentów występowało większe nasilenie stresu (współczynnik korelacji $R = 0,29$, $p = 0,0012$). W Grupie II wraz ze wzrostem wieku chorych zmniejszało się nasilenie stresu (współczynnik korelacji $R = -0,22$, $p = 0,0155$). Uzyskane wyniki przedstawia tabela nr 26.

Tabela 26. Korelacja wyników kwestionariusza PSS-10 (wynik stenowy) w badanych grupach oraz wieku

	R	P-value
Grupa I	0,29	0,0012
Grupa II	-0,22	0,0155
Grupa I + Grupa II	0,08	0,1895

R – współczynnik korelacji

5.2.3. Poziom stresu a wykształcenie

W Grupie I wraz ze wzrostem stopnia wykształcenia pacjentów występowało mniejsze nasilenie stresu (współczynnik korelacji $R = -0,25$, $p = 0,0060$). Nie stwierdzono istotności statystycznej w Grupie II. Wyniki przedstawia tabela nr 27.

Tabela 27. Korelacja wyników kwestionariusza PSS-10 (wynik stenowy) w badanych grupach oraz wykształcenia

	R	P-value
Grupa I	-0,25	0,0060
Grupa II	0,10	0,2698
Grupa I + Grupa II	-0,14	0,0356

R – współczynnik korelacji

5.2.4. Poziom stresu a miejsce zamieszkania

Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności tłumienia negatywnych emocji i miejsca zamieszkania w poszczególnych grupach klinicznych.

5.3. Natężenie stresu u chorych na POChP a jakość życia

Analiza grup klinicznych wykazała, że wzrost wieku chorych miał wpływ na obniżenie się jakości życia z równoczesnym wzrostem natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową. Wyniki przedstawia tabela nr 28.

Tabela 28. Korelacja wyników kwestionariusza CAT (wynik przedziałowy) w badanych grupach oraz kwestionariusza PSS-10

	R	P-value
Grupa I	0,31	0,0006
Grupa II	0,50	0,0001
Grupa I + Grupa II	0,44	0,0001

R – współczynnik korelacji

5.4. Natężenie stresu u chorych na POChP a percepcja choroby

Jak wynika z dokonanej analizy statystycznej w Grupie I – wraz ze wzrostem natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową zwiększały się także wyobrażenia chorych dotyczące wpływu POChP na codzienne życie (większy wpływ), czas trwania choroby (dłuższy czas), nasilenie objawów klinicznych (więcej objawów), zamartwianie się (większe zamartwianie się), w tej grupie chorych pogarszał się także stan emocjonalny. Natomiast wraz ze wzrostem natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową malała percepcja choroby związana z poczuciem kontroli (zmniejsza się) i efektywnością leczenia.

W Grupie II wraz ze wzrostem natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową zwiększały się wyobrażenia chorych związane z wpływem na życie, czasem trwania, nasileniem objawów, zamartwianiem się oraz wpływem na stan emocjonalny.

W całej badanej populacji wraz ze wzrostem natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową rosła percepcja choroby związana z wpływem na życie, czasem trwania, nasileniem objawów, zamartwianiem się oraz wpływem na stan emocjonalny. Natomiast wraz ze wzrostem natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową chorego malała percepcja choroby związana z efektywnością leczenia. Uzyskane wyniki przedstawia tabela nr 29.

Tabela 29. Korelacja wyników kwestionariusza PSS-10 (wynik przedziałowy) w badanych grupach oraz Kwestionariusza Percepcji Choroby B-IPQ

Pytania kwestionariusza B-IPQ		Grupa I (n = 119)	Grupa II (n = 121)	Łącznie (n = 240)
IPQ1	R	0,37	0,29	0,40
	<i>P</i> -value	0,0001	0,0012	0,0001
IPQ2	R	0,32	0,27	0,35
	<i>P</i> -value	0,0004	0,0028	0,0001
IPQ3	R	-0,19	0,03	-0,08
	<i>P</i> -value	0,0425	0,7824	0,2098
IPQ4	R	-0,21	-0,14	-0,21
	<i>P</i> -value	0,0240	0,1299	0,0010
IPQ5	R	0,37	0,45	0,47
	<i>P</i> -value	0,0001	0,0001	0,0001
IPQ6	R	0,35	0,46	0,45
	<i>P</i> -value	0,0001	0,0001	0,0001
IPQ7	R	0,04	-0,03	0,03
	<i>P</i> -value	0,6680	0,7715	0,6398
IPQ8	R	0,48	0,56	0,55
	<i>P</i> -value	0,0001	0,0001	0,0001

n – liczba chorych, R – współczynnik korelacji

5.5. Natężenie stresu u chorych na POChP a akceptacja choroby

W Grupie I oraz u wszystkich chorych łącznie wraz ze wzrostem natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową maleje poziom akceptacji choroby. W Grupie II nie stwierdzono istotnych różnic statystycznych. Wyniki przedstawia tabela nr 30.

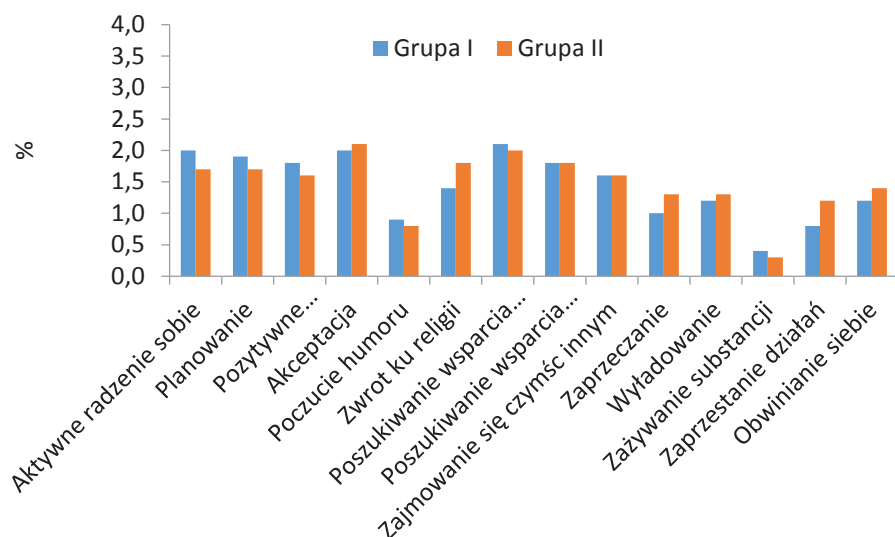
Tabela 30. Korelacja wyników kwestionariusza PSS-10 (wynik przedziałowy) w badanych grupach oraz Skali Akceptacji Choroby AIS

	R	P-value
Grupa I	-0,28	0,0021
Grupa II	-0,14	0,1367
Grupa I + Grupa II	-0,24	0,0002

R – współczynnik korelacji

5.6. Strategie radzenia sobie ze stresem u chorych na POChP

Analiza strategii radzenia sobie ze stresem mierzona kwestionariuszem Mini-COPE wykazała, że pacjenci w Grupie I istotnie częściej stosowali strategię „aktywne radzenie sobie” w porównaniu do Grupy II ($p = 0,0346$). Natomiast w Grupie II pacjenci istotnie częściej stosowali strategię „zwrot ku religii” w porównaniu do Grupy I ($p = 0,0165$). Chorzy w Grupie II także istotnie częściej stosowali strategię „zaprzestanie działań” w porównaniu do Grupy I ($p = 0,0001$). Uzyskane wyniki przedstawia rycina nr 12.



Rycina 12. Rozkład wyników kwestionariusza Mini-COPE w Grupie I i w Grupie II (strategie radzenia sobie ze stresem)

5.7. Strategie radzenia sobie ze stresem u chorych na POChP

a zmienne demograficzne

5.7.1. Strategie radzenia sobie ze stresem u chorych na POChP a płeć

W Grupie I kobiety w porównaniu do mężczyzn istotnie częściej stosowały strategie: „pozytywne przewartościowanie”, „zwrot ku religii”, „poszukiwanie wsparcia emocjonalnego” ($p < 0,05$). Natomiast mężczyźni istotnie częściej stosowali strategię „zażywanie substancji psychoaktywnych” w porównaniu do kobiet ($p = 0,0288$).

W Grupie II nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności częstości stosowania danych strategii ze względu na płeć ($p > 0,05$).

W całej populacji badanych osób kobiety istotnie częściej stosowały strategie: „pozytywne przewartościowanie”, „zwrot ku religii”, „poszukiwanie wsparcia emocjonalnego” oraz „poszukiwanie wsparcia instrumentalnego” w porównaniu do mężczyzn ($p < 0,05$). Strategia „zażywanie substancji psychoaktywnych” była bardziej charakterystyczna dla mężczyzn ($p = 0,0076$).

5.7.2. Strategie radzenia sobie ze stresem u chorych na POChP a wiek

W Grupie I im starsi chorzy, tym rzadziej stosowali strategie: „aktywne radzenie sobie”, „planowanie”, „pozytywne przewartościowanie”, „akceptacja”, „poszukiwanie wsparcia emocjonalnego”, „poszukiwanie wsparcia instrumentalnego” oraz „zajmowanie się czymś innym”. Z kolei wraz ze wzrostem wieku pacjenci częściej stosowali strategie „zaprzestanie działań”.

W Grupie II wraz ze wzrostem wieku badani rzadziej stosowali strategię dla kategorii „obwinianie siebie”.

W łącznej grupie wraz ze wzrostem wieku chorzy rzadziej stosowali strategie: „aktywne radzenie sobie”, „planowanie”, „pozytywne przewartościowanie” oraz „zajmowanie się czymś innym”. Natomiast wraz ze wzrostem wieku pacjenci częściej stosowali strategie: „zaprzestanie działań” i „zwrot ku religii”. Uzyskane wyniki przedstawia tabela nr 31.

Tabela 31. Korelacja wyników kwestionariusza Mini-COPE w badanych grupach oraz wieku

		Grupa I (n = 119)	Grupa II (n = 121)	Łącznie (n = 240)
Aktywne radzenie sobie	R	-0,32	-0,16	-0,26
	<i>P</i> -value	0,0005	0,0761	0,0001
Planowanie	R	-0,33	-0,08	-0,22
	<i>P</i> -value	0,0002	0,3860	0,0005
Pozytywne przewartościowanie	R	-0,22	-0,04	-0,14
	<i>P</i> -value	0,0148	0,6779	0,0350
Akceptacja	R	-0,21	-0,02	-0,08
	<i>P</i> -value	0,0224	0,8589	0,2326
Poczucie humoru	R	-0,18	0,12	-0,03
	<i>P</i> -value	0,0538	0,2035	0,6524
Zwrot ku religii	R	0,08	0,14	0,14
	<i>P</i> -value	0,3823	0,1293	0,0257
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	R	-0,20	0,01	-0,08
	<i>P</i> -value	0,0294	0,8760	0,2018
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	R	-0,23	-0,01	-0,11
	<i>P</i> -value	0,0121	0,9380	0,0975
Zajmowanie się czymś innym	R	-0,21	-0,14	-0,18
	<i>P</i> -value	0,0214	0,1336	0,0044
Zaprzeczanie	R	-0,07	-0,06	-0,04
	<i>P</i> -value	0,4654	0,4937	0,5182
Wyladowanie	R	-0,08	-0,02	-0,02
	<i>P</i> -value	0,3693	0,8647	0,7727
Zażywanie substancji psychoaktywnych	R	-0,09	-0,07	-0,09
	<i>P</i> -value	0,3293	0,4195	0,1512
Zaprzestanie działań	R	0,26	-0,10	0,13
	<i>P</i> -value	0,0051	0,2971	0,0392
Obwinianie siebie	R	0,04	-0,20	-0,06
	<i>P</i> -value	0,6946	0,0283	0,3523

n – liczba chorych, R – współczynnik korelacji

5.7.3. Strategie radzenia sobie ze stresem u chorych na POChP a wykształcenie

W Grupie I wraz ze wzrostem stopnia wykształcenia pacjenci częściej stosowali strategię dotyczącą „planowania”. Natomiast wraz ze wzrostem stopnia wykształcenia chorzy rzadziej stosowali strategię „zwrot ku religii”.

W Grupie II wraz ze wzrostem stopnia wykształcenia pacjenci częściej stosowali strategię „obwinianie siebie”. Z kolei wraz ze wzrostem stopnia wykształcenia badani rzadziej stosowali strategie: „zwrot ku religii”, „poszukiwanie wsparcia instrumentalnego” oraz „zaprzestanie działań”.

W łącznej grupie badanych wraz ze wzrostem stopnia wykształcenia pacjenci częściej stosowali strategię dotyczącą „planowania”. Natomiast wraz ze wzrostem stopnia wykształcenia pacjenci rzadziej stosowali strategie: „zwrot ku religii” oraz „zaprzestanie działań”. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli nr 32.

Tabela 32. Korelacja wyników kwestionariusza Mini-COPE w badanych grupach oraz wykształcenia

		Grupa I (n = 119)	Grupa II (n = 121)	Łącznie (n = 240)
Aktywne radzenie sobie	R	0,10	0,04	0,10
	<i>P</i> -value	0,2687	0,6623	0,1212
Planowanie	R	0,21	0,09	0,18
	<i>P</i> -value	0,0235	0,3279	0,0057
Pozytywne przewartościowanie	R	0,13	-0,02	0,07
	<i>P</i> -value	0,1500	0,8137	0,2857
Akceptacja	R	-0,01	-0,08	-0,07
	<i>P</i> -value	0,9525	0,3834	0,3025
Poczucie humoru	R	-0,03	-0,07	-0,04
	<i>P</i> -value	0,7181	0,4779	0,5829
Zwrot ku religii	R	-0,29	-0,21	-0,28
	<i>P</i> -value	0,0012	0,0208	0,0001
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	R	0,02	-0,13	-0,06
	<i>P</i> -value	0,8666	0,1596	0,3448
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	R	0,04	-0,21	-0,09
	<i>P</i> -value	0,7030	0,0239	0,1706
Zajmowanie się czymś innym	R	0,05	0,05	0,06
	<i>P</i> -value	0,6208	0,6240	0,3802
Zaprzeczanie	R	-0,12	0,00	-0,09
	<i>P</i> -value	0,1847	0,9666	0,1620
Wyladowanie	R	-0,05	-0,08	-0,10
	<i>P</i> -value	0,6073	0,3999	0,1139
Zażywanie substancji psychoaktywnych	R	-0,04	-0,08	-0,04
	<i>P</i> -value	0,6413	0,3823	0,4984
Zaprzestanie działań	R	-0,18	-0,30	-0,31
	<i>P</i> -value	0,0545	0,0008	0,0001
Obwinianie siebie	R	-0,14	0,20	0,01
	<i>P</i> -value	0,1404	0,0300	0,8397

n – liczba chorych, R – współczynnik korelacji

5.7.4. Strategie radzenia sobie ze stresem u chorych na POChP

a miejsce zamieszkania

Analiza wykazała tylko istotną zależność dla Grupy II. Wraz ze wzrostem liczby mieszkańców w miejscu zamieszkania pacjenci częściej stosowali strategię „zajmowanie się czymś innym”.

5.8. Strategie radzenia sobie ze stresem u chorych na POChP a jakość życia

Dokonując analizy statystycznej jakości życia i strategii radzenia sobie ze stresem, wykazano, że w Grupie I wraz z pogorszeniem się jakości życia chorego rosła częstość stosowania strategii: „zwrot ku religii”, „wyładowanie” oraz „zaprzestanie działań”. Natomiast w Grupie II wraz z obniżeniem się jakości życia pacjenta rosła częstość stosowania strategii: „zaprzeczanie”, „obwinianie siebie” oraz „zaprzestanie działań”. U wszystkich badanych wraz z pogorszeniem się poziomu jakości życia wzrastała częstość stosowania strategii: „wyładowanie”, „obwinianie siebie” oraz „zaprzestanie działań”. Wyniki przedstawia tabela nr 33.

Tabela 33. Korelacja wyników kwestionariusza CAT (wynik przedziałowy) w badanych grupach oraz Inwentarza Mini-COPE

		Grupa I (n = 119)	Grupa II (n = 121)	Łącznie (n = 240)
Aktywne radzenie sobie	R	-0,11	0,10	-0,06
	<i>P</i> -value	0,2275	0,2897	0,3205
Planowanie	R	-0,09	-0,09	-0,12
	<i>P</i> -value	0,3090	0,3514	0,0677
Pozytywne przewartościowanie	R	-0,18	-0,03	-0,12
	<i>P</i> -value	0,0540	0,7795	0,0613
Akceptacja	R	0,01	0,01	0,08
	<i>P</i> -value	0,9218	0,9368	0,2386
Poczucie humoru	R	-0,10	0,03	-0,04
	<i>P</i> -value	0,2662	0,7310	0,5351
Zwrot ku religii	R	0,21	-0,06	0,15
	<i>P</i> -value	0,0219	0,4925	0,0197
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	R	-0,01	-0,07	-0,01
	<i>P</i> -value	0,8748	0,4683	0,8823
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	R	-0,05	0,07	0,02
	<i>P</i> -value	0,5584	0,4608	0,7049
Zajmowanie się czymś innym	R	-0,06	-0,06	-0,07
	<i>P</i> -value	0,4973	0,4867	0,2962
Zaprzeczanie	R	-0,08	0,19	0,10
	<i>P</i> -value	0,3712	0,0419	0,1090
Wyladowanie	R	0,20	0,16	0,22
	<i>P</i> -value	0,0271	0,0709	0,0005
Zażywanie substancji psychoaktywnych	R	-0,02	0,05	-0,02
	<i>P</i> -value	0,8270	0,6133	0,7342
Zaprzestanie działań	R	0,26	0,31	0,39
	<i>P</i> -value	0,0039	0,0005	0,0001
Obwinianie siebie	R	0,03	0,22	0,16
	<i>P</i> -value	0,7531	0,0135	0,0109

n – liczba chorych, R – współczynnik korelacji

5.9. Strategie radzenia sobie ze stresem u chorych na POChP a poziom natężenia stresu

W Grupie I wraz ze wzrostem natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową chorzy częściej stosowali strategie: „zwrot ku religii” oraz „obwinianie siebie”. W Grupie II wraz ze wzrostem natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową pacjenci częściej stosowali strategie: „zaprzeczanie”, „wyładowanie”, „zaprzestanie działań” oraz „obwinianie siebie”. U wszystkich badanych wraz ze wzrostem natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową wykazano częstsze stosowanie strategii: „zwrot ku religii”, „zaprzeczanie”, „wyładowanie”, „zaprzestanie działań” oraz „obwinianie siebie”. Uzyskane wyniki przedstawia tabela nr 34.

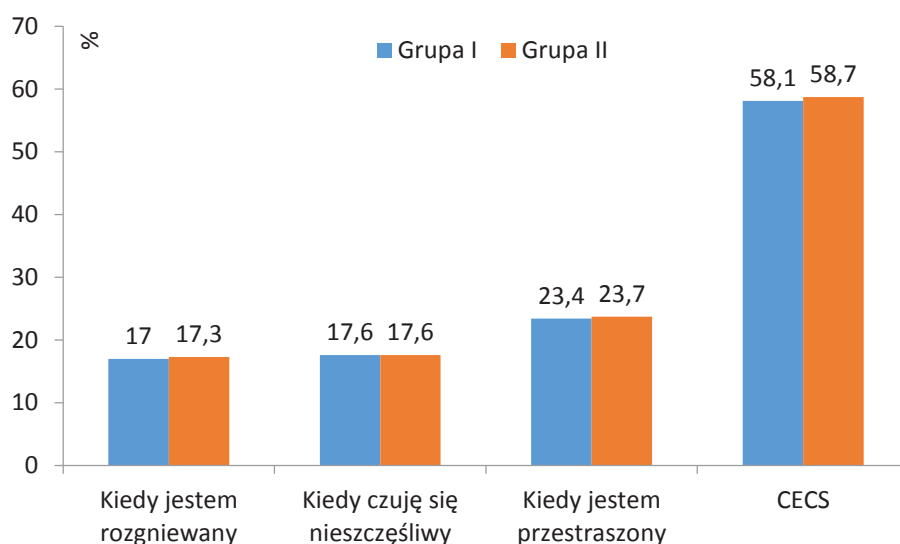
Tabela 34. Korelacja wyników kwestionariusza PSS-10 (wynik przedziałowy) w badanych grupach oraz Inwentarza Mini-COPE

		Grupa I (n = 119)	Grupa II (n = 121)	Łącznie (n = 240)
Aktywne radzenie sobie	R	-0,09	0,17	0,01
	<i>P</i> -value	0,3227	0,0624	0,9753
Planowanie	R	-0,06	-0,02	-0,07
	<i>P</i> -value	0,5111	0,8286	0,2696
Pozytywne przewartościowanie	R	-0,16	0,03	-0,08
	<i>P</i> -value	0,0791	0,7063	0,2227
Akceptacja	R	-0,01	-0,12	-0,03
	<i>P</i> -value	0,9129	0,1892	0,6228
Poczucie humoru	R	-0,16	0,05	-0,06
	<i>P</i> -value	0,0768	0,6004	0,3360
Zwrot ku religii	R	0,28	-0,03	0,18
	<i>P</i> -value	0,0020	0,7586	0,0044
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	R	-0,14	-0,08	-0,11
	<i>P</i> -value	0,1183	0,3578	0,1018
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	R	-0,10	-0,10	-0,09
	<i>P</i> -value	0,3023	0,2941	0,1664
Zajmowanie się czymś innym	R	-0,05	0,03	-0,02
	<i>P</i> -value	0,5605	0,7526	0,7973
Zaprzeczanie	R	-0,02	0,31	0,18
	<i>P</i> -value	0,8006	0,0004	0,0054
Wyladowanie	R	0,13	0,32	0,26
	<i>P</i> -value	0,1576	0,0003	0,0001
Zażywanie substancji psychoaktywnych	R	-0,03	0,00	-0,03
	<i>P</i> -value	0,7489	0,9914	0,6721
Zaprzestanie działań	R	0,18	0,21	0,25
	<i>P</i> -value	0,0515	0,0238	0,0001
Obwinianie siebie	R	0,18	0,33	0,27
	<i>P</i> -value	0,0485	0,0002	0,0001

n – liczba chorych, R – współczynnik korelacji

6. Subiektywna ocena kontroli gniewu, depresji i lęku a jakość życia

Analiza wykazała, że poszczególne grupy badanych nie różniły się istotnie statystycznie w zakresie kontroli trzech podstawowych emocji (gniew, lęk i depresja) mierzonych Skalą Kontroli Emocji CECS.



Rycina 13. Rozkład wyników kwestionariusza CECS w Grupie I i w Grupie II

6.1. Kontrola emocji u chorych z POChP a zmienne demograficzne

W obu grupach chorych nie stwierdzono istotnej zależności w zakresie kontroli emocji ze względu na płeć ($p > 0,05$). Jednak w całej populacji kobiety istotnie częściej tłumiły negatywne emocje w skali depresji w porównaniu do mężczyzn ($p = 0,0413$). Wyniki analizy przedstawia tabela nr 35.

Tabela 35. Charakterystyka wszystkich pacjentów pod względem wyników Skali Kontroli Emocji (CECS) oraz płci

Kwestionariusz CECS	K	M	Łącznie	Test, <i>P</i> -value
Kiedy jestem rozgniewany (gniew)				
śr. (SD)	17,1 (2,1)	17,3 (2,2)	17,2 (2,2)	
95%CI	[16,6;17,5]	[16,9;17,6]	[16,9;17,5]	
zakres (min–max)	11,0–23,0	8,0–24,0	8,0–24,0	
mediana	17,0	17,0	17,0	U M-W; 0,4402
Kiedy czuję się nieszczęśliwy (depresja)				
śr. (SD)	18,1 (2,5)	17,3 (2,0)	17,6 (2,2)	
95%CI	[17,6;18,6]	[17,0;17,7]	[17,4;17,9]	
zakres (min–max)	13,0–26,0	11,0–22,0	11,0–26,0	
mediana	18,0	17,0	17,0	U M-W; 0,0413
Kiedy jestem przestraszony (lęk)				
śr. (SD)	23,8 (3,2)	23,4 (2,4)	23,6 (2,7)	
95%CI	[23,2;24,5]	[23,0;23,8]	[23,2;23,9]	
zakres (min–max)	17,0–39,0	13,0–29,0	13,0–39,0	
mediana	24,0	23,0	24,0	U M-W; 0,3695
CECS				
śr. (SD)	59,0 (5,7)	58,0 (4,5)	58,4 (5,0)	
95%CI	[57,8;60,1]	[57,3;58,7]	[57,7;59,0]	
zakres (min–max)	48,0–83,0	39,0–69,0	39,0–83,0	
mediana	58,0	57,0	58,0	U M-W; 0,3480

K – kobiety, M – mężczyźni

Analiza wykazała ponadto istotną zależność statystyczną pomiędzy wykształceniem badanych a tłumieniem negatywnych emocji. W Grupie I wraz ze wzrostem wykształcenia chorych rosło tłumienie emocji w zakresie depresji (współczynnik korelacji $R = 0,19$; $p = 0,0415$). U wszystkich pacjentów łącznie wraz ze wzrostem wykształcenia malało tłumienie negatywnych emocji w zakresie gniewu (współczynnik korelacji $R = 0,13$; $p = 0,0379$). Uzyskane wyniki pokazano w tabeli nr 36.

Tabela 36. Korelacja wyników kwestionariusza CECS w badanych grupach oraz wykształcenia

Kwestionariusz CECS		Grupa I (n = 119)	Grupa II (n = 121)	Łącznie (n = 240)
Kiedy jestem rozgniewany (gniew)				
	R	-0,17	-0,07	-0,13
	<i>P</i> -value	0,0638	0,4292	0,0379
Kiedy czuję się nieszczęśliwy (depresja)				
	R	0,19	-0,12	0,03
	<i>P</i> -value	0,0415	0,1802	0,6369
Kiedy jestem przestraszony (lęk)				
	R	0,08	-0,08	-0,02
	<i>P</i> -value	0,3955	0,3922	0,8076
CECS				
	R	0,07	-0,12	-0,04
	<i>P</i> -value	0,4230	0,2033	0,5533

n – liczba chorych, R – współczynnik korelacji

W dalszej analizie nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy wiekiem badanych i miejscem zamieszkania a tłumieniem negatywnych emocji w badanych grupach.

6.2. Kontrola negatywnych emocji a jakość życia chorych na POChP

We wszystkich grupach badawczych dla skali gniewu, lęku wraz ze wzrostem stanu wpływu choroby na życie chorego (obniżeniem się jakości życia) zwiększał się poziom tłumienia negatywnych emocji. Wyniki przedstawia tabela nr 37.

Tabela 37. Korelacja wyników kwestionariusza CAT (wynik przedziałowy) w badanych grupach oraz kwestionariusza kontroli emocji CECS

Kwestionariusz CECS		Grupa I (n = 119)	Grupa II (n = 121)	Łącznie (n = 240)
Kiedy jestem rozgniewany (gniew)				
	R	0,21	0,20	0,22
	P-value	0,0205	0,0272	0,0007
Kiedy czuję się nieszczęśliwy (depresja)				
	R	-0,01	0,09	0,06
	P-value	0,8850	0,3320	0,3791
Kiedy jestem przestraszony (lęk)				
	R	0,20	0,32	0,27
	P-value	0,0334	0,0004	0,0001
CECS				
	R	0,19	0,34	0,28
	P-value	0,0395	0,0002	0,0001

n – liczba chorych, R – współczynnik korelacji

6.3. Kontrola negatywnych emocji u chorych na POChP a natężenie stresu

We wszystkich grupach dla skali gniewu i lęku wraz ze wzrostem natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową zwiększało się tłumienie negatywnych emocji. Uzyskane wyniki pokazuje tabela nr 38.

Tabela 38. Korelacja wyników kwestionariusza PSS-10 (wynik przedziałowy) w badanych grupach oraz kwestionariusza kontroli emocji CECS

Kwestionariusz CECS		Grupa I (n = 119)	Grupa II (n = 121)	Łącznie (n = 240)
Kiedy jestem rozgniewany (gniew)				
	R	0,19	0,20	0,20
	P-value	0,0350	0,0313	0,0015
Kiedy czuję się nieszczęśliwy (depresja)				
	R	-0,06	0,10	0,01
	P-value	0,4949	0,2589	0,8826
Kiedy jestem przestraszony (lęk)				
	R	0,28	0,31	0,30
	P-value	0,0021	0,0005	0,0001
CECS				
	R	0,17	0,30	0,25
	P-value	0,0608	0,0007	0,0001

n – liczba chorych, R – współczynnik korelacji

6.4. Kontrola negatywnych emocji u chorych na POChP a akceptacja choroby

Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności wyników kwestionariusza AIS oraz CECS.

V. Dyskusja

POChP należy do najważniejszych problemów zdrowia publicznego oraz jest jedną z głównych przyczyn chorobowości i przedwczesnej umieralności zarówno w Polsce, jak i na świecie.

Tematyka jakości życia oraz psychologiczne aspekty chorych na POChP są częścią badań medycznych. Wynika to przede wszystkim z holistycznego spojrzenia na człowieka, na jego zdrowie i chorobę. Badanie jakości życia i zmiennych psychologicznych jest przydatne zarówno ze względów praktycznych, jak i naukowych. Postrzeganie chorego jako partnera w procesie leczenia pomaga w przygotowaniu skutecznego i kompleksowego programu terapeutycznego [122].

Na jakość życia u chorych na POChP wpływa wiele czynników jak np. płeć, palenie tytoniu, status materialny, samotność, liczba zaostrzeń, choroby współistniejące, wpływ farmakoterapii, korzyści z rehabilitacji, aktywność fizyczna, wpływ edukacji, oddziaływania psychologiczne, czas trwania choroby, wiek pacjenta, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stopień obturacji dróg oddechowych, stany depresyjne, stany lękowe, praca zawodowa itd. Z uwagi na obszerność możliwych analiz w niniejszej pracy ograniczono się tylko do wybranych zmiennych klinicznych, psychologicznych i demograficznych.

Do badań włączono 240 pacjentów pochodzących z kilku podmiotów medycznych w województwie pomorskim. Wśród badanych przeważali mężczyźni (60%). Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku powyżej 60 lat (65,7%). W analizowanej populacji najwięcej osób posiadało wykształcenie podstawowe (34,1%), a najmniej wyższe (4,1%). Pod względem miejsca zamieszkania 45% pochodziło z małych miast do 50 tys. mieszkańców, licznie też były reprezentowane osoby ze wsi (36%).

Badana populacja została podzielona na dwie grupy kliniczne według stopnia obturacji dróg oddechowych. Do pierwszej grupy (Grupa I) włączono osoby z pierwszym i drugim stopniem spirometrycznej klasyfikacji POChP, natomiast do drugiej (Grupa II) zaliczono osoby ze stopniem trzecim i czwartym spirometrycznej klasyfikacji POChP. Grupa I stanowiła 49,5% badanych, z kolei Grupa II to 50,42% chorych.

1. Jakość życia chorych na POChP

Badania jakości życia chorych na POChP zyskują coraz większe znaczenie w naukach medycznych. Stanowią cenne uzupełnienie oceny stanu klinicznego pacjenta, efektywności leczenia, efektywności programów profilaktyczno-edukacyjnych, a także akceptacji samego sposobu leczenia przez chorego. Jak wspomniano wcześniej, w literaturze medycznej i psychologicznej stosowane są różne definicje „jakości życia” i różne metody jej pomiaru. Wynika to przede wszystkim z abstrakcyjności samego pojęcia, jak również z różnorodności jednostek chorobowych, którymi zajmują się badacze.

Stan zdrowia chorych na POChP jest oceniany przy użyciu kilku różnych kwestionariuszy. Wciąż jedną z najpopularniejszych metod oceny jakości życia chorych na POChP jest Kwestionariusz Szpitala Świętego Jerzego (SGRQ). W ostatnim czasie coraz częściej w ocenie jakości życia chorych na POChP używa się szybkiego testu przesiewowego *COPD Assessment Test* (CAT). Kwestionariusz jest łatwy do zrozumienia i wypełnienia przez pacjentów, a analiza wyników jest prostsza niż w teście SGRQ. Istnieje również coraz więcej dowodów [116, 123, 124] na to, że CAT jest obiecującym narzędziem do szacowania zaostrzeń POChP. W związku z tym wyniki uzyskane za pomocą CAT mogą być przydatnym wskaźnikiem w badaniach klinicznych, mogą służyć do oceny skuteczności leczenia, a także do monitorowania stanu zdrowia pacjenta [116, 123]. Mackay i wsp. [124] na podstawie badań 161 chorych na POChP udowodnili, że CAT dobrze różnicuje pacjentów w zależności od stopnia ciężkości zaostrzenia.

Wyniki dotychczasowych badań umożliwiły wyodrębnienie wielu czynników o potencjalnym wpływie HRQoL chorych na POChP. Można wśród nich wyróżnić trzy najważniejsze grupy: parametry kliniczne, charakterystyki demograficzne i czynniki psychologiczne. POChP jest chorobą o zmiennym przebiegu, wymagającą stałego leczenia, a objawy wpływają na wszystkie aspekty życia człowieka. Symptomy takie jak: duszność, plwocina, kaszel, zła tolerancja wysiłku często prowadzą do ograniczenia życiowej aktywności chorego. Inne objawy,

np. napadowa duszność czy krwiotłucie, mogą powodować stany lękowe związane z poczuciem zagrożenia życia i pogarszać ogólną jakość życia. Ostatecznie POChP może prowadzić do inwalidztwa, co dodatkowo może pogłębić codzienne problemy chorego. Choroba wpływa ponadto na kontakty i relacje interpersonalne. Znaczna część chorych na POChP ma problemy z normalnym funkcjonowaniem w pracy, w rodzinie [125].

Badania nad jakością życia chorych na POChP wykonywane są w wielu ośrodkach medycznych na świecie. Również w Polsce wielu badaczy zajmuje się tym zagadnieniem. Rzadko jednak do badań wykorzystuje się podział badanych ze względu na stopnie obturacji dróg oddechowych. W 2011 r. eksperci GOLD zaproponowali nowy podział zaawansowania POChP, uwzględniający stopień obturacji oskrzeli i nasilenie duszności lub innych objawów oraz ocenę przyszłego ryzyka wystąpienia zaostrzenia. Pomimo zmienionego podejścia do rozpoznawania POChP badania spirometryczne są wciąż podstawowymi testami wykorzystywanymi do stawiania diagnozy, wyniki tych badań są łatwo dostępne w dokumentacji medycznej chorych, a także zrozumiałe dla wszystkich lekarzy, stąd też – głównie ze względów praktycznych – autor pracy zdecydował się na wyżej wymieniony podział kliniczny.

W pracy dokonano oceny ogólnej jakości życia mierzonej Testem CAT w obszarach klinicznych takich jak: kaszel, zaleganie wydzieliny, ucisk w klatce piersiowej, duszność, aktywność domowa, sprawność ruchowa, sen oraz energia do działania.

Średnia ogólna jakość życia dla wszystkich pacjentów wynosiła 22,8 pkt. Wynik ten oznacza, że POChP istotnie wpływa na życie chorych, znacząco obniżając jakość życia. Największy wpływ na życie pacjentów miała duszność, trudności w aktywności domowej, kaszel, brak energii do działania oraz zaburzenia snu. Nieco mniej problemów sprawiał chorym ucisk w klatce piersiowej. Większość badań prowadzonych na świecie potwierdza, że najważniejszą przyczyną obniżenia się jakości życia chorych na POChP jest duszność i duszność [129, 130, 132, 134].

Dokonując podziału chorych na dwie grupy kliniczne, stwierdzono, iż grupy te w zakresie oceny jakości życia różnią się od siebie. Wpływ POChP na jakość życia osób w Grupie II był istotnie wyższy ($p = 0,0001$). Średnia jakość życia chorych na POChP w Grupie I wynosiła 18,6, co oznacza umiarkowany wpływ choroby na życie, natomiast średnia jakość życia w Grupie II wynosiła 26,8, co oznacza wysoki wpływ choroby na życie pacjentów i niską jakość życia w tej grupie. W Grupie I najwięcej osób (37% badanych) stwierdziło, że choroba ma średni wpływ na ich życie, mały wpływ – 21,0% chorych, duży i bardzo duży wpływ – 42,1%. Z kolei w Grupie II o małym wpływie choroby na życie mówiło tylko 1,7% badanych, o średnim wpływie – 17,3%, o dużym i bardzo dużym wpływie – 81%. Wpływ POChP na samopoczucie i codzienne życie pacjentów w Grupie II był istotnie wyższy ($p = 0,0001$).

Przytoczone powyżej wyniki są zgodne z wieloma badaniami zarówno polskich, jak i zagranicznych autorów. Ferrer i wsp. [126] w wyniku badań wykonanych na 321 chorych stwierdzili, że nawet u chorych na umiarkowaną POChP ($FEV_1 > 50\%$ wartości należnej) jakość życia jest istotnie obniżona. W szwedzkich badaniach Ståhl i wsp. [48] wykazano, że niezależnie od stopnia zaawansowania procesu chorobowego u osób ze zdiagnozowaną POChP obniżeniu ulega subiektywna ocena jakości życia. Natomiast badacze z Hiszpanii [127] potwierdzili negatywną ocenę subiektywnej jakości życia nawet u osób z łagodną i stabilną postacią POChP. Zamzan i wsp. [128] wykazali, że jakość życia chorych na POChP pogarsza się wraz ze wzrostem nasilenia choroby. Podobne wyniki uzyskała Tsiligiani i wsp. [129] w metaanalizie danych chorych na POChP z lat 1984–2009. W polskich badaniach [29] wykazano, że jakość życia chorych na POChP jest obniżona i doświadczają oni wielu problemów medycznych oraz psychologicznych, jak również mają duże trudności w codziennym funkcjonowaniu. Wśród najistotniejszych problemów, z jakimi zmagają się pacjenci, wymieniono duszność, trudności w oddychaniu, obniżoną sprawność funkcjonalną. Badania porównawcze między chorymi na POChP a chorymi na astmę [27] potwierdziły istotne różnice między oceną jakości

życia w tych dwóch grupach pacjentów. We wszystkich badanych komponentach (sprawność fizyczna, witalność, zdrowie psychiczne) osoby z astmą cechowały się wyższymi wartościami oceny jakości życia w stosunku do chorych na POChP.

Ciekawym materiałem porównawczym jest analiza poziomu jakości życia pod względem zmiennych demograficznych, tym bardziej że w wielu publikowanych na ten temat pracach można znaleźć sprzeczne opinie. W badaniach własnych nie stwierdzono istotnej zależności pomiędzy poziomem jakości życia a płcią w żadnej grupie klinicznej. Wyniki te są zgodne z doniesieniami innych autorów [130, 131]. Jednakże inni badacze wskazują na gorszą jakość życia kobiet chorujących na POChP niż mężczyzn. W badaniach Raheison i wsp. [132] stwierdzono, że kobiety miały gorszą jakość życia w porównaniu do mężczyzn. U kobiet POChP silniej wpływało na życie. Szczególnie uciążliwe dla kobiet były: kaszel, duszność, utrudnione odkrztuszanie płwociny, stan odżywiania. Wydaje się, że wpływ płci na HRQoL jest wciąż nierozstrzygnięty. Przykładowo polskie badania wśród osób chorych na gruźlicę nie wykazały istotnych statystycznie różnic w jakości życia między płciami [133]. Wskazuje to na duże zróżnicowanie wpływu zmiennych demograficznych na jakość życia osób z chorobami układu oddechowego.

Przedstawione w niniejszej pracy wyniki wykazały zależności pomiędzy wiekiem pacjentów, wykształceniem a poziomem jakości życia. W Grupie I stwierdzono, że jakość życia malała u starszych pacjentów ($p = 0,0028$). Podobną zależność wykazano w całej badanej populacji ($p = 0,0001$). Wpływ wieku na poziom jakości życia potwierdzają także inne badania, w których udowodniono, że im pacjent jest starszy, tym cechuje go gorsza jakość życia [48, 134, 135, 136].

Również w Grupie I wraz ze wzrostem stopnia wykształcenia jakość życia chorych na POChP rosła ($p = 0,0066$). Podobne wyniki odnotowano w całej grupie chorych. Pacjenci lepiej wykształceni odznaczali się lepszą jakością życia ($p = 0,0001$). Podobną zależność, jednakże

dla innej grupy chorych, stwierdzono wśród 242 tajwańskich chorych na astmę. Badania te wykazały, że wyższy poziom jakości życia dotyczy pacjentów młodszych, żonatych i o wyższym poziomie wykształcenia [137]. Wyniki przedstawionych badań wskazują, że zależności te są charakterystyczną cechą chorych na przewlekłe schorzenia układu oddechowego.

Prezentowane badania nieznacznie różnią się od polskich badań przeprowadzonych w 2014 r. na grupie 96 chorych na POChP [29]. Istotną zmienną, podobnie jak w niniejszych badaniach, okazał się wiek. Osoby młodsze uzyskały istotnie lepsze wyniki w porównaniu do osób starszych. Jakość życia pogarszała się z wiekiem, a najniższe wartości osiągała u osób po 70 rż. Autorki nie odnotowały wpływu wykształcenia na jakość życia. Ważnym elementem okazał się także status socjoekonomiczny – im niższy status, tym niższa jakość życia. Wcześniejsze polskie badania dotyczące wpływu statusu socjoekonomicznego na jakość życia chorych na POChP dostarczyły podobnych informacji [38]. Analogicznie jak w badaniach własnych, autorzy stwierdzili istotnie lepszą jakość życia osób, które miały wyższe wykształcenie, w porównaniu do chorych z wykształceniem średnim, zawodowym czy podstawowym. Również nie wykazano różnic w zależności od płci. W przeciwieństwie do badań własnych, autorzy nie stwierdzili różnic w zakresie poziomu jakości życia uwzględniających wiek, co wydaje się ciekawe, gdyż wskazuje na możliwe przystosowanie się osób starszych do ograniczeń wynikających z choroby. Często starsi pacjenci traktują swoje ograniczenia jako naturalną konsekwencję procesu starzenia się. W badaniach tych potwierdzono jednak wpływ stadium POChP na jakość życia. Istotnie wyższą jakość prezentowały osoby z łagodną postacią choroby.

Dodatkowo badania Kupryś-Lipińskiej i Kuny potwierdziły istotny wpływ POChP na życie pacjentów i ich rodzin [138]. Chorzy najczęściej podawali, że choroba ma ograniczający wpływ na uprawianie sportu (83%), codzienną aktywność życiową (82%), życie rodzinne (79%). Czynnikiem, który decydował o powyższych ograniczeniach, był stopień ciężkości choroby w skali GOLD 2013 [139].

W odniesieniu do podanych faktów niniejsze badania silniej wskazują, że jakość życia chorych na POChP ulega obniżeniu wraz z rozwojem ciężkości choroby, wiekiem pacjenta i posiadanym wykształceniem. Jest to kolejny istotny dowód na konieczność rozwoju różnych form edukacji chorych na POChP. Pacjenci, którzy posiadają wiedzę na temat choroby, stosują bardziej prozdrowotne formy zachowań. Należy ponadto zwrócić szczególną uwagę na starszych chorych i pomóc im w lepszej adaptacji do ograniczeń narzuconych przez POChP.

2. Percepcja choroby a jakość życia

Istotną rolę w schorzeniach przewlekłych odgrywa przystosowanie się do choroby, a do takich czynników zalicza się m.in. percepcję i akceptację choroby.

Poznawcza reprezentacja choroby, zwana percepcją choroby lub obrazem własnej choroby, jest złożonym, dynamicznym schematem, który skupia przekonania, opinie, sądy, wiedzę na temat danego schorzenia oraz decyduje o adaptacji do danej choroby [140]. Do kształtowania się obrazu choroby przyczyniają się trzy czynniki: wiedza o chorobie (często potoczna), informacje dostarczane przez personel medyczny oraz własne doświadczenia pochodzące z organizmu w trakcie chorowania. Istotne znaczenie ma także stan emocjonalny, który często decyduje o ewentualnych zniekształceniach w percepcji choroby.

W celu zrozumienia subiektywnie ukształtowanej percepcji choroby używa się zróżnicowanych kwestionariuszy (np. *The Illness Cognition Questionnaire*, *The Meaning of Illness Questionnaire*, *Imagination and Perception of Illness Scale*), jednak jednym z najbardziej popularnych i najczęściej używanych jest Kwestionariusz Percepcji Choroby (*The Brief Illness Perception Questionnaire*, *B-IPQ*). Z tego powodu skala ta została użyta w niniejszych badaniach. Test ma polską wersję językową i mierzy kolejno: wpływ choroby na życie, subiektywny czas jej trwania, subiektywne poczucie kontroli nad chorobą, przekonanie o skuteczności leczenia, subiektywną ocenę nasilenia objawów, zamartwianie się stanem zdrowia, poczucie zrozumienia choroby, ocenę wpływu na stan emocjonalny.

Badania własne wykonane przy pomocy skali B-IPQ wskazują, że są istotne różnice pomiędzy Grupą I a Grupą II w odniesieniu do poszczególnych pytań kwestionariusza. Można stwierdzić, że w subiektywnej opinii badanych POChP ma większy wpływ na życie osób w Grupie II w porównaniu do Grupy I ($p = 0,0001$). Chorzy z Grupy II wykazywali mniej korzystny obraz choroby, postrzegali POChP jako chorobę nieuleczalną, trwającą do końca życia. Osoby te wskazywały na większe konsekwencje i większy wpływ POChP na ich życie. Pacjenci

z Grupy II częściej martwili się stanem swojego zdrowia, częściej doświadczali poważnych objawów fizycznych i psychicznych, dodatkowo choroba wpływała na stan emocjonalny. Z kolei obraz choroby w Grupie I był mniej pesymistyczny. Wynika to prawdopodobnie z mniejszej liczby dolegliwości somatycznych. Chorzy w tej grupie częściej niż w Grupie II wierzyli w skuteczność leczenia (czasem i wyleczenia), twierdząc, że czas trwania choroby jest teoretycznie nieznany. U chorych w Grupie I POChP ma także mniejszy wpływ na stan emocjonalny.

W badaniach nie odnotowano istotnych różnic w zakresie poczucia kontroli pomiędzy grupami. Wynika to prawdopodobnie z występujących u chorych zaostrzeń choroby, których pojawiania się pacjent nie może kontrolować.

Uwzględniając zmienne demograficzne, analiza niniejszej pracy wykazała, że w obu grupach klinicznych wraz ze wzrostem wieku pacjentów wzrastało subiektywne wrażenie większego wpływu POChP na życie. Z wiekiem objawy nasilały się, choroba stawała się bardziej niezrozumiała oraz silniej oddziaływała na stan emocjonalny. Dodatkowo w Grupie II wykazano, że choroba miała większy wpływ na stan emocjonalny u kobiet niż u mężczyzn. Istotną zmienną był także poziom wykształcenia. Chorzy z wyższym wykształceniem, posiadający większy zasób obiektywnej wiedzy na temat choroby, byli mniej do niej negatywnie nastawieni. Ma to istotne znaczenie kliniczne i jest kolejnym dowodem na słuszność prowadzenia wśród chorych edukacji i psychoedukacji. Osoby posiadające wiedzę na temat swojego schorzenia nie tylko będą lepiej rozumieli swój stan somatyczny i psychiczny, ale również będą lepiej współpracowali z personelem medycznym.

Analiza wyników badań wykazała istotną zależność pomiędzy percepcją POChP a miejscem zamieszkania chorych. W Grupie I wraz ze wzrostem liczby mieszkańców w miejscu zamieszkania zmieniał się postrzeganie choroby w zakresie czasu trwania. Mieszkańcy wsi byli przekonani, że ich choroba będzie trwała do końca życia, natomiast zamieszkujący większe miasta byli mniej pesymistyczni i bardziej wierzyli w możliwość wyleczenia w przyszłości.

Różnice te można wytłumaczyć m.in. lepszą dostępnością do ośrodków medycznych w miastach niż na wsiach. Mieszkańcy miast częściej kontaktują się z personelem medycznym, częściej mają lepsze wykształcenie i posiadają większą wiedzę na temat swojej choroby. Różnice pomiędzy mieszkańcami wsi i miast są zasadnicze, dlatego też wprowadzenie zintegrowanego modelu opieki nad chorymi na POChP, zwłaszcza na terenach wiejskich, mogłoby pomóc w lepszej adaptacji chorych.

POChP istotnie wpływa na jakość życia chorych, co również potwierdziła analiza korelacji wykonana pomiędzy Kwestionariuszem B-IPQ a Testem CAT [141]. Wykazano, że w całej badanej populacji wraz z pogorszeniem się jakości życia chorych wzrasta poczucie większego wpływu POChP na życie, objawy nasilają się, chorzy coraz częściej martwią się swoim stanem zdrowia, co w konsekwencji wpływa na ich stan emocjonalny. Ponadto im bardziej pogarsza się jakość życia, tym chorzy mniej wierzą w efektywność leczenia. Gdy poziom jakości życia jest niski, objawy nasilają się i występują codziennie. Wpływa to znacząco na codzienne funkcjonowanie chorego. Niska jakość życia często uniemożliwia lub utrudnia wykonywanie pracy zawodowej, a niejednokrotnie podstawowych czynności. Objawy choroby są widoczne i dokuczliwe. Chorzy, obserwując swój stan, zamartwiają się, stają się pesymistami, co sprzyja zachorowaniu na depresję [141].

Przekonanie o możliwości kontrolowania choroby wiąże się z przewidywaniem krótszego czasu jej trwania i mniejszymi konsekwencjami zdrowotnymi. Z kolei przekonanie o przewlekłym charakterze choroby z współwystępowaniem licznych objawów często wiąże się z postrzeganiem jej konsekwencji jako cięższych i z mniejszą nadzieją na wyleczenie lub możliwość kontrolowania. Dlatego też sposób percepcji choroby przez pacjenta może tłumaczyć jego nieracjonalne zachowania związane z postępowaniem diagnostycznym i terapeutycznym, co w konsekwencji prowadzi do braku współpracy podczas badania i leczenia [71].

Istotnym elementem, który wpływa na obraz własnej choroby, są przekonania na temat etiologii. Potoczne wyobrażenia o przyczynie choroby nie zawsze pokrywają się z opartym na faktach (*Evidence Based Medicine*, EBM) stanowiskiem reprezentowanym przez medycynę. Wykazano to m.in. w badaniach prowadzonych przez Tobiasz-Adamczyk i wsp. [142] wśród pacjentów chorych na raka jelita grubego, którzy najczęściej jako przyczynę choroby podawali stresujący styl życia. W analizowanej w niniejszych badaniach grupie chorych stwierdzono, iż duża część pacjentów (48%) za przyczynę POChP uznała szkodliwe dla zdrowia zachowania w przeszłości (głównie aktywne i bierne palenie papierosów), co świadczy o tym, że prawie połowa badanych posiadała obiektywne informacje na temat etiologii. Pozostała grupa chorych wiązała rozwój choroby z innymi czynnikami, niemającymi oparcia w EBM. Wśród przyczyn wymieniano np.: geny, otyłość, biedę, niewyleczone wcześniejsze choroby, kaszel, zatrucia.

Wśród badań polskich niewiele jest doniesień na temat percepcji choroby u chorych na POChP. Prowadzono jednak badania na temat innych jednostek chorobowych. Chorzy na POChP wykazują podobieństwo do osób chorujących na inne choroby przewlekłe. Chorzy na cukrzycę, w związku z nakładanymi ograniczeniami aktywności fizycznej, wyobrażają sobie swoją chorobę głównie jako zagrożenie oraz utrudnienie ze względu na potrzebę ciągłej kontroli glikemii, potrzebę utrzymywania określonej diety czy ograniczonych możliwości podejmowania wysiłku fizycznego [140]. Ciekawym materiałem porównawczym są badania przeprowadzone przez Kossakowską i Zielaznego [72] wśród osób zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS. W badaniach wykazano, że osoby zakażone wirusem HIV różnią się w zakresie percepcji choroby od osób, u których zdiagnozowano AIDS. Pacjenci chorujący na AIDS mają zdecydowanie mniej korzystny obraz choroby niż osoby zakażone wirusem HIV. Sytuacja chorych na AIDS, podobnie jak chorych na zaawansowane stadia POChP, pod względem medycznym i psychologicznym jest trudniejsza. Chorzy z Grupy II, podobnie jak chorzy na AIDS, odczuwają większe konsekwencje choroby. W miarę upływu czasu pacjenci, obserwując swój

stan, bardziej się zamartwiają, ich stan emocjonalny pogarsza się, mniej wierzą w skuteczność leczenia, co w konsekwencji wpływa na percepcję i postrzeganie choroby.

Podobne spostrzeżenia miał Padilha [83]. Z badań wynika, że pacjenci z bardziej pozytywnym postrzeganiem swojej choroby i z lepszym stanem emocjonalnym mają lepsze wyniki w zakresie jakości życia oraz kontroli choroby. Postrzegany przez chorych brak kontroli nad przebiegiem choroby przyczynia się do obniżenia jakości życia, powoduje niepokój, prowadzi do izolacji społecznej. W konsekwencji może powodować stany depresyjne, zmniejszać motywację do zdobywania wiedzy i umiejętności samodzielnego kontrolowania przebiegu choroby. W badaniach istotne okazały się także czynniki społeczne, takie jak wsparcie rodziny, znajomych czy pracowników ochrony zdrowia. Mitković i wsp. [82] wykazali, że percepcja choroby u chorych na POChP była raczej negatywna. Markerami negatywnego postrzegania choroby były: płeć żeńska, starszy wiek, niski status ekonomiczny, duża częstość hospitalizacji. Osoby o niższym wykształceniu bardziej wierzyły w zewnętrzne czynniki przyczyniające się do rozwoju choroby.

Badania Borge i wsp. [143] analizujące grupę 154 chorych na POChP potwierdziły, że osoby z gorszym obrazem choroby doświadczały więcej ataków duszności, a tym samym ich jakość życia obniżała się. Okazało się, że percepcja choroby może być czynnikiem pośredniczącym. Wyniki pracy mogą mieć praktyczne zastosowanie w poradnictwie psychologicznym i edukacji poprzez pomoc chorym w tworzeniu indywidualnych modeli radzenia sobie z chorobą.

Zoeckler i wsp. [144] wykazali wpływ postrzegania choroby na rehabilitację oddechową. Po rehabilitacji oddechowej, w porównaniu do wartości wyjściowych, poziom postrzegania zagrożeń wynikających z choroby był istotnie wyższy.

Wyniki niniejszej pracy potwierdziły zależność pomiędzy percepcją choroby, jakością życia i zmiennymi demograficznymi. Niestety, wyniki te nie są zbyt optymistyczne, gdyż u znacznej części chorych na POChP występuje negatywne postrzeganie choroby.

Ciekawe badania porównawcze przeprowadził zespół pod kierunkiem Menezes [145] na temat postaw oraz przekonań lekarzy i pacjentów dotyczących POChP. Większość lekarzy (79%) odpowiedziała, że perspektywy zdrowienia dla chorych na POChP w ciągu ostatniej dekady poprawiły się i w dużej mierze była to zasługa wprowadzenia leków nowej generacji. Problemem natomiast w wielu krajach pozostaje dostęp do nowoczesnych leków. Z drugiej strony ponad 46% pacjentów zgodziło się ze stwierdzeniem, że „nie istnieją skuteczne leki w leczeniu POChP”. Interesujące są różnice, jakie wystąpiły pomiędzy grupami w zakresie roli palenia papierosów w rozwoju POChP – 78% lekarzy i 38% pacjentów zdecydowanie zgodziło się ze stwierdzeniem „palenie jest przyczyną większości przypadków POChP”. Dla porównania – w analizowanej w niniejszej pracy grupie chorych palenie papierosów za przyczynę choroby uznało 48% badanych. Wyższy odsetek osób w tych badaniach może świadczyć o dobrze prowadzonej edukacji wśród polskich pacjentów, może być również skutkiem wprowadzenia w niektórych miejscach zintegrowanego modelu opieki nad chorymi na POChP.

3. Akceptacja choroby a jakość życia

We współczesnych naukach medycznych i psychologicznych coraz częściej wykonuje się badania dotyczące poziomu akceptacji choroby. Akceptacja choroby jest nieodłącznym elementem badań nad jakością życia. Choroba jako źródło napięć stanowi wyzwanie dla jakości życia. Podwyższony poziom lęku, niepokoju lub stresu jest wynikiem utrudnionej adaptacji do schorzenia [146]. W literaturze dostępne są opracowania dotyczące akceptacji choroby i jej związku z jakością życia. W przypadku POChP, jednej z najczęstszych chorób w populacji, brakuje systematycznych publikacji dotyczących tej grupy chorych.

Akceptacja choroby to stopień przystosowania do własnego schorzenia. Chorzy, którzy charakteryzują się wysokim poziomem akceptacji, lepiej reagują na schorzenie, częściej rozumieją ograniczenia wynikające z chorowania, a także odczuwają mniej negatywnych emocji. Badania wśród chorych na POChP wykazały, że wyższemu poziomowi akceptacji choroby towarzyszy bardziej optymistyczne podejście do życia, mniejszy dyskomfort psychiczny, a stosowane strategie radzenia sobie są bardziej sprzyjające zdrowiu [23, 102]. W schorzeniach przewlekłych czy nieuleczalnych brak akceptacji prowadzi do wyczerpania i bezradności. W takiej sytuacji zachwianiu ulega poczucie własnej wartości, występuje frustracja, co prowadzi do zaburzeń psychologicznych i psychiatrycznych [79].

W niniejszej pracy akceptację choroby analizowano w kontekście jakości życia, zmiennych demograficznych (płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania) oraz subiektywnych wyobrażeń na temat własnej choroby (percepcja choroby).

Z analizy wyników badań Skalą Akceptacji Choroby AIS wynika, że średni wskaźnik poziomu akceptacji choroby w badanej populacji wyniósł 26 pkt, co oznacza akceptację POChP na poziomie przeciętnym. Podobną wartość autor wykazał w opublikowanych w 2015 r. badaniach, gdzie średni poziom akceptacji choroby u chorych na POChP wyniósł 28 pkt. W niniej-

szych badaniach wystąpiły nieznaczne różnice pomiędzy badanymi grupami klinicznymi. Średnia akceptacja w Grupie I wyniosła 28,4 pkt, natomiast w Grupie II akceptacja była niższa – na poziomie 23,7 pkt. Mimo tych różnic obie grupy pozostały na poziomie przeciętnej akceptacji. W Grupie I niski poziom akceptacji choroby uzyskało 5% badanych, średni poziom – 45,4%, a poziom wysoki – 49,6%. Z kolei w Grupie II poziom niskiej akceptacji uzyskało 16,5% chorych, średni poziom – 52,1%, a poziom wysoki – 31,4%.

Inni badacze otrzymali podobne wyniki. Badania przeprowadzone na 120 pacjentach przez Kowalczyk-Srokę i wsp. [147] wykazały, że ogólny wskaźnik akceptacji choroby wyniósł 21,3 pkt (średnia akceptacja). O przeciętnym stopniu akceptacji choroby u pacjentów z POChP świadczą także badania przeprowadzone na grupie 96 chorych przez Kupcewicz i Abramowicz [29], gdzie wskaźnik akceptacji choroby był na poziomie 19 pkt. Wyniki badań Majdy i Józewskiej [148] również świadczą o akceptacji choroby na poziomie przeciętnym u chorych na POChP (wskaźnik: 20,6 pkt).

Różnice w zakresie uzyskanych punktów najpewniej wynikają z dwóch przyczyn. Badania własne były prowadzone na znacznie większej populacji w różnych ośrodkach medycznych. Natomiast dotychczasowe polskie badania prowadzono na grupach małych liczebnie (do 100 badanych) oraz najczęściej w jednym szpitalu. Zwiększenie liczby badanych oraz prowadzenie badań w różnych ośrodkach istotnie wpłynęło na uzyskanie bardziej precyzyjnych wyników.

Należy także zwrócić uwagę na fakt, że dotychczasowe badania nie uwzględniały podziału chorych na stopnie ciężkości POChP. Badania własne udowodniły, że podział chorych na stopnie ciężkości POChP lub stopnie ciężkości obturacji dróg oddechowych ma istotne znaczenie na prezentowany przez chorych stopień akceptacji choroby. Pomimo że analizowane grupy mieszczą się w przedziale przeciętnej akceptacji choroby, Grupa I miała istotnie wyższy

stopień akceptacji w porównaniu do Grupy II, a więc do osób, u których choroba była już bardziej zaawansowana. Podobne wyniki autor uzyskał w badaniach z 2015 r. [141], kiedy osoby z Grupy I cechowały się wysokim stopniem akceptacji POChP, podczas gdy z Grupy II akceptowały chorobę na poziomie przeciętnym. Wyniki obu badań oznaczają, że wraz ze wzrostem stopnia obturacji dróg oddechowych zmniejsza się poziom akceptacji choroby.

U chorych na POChP akceptacja choroby zależy także od czynników socjodemograficznych takich jak wiek i wykształcenie. Prowadzone przez autora badania nie potwierdziły różnic pomiędzy badanymi grupami klinicznymi. Biorąc pod uwagę całą grupę chorych, stwierdzono, że wyższe wykształcenie wiąże się z większym poziomem akceptacji choroby. W badaniach nie odnotowano istotnej zależności pomiędzy poziomem akceptacji choroby a płcią oraz miejscem zamieszkania – w przeciwieństwie np. do badań Kupcewicz i Abramowicz [29], w których akceptacja choroby była zależna od płci na poziomie istotności statystycznej ($p = 0,015$). Poziom akceptacji u kobiet był wyższy niż u mężczyzn. Podobne wyniki uzyskano w badaniach Majdy i Józefowskiej [148]. Czynnikiem różnicującym może być liczebność badanych populacji. Zbieżne z prezentowanymi analizami są wyniki dotyczące wpływu wykształcenia na poziom akceptacji choroby. Najwyższym wskaźnikiem akceptacji POChP cechowały się osoby z wykształceniem wyższym, a najniższym z wykształceniem podstawowym. Podobne spostrzeżenia odnotowały Józefowska i Majda [148]. Osoby o wyższym wykształceniu mogą posiadać większą wiedzę na temat swojej choroby oraz sposobów leczenia, co wpływa na poziom akceptacji. Różnice w zakresie akceptacji choroby dotyczą także wieku chorego. Pacjenci starsi w mniejszym stopniu akceptują chorobę. Wraz ze starzeniem się chorego następuje powolny rozwój choroby, rozwija się niepełnosprawność, obniża się poziom jakości życia. W konsekwencji akceptacja choroby również ulega obniżeniu. Młodszy pacjenci łatwiej akceptują swój stan zdrowia, mają więcej siły i silniejszą motywację do walki z chorobą. Dodatkowo osoby młodsze częściej niż starsze otrzymują wsparcie ze strony bliskich i przyjaciół.

Ciekawe wyniki na temat zależności pomiędzy statusem materialnym a akceptacją POChP uzyskali Olek i wsp. [149]. Autorzy zauważyli, że osoby pracujące zawodowo charakteryzowały się wyższym poziomem akceptacji choroby w porównaniu do osób na rencie lub emeryturze.

Prezentowane badania udowodniły istotny związek pomiędzy obniżeniem poziomu jakości życia i jednoczesnym obniżeniem akceptacji POChP. W całej grupie badanych wraz ze wzrostem wpływu choroby na życie chorego (obniżeniem się jakości życia) malał poziom akceptacji POChP. W Grupie II aż 16% osób uzyskało niski stopień akceptacji choroby, tymczasem w Grupie I tylko 5%. Niewątpliwie na takie wyniki może mieć wpływ uciążliwość objawów choroby takich jak: duszność, kaszel, częstotliwość zaostrzeń czy odkrztuszanie plwociny. Chorzy z Grupy II byli częściej hospitalizowani, co także miało wpływ na zmniejszenie akceptacji choroby i obniżenie poziomu jakości życia.

Wyniki niniejszej pracy wskazują, że różnice wystąpiły także w zakresie poczucia uzależnienia od innych, poczucia bycia ciężarem i zaniepokojenia innych w obliczu choroby. Chorzy z Grupy II byli bardziej uzależnieni od otoczenia i częściej postrzegali swój stan jako ciężar dla bliskich – w przeciwieństwie do chorych z Grupy I, którzy łatwiej akceptowali swój stan zdrowia, mieli więcej sił i większą motywację do walki z chorobą. Mniejsza akceptacja POChP wśród osób z Grupy II mogła także wynikać ze zmęczenia leczeniem i koniecznością przyjmowania codziennie dużej ilości leków. Chorym trudno zaakceptować fakt, że większą część swojego życia poświęcają na czynności medyczne [141].

Przedstawione w pracy wyniki nieznacznie różnią się od badań przeprowadzonych tą samą skalą wśród pacjentów z innymi chorobami. Akceptacja choroby w innych jednostkach chorobowych jest na różnym poziomie. Generalnie można stwierdzić, że im choroba jest bardziej przewlekła i mocniej wpływa na jakość życia chorego, tym akceptacja jest gorsza. W badaniach Rusin-Pawełek i wsp. [69] przeprowadzonych na 140 chorych na astmę stwierdzono,

że poziom akceptacji choroby wyniósł 29,4 pkt, co oznacza wysoką akceptację. Badacze, uwzględniając w analizach płeć chorych, uzyskali istotną różnicę, ale przeciwną niż u chorych na POChP. Kobiety chorujące na astmę deklarowały niższy poziom akceptacji w porównaniu do mężczyzn. Wyniki uzyskane w niniejszej pracy są także wyższe od wyników otrzymanych przez Niedzielskiego i wsp. [62], prowadzonych wśród osób z różnymi schorzeniami. Autorzy badali m.in. poziom akceptacji choroby u chorych na astmę i uzyskali wynik 25,5 pkt. Wyniki powyższych badań wskazują, że chorzy na astmę mają istotnie wyższy poziom akceptacji choroby w porównaniu do chorych na POChP. Zespół Karny-Matyjaszek [150] wykazał wśród osób z rozpoznaną jaskrą, że poszczególne stopnie akceptacji choroby (słaba, średnia, dobra) dotyczyły pacjentów jaskrowych w takim samym zakresie, tzn. obejmowały po około 30% chorych. Dodatkowo Kułak i Kondzior [151] stwierdzili wśród pacjentów z dyskopatią kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego wysoką akceptację schorzenia (48% badanych). Bardzo podobną zależność w przypadku chorych ze schorzeniami kręgosłupa uzyskał autor niniejszych badań [152]. Badając osoby z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa, udowodniono, że większość tych pacjentów akceptowała swój stan chorobowy, a tylko niecałe 9% tego stanu zupełnie nie akceptował. W badaniach Pawlik i Karczmarek-Borowskiej [153] przeprowadzonych wśród kobiet po mastektomii uzyskano podobne wyniki. U większości kobiet stwierdzono akceptację choroby. Prawie połowa pacjentek (46%), które pogodziły się z chorobą, wykazywała wysoki poziom akceptacji. Natomiast w badaniach Kurowskiej i Kasprzyk [154] wśród osób dializowanych uzyskano przeciętny poziom akceptacji choroby. Wyższy poziom przejawiali mężczyźni, osoby w wieku do 59 rż. oraz zamieszkujące w mieście.

W niniejszej rozprawie analizie poddana została także zależność pomiędzy poziomem akceptacji choroby a jej subiektywnymi wyobrażeniami. W Grupie I wraz ze wzrostem akceptacji choroby wyobrażenia na temat choroby ulegały poprawie. Im większa akceptacja, tym – zdaniem chorych na POChP – choroba miała mniejszy wpływ na życie, występowało większe

poczucie kontroli i wiara w skuteczność leczenia, a nawet wyleczenia. Podobne zależności cechowały Grupę II. Wraz ze wzrostem akceptacji poprawiała się percepcja choroby. Brak akceptacji choroby, poczucie zagrożenia czy obniżony nastrój mogą powodować obniżenie poziomu motywacji do walki z chorobą, pogorszenie funkcjonowania społecznego. Te cechy wpływają na dalsze życie chorego, jego jakość i stan emocjonalny. W przeprowadzonych przez Kurowską i Siekierską [155] badaniach wśród pacjentów po nefrektomii z powodu nowotworu uzyskano podobne rezultaty. Wykazano, że wzrost akceptacji choroby cechował wewnętrzne poczucie kontroli. Otrzymane wyniki wskazują, że akceptacja choroby i poczucie wewnętrznej kontroli oraz poczucie, iż inni mają wpływ na nasze zdrowie, mogą mieć znaczenie w powrocie do optymalnego zdrowia.

Zarówno wyniki badań własnych przeprowadzonych wśród chorych na POChP, jak i cytowane badania na innych populacjach chorych dowodzą, że akceptacja choroby i pogodzenie się z nią ma istotny związek z czasem trwania choroby oraz jej stopniem zaawansowania. W najmniejszym stopniu chorobę akceptują osoby w zaawansowanym stanie klinicznym oraz osoby chorujące najdłużej. Wobec braku nadziei na wyleczenie maleje poziom akceptacji POChP. Chorzy zdają sobie sprawę, że z biegiem czasu będą mniej samowystarczalni i jednocześnie bardziej zależni od otoczenia i personelu medycznego. Wszystkie te czynniki wpływają na ogólny poziom akceptacji choroby. W pracy z chorymi na POChP należy dążyć do uzyskania postawy adekwatnej do stanu chorobowego, ponieważ chory, akceptując swój stan, reaguje na chorobę w sposób racjonalny, lepiej korzysta z procesu leczenia i rehabilitacji. Świadomość własnych ograniczeń, ale też możliwości może w znacznym stopniu przyczynić się poprawy jakości życia.

4. Poziom natężenia stresu i strategie radzenia sobie ze stresem a jakość życia

Transakcyjne ujęcie stresu podkreśla rolę subiektywnej oceny doświadczanych wydarzeń. Zgodnie z tym podejściem stres to określona relacja osoby z otoczeniem, która opisywana jest przez tę osobę jako obciążająca i przekraczająca zasoby jednostki i która zagraża jej dobrostanowi. Powstała w ten sposób tzw. transakcja stresowa może mieć charakter straty, zagrożenia lub wyzwania [98]. Nawiązując do transakcyjnej koncepcji stresu, powstały dwa kwestionariusze do jego pomiaru. Użyty w badaniach kwestionariusz PSS-10 ocenia stres odczuwany w okresie ostatniego miesiąca bez wskazania jego konkretnych źródeł. W związku z tym pomiar odzwierciedla działanie wszelkich aktywnych w tym czasie stresorów zarówno w postaci aktywnych wydarzeń życiowych, jak i przyczyn przewlekłe działających, a także oczekiwań dotyczących przyszłości. W przypadku badanej grupy mogą być to sytuacje związane ze stanem zdrowia (np. nasilona duszność, zaostrzenia itp.), jak również okoliczności zewnętrzne typu hospitalizacja, ważne wydarzenia życiowe, problemy rodzinne itp.

Ocena sytuacji w kategoriach stresu pociąga za sobą ocenę możliwości podjęcia działań, które usuwają stres lub łagodzą jego skutki. W koncepcji Lazarusa i Folkman [90] jest to ocena wtórna, która odnosi się zarówno do źródeł stresu, jak i do własnych zasobów. Zmiana transakcji stresowej to umiejętności radzenia sobie ze stresem [98]. Strategie radzenia sobie z nim u chorych na POChP zbadano Inwentarzem do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (Mini-COPE), który jest jednym z najczęściej stosowanych do tego typu badań narzędzi. Test pomaga określić, które strategie stosuje chory („aktywne radzenie sobie”, „bezradność”, „zachowania unikowe”, „poszukiwanie wsparcia”, „zwrot ku religii”, „akceptacja”, „poczucie humoru”) oraz czy są to strategie skoncentrowane na problemie, emocjach lub dyspozycjach.

Świadomość choroby przewlekłej wiąże się z silną potrzebą uruchomienia długotrwałych procesów adaptacyjnych. Procesy te są sekwencją powiązanych ze sobą zachowań oraz reakcji, które stanowią odpowiedź na zaistniałe problemy. Człowiek chory próbuje poradzić

sobie z tymi barierami. Radzenie sobie z chorobą przewlekłą, a także towarzyszącym temu procesowi stresem nazwać można umiejętnością minimalizowania negatywnych skutków i wywiązywania się z ról życiowych. Sposób radzenia sobie w chorobie jest związany z wieloma czynnikami, m.in. ze strukturą osobowości chorego.

Poczucie stresu odgrywa istotną rolę w wielu chorobach przewlekłych (np. cukrzycy, chorobach serca, chorobach przewodu pokarmowego itp.). Również chorzy na POChP doświadczają negatywnych skutków stresu. W przypadku niewydolności oddechowej pacjenci mają poczucie zagrożenia życia. Często podkreślają, że życie z POChP jest niepewne, nieprzewidywalne, a każdy atak lub zaostrzenie mogą być „ostatnie”. Stres związany z chorobą często staje się przyczyną hospitalizacji [156]. POChP jest więc nie tylko krytycznym wydarzeniem życiowym, ale także źródłem stresu i stresem chronicznym. Przyczynia się do długotrwałego napięcia emocjonalnego, poczucia lęku i niepewności. To wszystko wpływa na akceptację choroby, jej percepcję oraz przyczynia się do obniżenia jakości życia. Przedstawione wyniki niniejszych badań potwierdziły te negatywne zależności.

Badania własne wykazały, że u chorych na POChP występowało wysokie poczucie stresu, a badane grupy kliniczne różniły się pod tym względem od siebie. Grupa II charakteryzowała się istotnie wyższym poziomem stresu w porównaniu do Grupy I.

W Grupie I niski poziom nasilenia stresu cechował 26,1% badanych, przeciętny poziom – 36,1%, a wysoki – 37,8%. Natomiast wyniki w Grupie II wskazywały, że niski poziom nasilenia stresu charakteryzował 12,4% badanych, przeciętny – 28,1%, a wysoki – 59,5%. Zauważono także istotne zależności demograficzne. W Grupie II większe nasilenie stresu występowało wśród kobiet. W Grupie I im starszy pacjent, tym istniało większe nasilenie stresu. Stwierdzono również, że w całej populacji badanych im wyższe wykształcenie posiadał chory, tym niższe nasilenie stresu odczuwał. Nie odnotowano różnic pomiędzy miejscem zamieszkania chorych a poziomem stresu.

W badaniach innych autorów uzyskano podobne wyniki. Z analizy dokonanej przez Andenæs i wsp. [157] wśród 92 chorych na POChP wynika, że 64% badanych odczuwało stres psychologiczny. Badania nie wykazały jednak różnic pod względem cech demograficznych. Brak zależności demograficznych prawdopodobnie wynikał ze zbyt małej liczby badanych i nieproporcjonalnie rozłożonych grup pacjentów. Chory posiadający wyższe wykształcenie prawdopodobnie posiada także większą wiedzę odnośnie swojego schorzenia. Posiadanie wiedzy i umiejętności radzenia sobie z objawami choroby mogą przyczyniać się do zmniejszenia poczucia stresu. Różnice pod względem płci w zakresie odczuwanego stresu w badaniach własnych odnotowano tylko dla kobiet z Grupy II. Taki wynik świadczył o większym poczuciu zagrożenia i stosowaniu nieefektywnych strategii radzenia sobie ze stresem przez kobiety w zaawansowanej postaci POChP.

Przeprowadzona analiza strategii radzenia sobie ze stresem wykazała, że chorzy w Grupie I najczęściej stosowali aktywne strategie radzenia sobie, czyli podejmowali działania zmierzające do poprawy swojej sytuacji. Natomiast chorzy z Grupy II stosowali strategie bezradności, częściej myśleli o życiu religijnym, modlili się, medytowali, a także zaprzestawali działań i rezygnowali z podejmowania wysiłków. Kobiety częściej szukały wsparcia na zewnątrz, otuchy, zrozumienia i pomocy u innych lub oddawały się praktykom religijnym. Kobiety częściej niż mężczyźni spostrzegały sytuację, w której się znajdują, w bardziej pozytywnym świetle, zaś cechą charakterystyczną dla mężczyzn było zażywanie środków psychoaktywnych (np. alkoholu, leków uspokajających, przeciwdepresyjnych) w celu złagodzenia przykrych emocji. Im starszy pacjent, tym rzadziej stosował aktywne strategie, jak podejmowanie działań, które mogłyby poprawić sytuację, natomiast częściej stosował rezygnację z podejmowanych wysiłków i zwrot ku religii. Również poziom wykształcenia miał wpływ na stosowane strategie. Zauważono różnice pomiędzy grupami klinicznymi. W Grupie I chorzy z lepszym poziomem wy-

kształcenia częściej stosowali aktywne radzenie sobie i planowanie przyszłości, a rzadziej oddawali się praktykom religijnym. Natomiast w Grupie II chorzy istotnie częściej obwiniali się za spowodowanie choroby, rzadko poszukiwali pomocy u innych. Analiza wykazała ponadto, że w Grupie II mieszkańcy większych miast częściej byli aktywni i zajmowali się innymi czynnościami, by nie myśleć o własnej chorobie. Wynika to z lepszej dostępności do różnych form rozrywki w miastach niż na wsiach.

Mimo iż POChP jest jedną z najczęstszych chorób, brakuje w polskiej (i światowej) literaturze systematycznych badań dotyczących strategii radzenia sobie ze stresem w tej grupie chorych. Zielazny i wsp. [158] opublikowali pracę przybliżającą tematykę radzenia sobie ze stresem u osób zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS. Podobnie jak w przypadku osób z Grupy II osoby chore na AIDS częściej podejmowały strategie bezradności, zaprzestawały działań, rezygnowały z podejmowania wysiłków oraz poszukiwały emocjonalnego wsparcia i kontaktu z innymi ludźmi niż osoby zakażone wirusem HIV. Zarówno u chorych na POChP, jak i osób z HIV/AIDS nie odnotowano różnic w zakresie strategii „poczucie humoru”. Na uwagę zasługuje fakt, że chorzy na HIV/AIDS nie deklarowali zwiększonego zainteresowania sprawami duchowymi czy religijnymi w przeciwieństwie do innych chorych przewlekłe, np. chorych onkologicznie. Dla wielu ludzi wiara i duchowość stanowią ważne wsparcie emocjonalne, które może zmniejszyć poczucie bezradności i bezsilności [159, 160]. Religia może wskazać człowiekowi sens życia i być istotnym impulsem do pokonywania trudności dnia codziennego.

Prezentowane badania udowodniły, że poziom odczuwanego stresu i stosowane strategie radzenia sobie z nim związane są z jakością życia chorych na POChP. We wszystkich grupach klinicznych wraz z obniżeniem się poziomu jakości życia rosło natężenie stresu związanego z własną sytuacją życiową. W obu grupach badawczych przy pogorszeniu się jakości ży-

cia dominowały strategie unikowe i bezradności. W Grupie II dominowało dodatkowo obwinianie siebie i zaprzestanie działań, natomiast w Grupie I oprócz zaprzestania działań charakterystyczny był także zwrot ku duchowości i religii. Lu i wsp. [161] potwierdzili zależności pomiędzy obniżeniem się jakości życia a stresującymi wydarzeniami. Autorzy porównali dwie grupy: chorych na POChP i osoby zdrowe. Opublikowane wyniki wskazują na silny związek stresu z częstością stwierdzanych depresji oraz gorszą jakością życia chorych na POChP.

Nieodłącznym źródłem stresu w przypadku osób ze schorzeniami układu oddechowego jest lęk związany z trudnościami w oddychaniu. Mogą wówczas pojawiać się silne emocje, skrajne pobudzenie czy zaburzenia snu. Takie zdarzenia w znacznym stopniu przyczyniają się do obniżenia jakości życia chorego. Większy wpływ stresu na samopoczucie oraz jakość życia chorych na POChP może być hipotetycznie wyjaśniony poprzez zjawisko percepcji choroby. Pacjenci w kontekście stresującego zdarzenia o wiele gorzej oceniają swój stan somatyczny, niż jest w rzeczywistości. Innym wyjaśnieniem może być słabsza umiejętność radzenia sobie ze stresem oraz stosowanie niewłaściwych, nieskutecznych strategii radzenia sobie z nim.

Warto także podkreślić, że zaprezentowane badania wykonane były w warunkach szpitalnych, a – jak zauważa wielu autorów [m.in. 162, 163] – sam pobyt w szpitalu jest silnym stresorem i naraża chorych na różne wyzwania, często niezwiązane bezpośrednio z chorobą i leczeniem. Badania przeprowadzone przez zespół pod kierunkiem Andenæs [164], w których oceniano poziom stresu psychologicznego u hospitalizowanych chorych na POChP, a także umiejętności radzenia sobie ze stresem, wykazały, że ponad połowa badanych postrzegała wydarzenia stresujące jako zagrożenia, a tylko 4,3% jako wyzwanie. Takie czynniki sugerują bardzo słabe umiejętności radzenia sobie z problemami psychologicznymi wśród chorych na POChP.

Interesujące badania w zakresie radzenia sobie ze stresem u chorych na POChP przed rehabilitacją pulmonologiczną i po niej przeprowadzili Stoilkova i wsp. [165]. Po zabiegach

rehabilitacyjnych poziom aktywnych strategii radzenia sobie wzrastał, natomiast spadał poziom strategii związanych z unikaniem. Aktywne strategie radzenia sobie były związane z poprawą tolerancji wysiłku oraz ze zmniejszonym poziomem lęku i depresji.

Podsumowując, należy stwierdzić, że u chorych na POChP występuje wysoki poziom stresu oraz dominują nieskuteczne strategie radzenia sobie ze stresem. Zgodnie z poglądami Lazarusa i Folkman [90] POChP jako stresor w ocenie pierwotnej postrzegana jest jako zagrożenie, zaś w ocenie wtórnej stosowane są nieskuteczne działania, by usunąć skutki stresu. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują także, że w pracy z chorymi na POChP należy szukać proaktywnych form radzenia sobie i motywować pacjentów w celu polepszenia jakości ich życia.

5. Subiektywna ocena kontroli gniewu, depresji i lęku a jakość życia

W ostatnim czasie nastąpił wzrost zainteresowania psychologicznymi aspektami przewlekłych chorób układu oddechowego. W piśmiennictwie światowym dostępne są publikacje dotyczące negatywnych emocji (lęk, złość, gniew czy stany depresyjne) u chorych na POChP, brakuje jednak informacji na temat kontroli tych emocji w tej grupie pacjentów. Niektórzy badacze [166, 167] sugerują, że rozpowszechnienie zaburzeń emocjonalnych u chorych na POChP może być znacznie większe w porównaniu do osób z innymi chorobami przewlekłymi. Szacuje się, że objawy depresyjne dotyczą ok. 10–42% pacjentów. W metaanalizie dokonanej przez Maurer i wsp. [58] wykazano, że częstość występowania objawów depresyjnych jest dwa razy większa wśród chorych na POChP niż wśród osób zdrowych. Znacznymi predyktorami wystąpienia depresji są szczególnie: samotność, płeć żeńska, zaostrzenia choroby, hospitalizacje, ciężkie upośledzenie wydolności wysiłkowej. Istotnym problemem w tej grupie chorych są także zaburzenia lękowe. Willgoss i Yohannes [59] stwierdzili, że problem zaburzeń lękowych może dotyczyć nawet 40% chorych na POChP.

Z przedstawionych w niniejszej rozprawie badań wynika, że depresja i lęk mają istotny wpływ na stan fizyczny, psychiczny i emocjonalny chorych na POChP, a tym samym znacząco wpływają na poziom jakości życia.

Ponieważ związek pomiędzy depresją, lękiem a POChP potwierdzają światowe badania, celem niniejszej pracy nie było określenie rozpowszechnienia zaburzeń emocjonalnych w tej grupie chorych, lecz analiza wskaźnika kontroli emocji.

Wskaźnik kontroli emocji oznacza subiektywne przekonanie danej jednostki odnośnie umiejętności kontrolowania swoich reakcji w sytuacji doświadczania negatywnych bodźców. Im wyższy wynik, tym większe tłumienie negatywnych emocji.

Obserwacje kliniczne oraz wyniki badań dowodzą, że tłumienie wyrażania emocji prowadzi często do ich nasilenia lub przyczynia się do ich długotrwałego utrzymywania w postaci

napięcia emocjonalnego. Niewyrażone emocje takie jak gniew, lęk często wiążą się ze stanem zdrowia somatycznego i psychicznego, mogą także sprzyjać rozwojowi niektórych chorób [67]. Przykładowo Watson i Greer [121] stwierdzili, że kobiety we wczesnym stadium raka piersi mają wysokie wyniki w zakresie kontroli depresji i lęku. W polskim piśmiennictwie Juczyński [67] wykazał, że chorzy w porównaniu do osób zdrowych przejawiają większą skłonność do tłumienia emocji negatywnych. Dodatkowo zauważył, że wraz z wiekiem wzrasta nasilenie subiektywnej kontroli gniewu, lęku i depresji.

Wyniki niniejszej pracy wykazały, że poszczególne grupy kliniczne nie różniły się istotnie w zakresie kontroli trzech podstawowych emocji (gniew, lęk i depresja) mierzonych Skalą Kontroli Emocji CECS. Analizując jednakże całą grupę badanych osób, stwierdzono, że kobiety istotnie częściej tłumili negatywne emocje w skali depresji w odniesieniu do mężczyzn ($p = 0,0413$). To wynik zgodny z obserwacjami w innych grupach chorych z przewlekłymi schorzeniami układu oddechowego. W pracy wykazano ponadto istotną zależność pomiędzy wykształceniem badanych a tłumieniem negatywnych emocji. W Grupie I wraz ze wzrostem wykształcenia chorych rosło tłumienie emocji w zakresie depresji ($p = 0,0415$), co oznacza, że chorzy z wyższym wykształceniem częściej zaprzeczają stanom depresyjnym. Natomiast u wszystkich chorych wraz ze wzrostem wykształcenia malało tłumienie negatywnych emocji w zakresie gniewu ($p = 0,0379$). Gdy chory nie potrafi kontrolować swojego gniewu, może on zostać skierowany na innych, np. na personel medyczny. Gniew może być również autodestrukcyjny, zwłaszcza gdy pacjent przypisuje sobie powstanie choroby. Nie zaobserwowano istotnej zależności pomiędzy wiekiem badanych, miejscem zamieszkania a tłumieniem negatywnych emocji w badanych grupach.

Istotne wyniki uzyskano, porównując poziom jakości życia z tłumieniem negatywnych emocji. We wszystkich grupach klinicznych dla skali gniewu i lęku wraz ze wzrostem wpływu

choroby na życie chorego zwiększał się poziom tłumienia negatywnych emocji. Im gorsza jakość życia, tym częściej chorzy tłumili negatywne emocje, co skutkowało zwiększeniem napięcia emocjonalnego. Ponadto wykazano, że wraz ze wzrostem natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową zwiększało się tłumienie negatywnych emocji u chorych na POChP. Wzrost napięcia emocjonalnego może przekładać się na gorszą kontrolę choroby, a to potwierdza konieczność częstszego korzystania z pomocy medycznej i sięgania po środki doraźne. W konsekwencji przyczynia się do podejmowania ryzykownych zachowań zdrowotnych (np. palenia tytoniu), a mniejszym przejawianiem zachowań prozdrowotnych.

Zaprezentowane wyniki niniejszej pracy świadczą o istotnej roli, jaką odgrywa tłumienie negatywnych emocji w tej grupie chorych. Skłonność do hamowania emocji może być względnie stałą cechą osobowości np. u osób wysoko uspołecznionych. Z drugiej strony negatywne emocje, które przez długi czas nie są wyrażone, mogą wywoływać wiele zaburzeń nerwicznych i problemów psychologicznych. Z perspektywy psychologii zdrowia wyrażanie negatywnych emocji jest korzystne dla pacjenta i dlatego powinno być zalecane w różnych formach psychoterapii. Warto również zauważyć, że niemożność wyrażenia emocji może przyczyniać się do pogorszenia stanu zdrowia somatycznego, a w przypadku chorych na POChP nawet do zwiększenia liczby zaostrzeń, których naturalną konsekwencją jest narastający lęk. Z tego względu w opiece nad chorymi na POChP ważna okazuje się umiejętność wyjaśniania wątpliwości i łagodzenia lęku związanego z chorobą. Często samo przekazanie informacji, jak działa mechanizm błędnego koła, i zrozumienie tego procesu przez chorego ułatwia kontrolowanie choroby i bezpośrednio wpływa na poprawę jakości życia.

6. Podsumowanie

Choroba przewlekła powoduje znaczące zmiany we wszystkich ważnych dla człowieka obszarach życia. Zmiany te są przeważnie niekorzystne, chociaż zdarzają się takie, które psychologicznie określają jako „zyski z choroby”. Bilans choroby jest na ogół ujemny i zazwyczaj stanowi źródło stresu. Stres – zgodnie ze współczesnymi tendencjami – rozumiany jest jako zakłócenie równowagi między możliwościami człowieka a wymaganiami otoczenia [168]. W każdą chorobę przewlekłą wpisane są charakterystyczne dla niej objawy, a długotrwałe leczenie pociąga za sobą szereg ograniczeń. Stawiane człowiekowi wymagania adaptacyjne wiążą się z koniecznością wprowadzenia zmian w życiu osobistym, rodzinnym, społecznym. Zgodnie z przytaczanymi poglądami Lazarusa i Folkman [90] sytuacja spowodowana przez chorobę może być rozpatrywana jako strata/krzywda („dlaczego ja?”), zagrożenie (życia, sprawności, relacji z innymi itp.) lub jako wyzwanie (np. możliwości leczenia). Z każdą z tych form wiążą się charakterystyczne emocje. W przypadku krzywdy/straty są to: żal, smutek, depresja, zagrożeniu często towarzyszą: strach, lęk, niepokój, natomiast wyzwaniu: zarówno wspomniane wcześniej emocje negatywne, jak i pozytywne (np. nadzieja). Czasem pojawić się mogą specyficzne stany emocjonalne jak np. gniew i poczucie winy. Zwłaszcza poczucie winy jest u chorych na POChP częste. Pacjenci stosunkowo często obwiniają się za wywołanie choroby („paliłem papierosy, teraz mam za swoje”).

Poznawcze odzwierciedlenie choroby to nie tylko stres i emocje. Istotne są również reprezentacje tworzone przez chorych: percepcja choroby oraz jej akceptacja. Zarówno percepcja, jak i akceptacja pełnią ważne funkcje regulacyjne, bowiem zachowanie w chorobie w dużej części zależy od tych obu czynników.

Stres, emocje, akceptacja, percepcja, stan fizyczny, interakcje społeczne, stadium choroby są częściami składowymi jakości życia. Wyniki niniejszej pracy pokazały, że jakość życia chorych na POChP jest niska. Pacjentom towarzyszy wysoki poziom stresu, z którym współlistnieją negatywne emocje. Obraz choroby jest niekorzystny, co prowadzi do braku jej akceptacji.

Rozpatrując przytoczone wyniki, należy pamiętać, że POChP to nie tylko problem medyczny, ale również psychologiczny! Człowiek chory to integralna całość, w której skład wchodzi wzajemne interakcje biologiczne, psychologiczne i społeczne. Jeśli w tym procesie wzajemnych oddziaływań nastąpi zakłócenie równowagi, dochodzi do zaburzeń i spadku jakości życia.

W podsumowaniu należy zwrócić uwagę na ścisłą zależność pomiędzy zmiennymi psychologicznymi a jakością życia chorych na POChP. Ograniczenia i trudności w zakresie funkcjonowania utrudniają adaptację do choroby. Przy niskiej jakości życia konieczne staje się prowadzenie działań zapobiegawczych w postaci poradnictwa lub rehabilitacji psychologicznej. Pomoc i wsparcie w odzyskiwaniu niezależności i samodzielności może przyczynić się do łagodzenia negatywnych emocji związanych z chorobą, stresu i dyskomfortu psychicznego, a w konsekwencji do akceptacji choroby i przywrócenia choremu dobrego samopoczucia.

Wyniki prezentowanej pracy powinny stać się dla personelu medycznego zachętą do szerszego spojrzenia na problemy chorych na POChP. Prowadzenie odpowiedniej edukacji, terapii i psychoterapii prowadzi do redukcji napięć, lęku, stanów depresyjnych, a w rezultacie pozwala zwiększać kontrolę nad chorobą i poprawiać jakość życia.

Wydaje się, iż w promowej od kilku lat w Polsce zintegrowanej opiece medycznej chorych na POChP opieka psychologiczna i psychiatryczna powinna odgrywać ważną rolę. W odniesieniu do chorób układu oddechowego należy zwracać uwagę nie tylko na obiektywne funk-

cjonowanie chorego i wyniki badań spirometrycznych, ale także na sposób, w jaki pacjent funkcjonuje i jego samopoczucie psychiczne. Osoby zajmujące się przewlekłe chorymi powinny mieć świadomość, że to, jak pacjent przeżywa chorobę i interpretuje jej stan, przekłada się na postawę wobec choroby, a to z kolei na sukces terapeutyczny lekarza.

7. Zalety i ograniczenia badań

W pracy ujęto całościowe podejście do analizowanego tematu. Przebadano dużą populację chorych, uwzględniono stopień obturacji dróg oddechowych, co ma duże znaczenie dla jakości życia. Istotną zaletą niniejszych badań jest próba usystematyzowania psychologicznych aspektów POChP. Wartością przeprowadzonych badań jest także kontekst psychoedukacyjny. Wyniki pracy mogą być użyteczne dla lekarzy i psychologów klinicznych w codziennej praktyce klinicznej. Dzięki prowadzonym wywiadam klinicznym oraz wielu godzinom spędzonym przy łóżku chorego, autor miał możliwość nie tylko zainteresować pacjenta psychologicznymi aspektami choroby, ale także mógł pomóc w rozwiązywaniu codziennych problemów.

Przedstawione badania nie wyczerpują wszystkich aspektów jakości życia chorych na POChP i ich korelatów psychologicznych. Istotnym ograniczeniem pracy jest jej przesiewowy charakter. Badania zostały zaprojektowane jako eksploracyjne, a nie weryfikujące ściśle określone hipotezy. Analizie poddana została wybrana liczba zmiennych w celu ustalenia ich istotności dla subiektywnie odczuwanej jakości życia. W przyszłości warto rozszerzyć badania o inne zmienne, które mogą być kluczowe z perspektywy chorego na POChP, jak np. palenie tytoniu, status materialny, samotność, liczba zaostrzeń, choroby współistniejące, wpływ farmakoterapii, korzyści z rehabilitacji, aktywność fizyczna, wpływ edukacji, oddziaływań psychologicznych czy czas trwania choroby.

VI. Wnioski

Przedstawione wyniki pracy umożliwiły wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Chorzy na POChP cechują się niską jakością życia. Pacjenci z lekką i umiarkowaną obturacją dróg oddechowych odznaczają się lepszą jakością życia w porównaniu do osób z ciężką i bardzo ciężką obturacją. Istotnymi czynnikami różnicującymi były wiek i wykształcenie.
2. Chorzy z lekką i umiarkowaną obturacją dróg oddechowych mają bardziej pozytywny obraz choroby niż chorzy z obturacją ciężką i bardzo ciężką.
3. Chorzy na POChP akceptują chorobę na poziomie przeciętnym. Akceptacja choroby maleje z wiekiem oraz wraz ze zwiększeniem stopnia obturacji w drogach oddechowych.
4. Starszy wiek chorych wpływa na silniejsze poczucie braku kontroli choroby.
5. Wraz z obniżeniem się poziomu jakości życia chorych na POChP maleje stopień akceptacji choroby i obniża się stan emocjonalny chorych.
6. Wzrost nasilenia poziomu stresu u chorych na POChP wpływa na obniżenie się poziomu jakości życia.
7. Chorzy z lekką i umiarkowaną obturacją stosują aktywne metody radzenia sobie ze stresem, natomiast chorzy z ciężką i bardzo ciężką obturacją stosują metody unikowe.
8. Istotną rolę w zespołach terapeutycznych pracujących z chorymi na POChP powinni pełnić psychologowie i psychoterapeuci.

VII. Streszczenie

W pracy podjęto temat jakości życia i zmiennych psychologicznych u chorych na POChP. Przesłanką do podjęcia tematu badań jest rosnąca liczba zachorowań na tę chorobę w Polsce. W obszarze badań dotyczących POChP jest relatywnie niewiele publikacji na temat związku zmiennych psychologicznych z jakością życia, a dostępne doniesienia są często sprzeczne.

Celem pracy była ocena jakości życia chorych na POChP w kontekście czynników klinicznych (stopień ciężkości POChP) i psychologicznych (percepcja choroby, stopień akceptacji choroby, natężenie stresu, sposoby radzenia sobie ze stresem, kontrola emocji). Celem dodatkowym było porównanie wyżej wymienionych czynników w dwóch grupach badawczych: Grupa I – chorzy z $FEV_1 > 50\%$ wartości należnej, Grupa II – chorzy z $FEV_1 < 50\%$ wartości należnej, oraz wyodrębnienie ważnych zależności socjodemograficznych.

W badaniach użyto następujących kwestionariuszy: ankiety wstępnej dotyczącej zmiennych demograficznych, Testu CAT do badania jakości życia, Kwestionariusza Percepcji Choroby B-IPQ, Skali Akceptacji Choroby AIS, Skali Odczuwanego Stresu PSS-10, Inwentarza Mini-COPE do badań strategii radzenia sobie ze stresem oraz Skali Kontroli Emocji CECS.

W badaniach wzięło udział 240 chorych z czterech podmiotów leczniczych: Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku, Szpitala Specjalistycznego w Chojnicach, Szpitala Specjalistycznego w Prabutach oraz Szpitala Specjalistycznego w Wejherowie. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku powyżej 60 lat (65,7%). W analizowanej populacji chorych najwięcej osób posiadało wykształcenie podstawowe (34,1%), a najmniej wyższe (4,1%). Pod względem miejsca zamieszkania najwięcej osób (45%) pochodziło z małych miast do 50 tys. mieszkańców, licznie też były reprezentowane osoby ze wsi (36%).

Uzyskane wyniki wskazują, że chorych na POChP cechuje niska jakość życia. Osoby z Grupy I mają relatywnie lepszą jakość życia w porównaniu do osób z Grupy II. Nie stwierdzono zależności pomiędzy płcią a poziomem jakości życia. Wykazano natomiast, że czynnikami istotnymi są wiek i wykształcenie. Grupa I ma bardziej pozytywny obraz choroby niż Grupa II. Stan emocjonalny pacjentów z Grupy II jest istotnie gorszy niż w Grupie I. Wraz z pogorszeniem się jakości życia rosną negatywne wyobrażenia związane z POChP. Chorzy na tę chorobę akceptują ją na poziomie przeciętnym. Istnieją jednak różnice pomiędzy badanymi grupami. Gdy poziom jakości życia obniża się, maleje także akceptacja choroby. Osoby z Grupy II mają istotnie wyższy poziom stresu niż osoby z Grupy I. Większe nasilenie stresu występuje u kobiet w Grupie II. Wraz z obniżeniem się jakości życia wzrasta nasilenie stresu, zwiększają się także negatywne wyobrażenia dotyczące choroby oraz maleje jej poziom akceptacji. Chorzy z Grupy I częściej stosują aktywne metody radzenia sobie ze stresem, natomiast chorzy z Grupy II metody unikowe. W sytuacjach trudnych kobiety częściej zwracają się ku religii i duchowości, z kolei mężczyźni zażywają środki psychoaktywne, np. alkohol. Badane grupy nie różnią się w zakresie kontroli emocji. Kobiety częściej tłumią negatywne emocje. Istnieje związek pomiędzy jakością życia a kontrolą emocji. Im bardziej chory tłumia negatywne emocje, tym jego jakość życia pogarsza się.

Istotną rolę w zespołach terapeutycznych pracujących z chorymi na POChP powinni pełnić psychologowie i psychoterapeuci.

VIII. Abstract

The doctorate dwells on the topic of the quality of life and psychological variables in COPD patients. The research on this subject was instigated by the growing number of COPD cases in Poland. A relatively low number of COPD-related papers deals with the relationship between psychological variables and the quality of patients' lives; what is more, the available reports are oftentimes contradictory.

The objective of this study was to evaluate the quality of life of COPD patients in the context of the clinical factors (disease severity) as well as psychological factors (the perception of the illness, levels of acceptance and stress, stress-coping strategies, emotional control).

An additional objective of the study was to compare the aforementioned factors in two study groups: Group I – patients with FEV1 > 50% of predicted value; Group II – patients with FEV1 < 50% of predicted value, as well as to identify the important sociodemographic correlations.

The study was conducted using the following questionnaires: a preliminary demographic data survey, CAT quality of life test, brief illness perception questionnaire (B-IPQ), approval of illness scale (AIS), Mini-COPE inventory to study the stress-coping strategies and Courtauld Emotional Control Scale (CECS).

The study was conducted in 240 patients at 4 treatment centers, namely the University Clinical Center in Gdańsk, Specialist Hospital in Chojnice, Specialist Hospital in Prabuty, and Specialist Hospital in Wejherowo. The largest subgroup consisted of patients above the age of 60 (65.7%). With regard to the educational status, the largest percentage of patients had completed primary education only (34.1%), while the lowest percentage of patients had completed higher education or better (4.1%). In terms of the sites of residence, the largest percentage of

patients dwelt in small towns of less than 50,000 inhabitants (45%); also numerous were the inhabitants of rural areas (36%).

As shown by the obtained results, COPD is associated with a low quality of life of patients. Patients from Group I reported relatively better quality of life as compared to patients from Group II. No relationships were observed between gender and the quality of life. On the other hand, age and educational status were demonstrated to be the factors of importance. The perception of the disease in Group I patients was more positive than in Group II patients. The emotional status of Group II patients was significantly worse than that of Group I patients. Negative perceptions associated with COPD increased along with the quality of life being worsened. The acceptance of the disease among the patients was at the average level. However, differences were observed between the study groups. The acceptance of the disease slumped along with deterioration of the quality of life. Group II patients were characterized by a significantly higher level of stress as compared to Group I. A higher level of stress was observed in Group II females. The reduction in the quality of life was associated with the increasing level of stress as well as the increasingly negative perception of illness and lower acceptance levels. Group I patients were more likely to use active stress-coping strategies while Group II patients preferred the avoidance strategies. In difficult situations, females were more likely to turn towards religion and spirituality while males were more prone to use psychoactive substances such as alcohol. No difference was observed between the groups in terms of emotional control levels. Women were more likely to suppress negative emotions. The quality of life is correlated to the emotional control level. The stronger is the suppression of negative feelings, the worse is one's quality of life.

Psychologists and psychotherapists should play an important role in COPD patient management teams.

IX. Piśmiennictwo

1. Mannino D.M.: Chronic Obstructive pulmonary disease: definition and epidemiology. *Respir Care*. 2003; 48: 1185–1193.
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Global Strategy for the Diagnosis and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, GOLD, update 2015.
3. Zieliński J.: Jak radzić sobie z POChP. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 2011; 7–8.
4. Currie G.P. (red.): ABC przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Wrocław: Górnicki Wydawnictwo Medyczne. 2013; 1–10.
5. <http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/>. 25.05.2015
6. Górecka D., Jassem E., Pierzchała W., Śliwiński P.: Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). *Pneumonol Alergol Pol*. 2012; 80: 220–254.
7. Halbert R.J., Natoli J.L., Gano A., Badamgarav E., Buist A.S., Mannino D.M.: Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J*. 2006; 28: 523–532.
8. Niepsuj G., Kozielski J., Niepsuj K.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc wśród mieszkańców Zabrze. *Wiad Lek*. 2002; 55: 354–359.
9. Zieliński J.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc. Wydanie IV. Wrocław: Górnicki Wydawnictwo Medyczne. 2007; 6–7.
10. Wesołowski S., Boros P.W., Dębowski T.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc w Polsce: podział pacjentów według nowej klasyfikacji GOLD 2011. Badania przekrojowe. *Pneumonol Alergol Pol*. 2014; 82: 511–517.

11. Program Zdrowie dla Pomorzan 2005–2013: http://pomorskie.eu/program-zdrowie-dla-pomorzan-2005-2013/-/asset_publisher/BsHMgYrv2AU6/content/opracowania-do-programu-zdp-2005-2013/100718. 24.02.2015.
12. Rowińska-Zakrzewska E., Kuś J. (red.): Choroby układu oddechowego. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 2004; 157–158.
13. Weinberger S.E., Cockrill B.A., Mandel J.: Choroby płuc. Wrocław: Elsevier Urban & Partner. 2011; 101–122.
14. Eagan T.M., Gulsvik A., Eide G.E., Bakke P.S.: Remission of respiratory symptoms by smoking and occupational exposure in a cohort study. *Eur Respir J.* 2004; 23: 589–594.
15. Blanc P.D., Menezes A.M., Plana E., Mannino D.M., Hallal P.C. Toren K., Eisner M.D., Zock J.P.: Occupational exposures and COPD: an ecological analysis of international data. *Eur Respir J.* 2009; 33: 298–304.
16. Hnizdo E., Sullivan P.A., Bang K.M., Wagner G.: Association between chronic obstructive pulmonary disease and employment by industry and occupation in the US population: a study of data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol.* 2002; 156: 738–746.
17. Chazan R. (red.): *Pneumonologia*. Warszawa: Alfa Medica Press. 2011; 325–326.
18. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Global Strategy for the Diagnosis and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, GOLD, update 2014.
19. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Global Strategy for the Diagnosis and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, GOLD, update 2010.
20. Leppert W., Forycka M., Walden-Gałuszek K., Majkiewicz M., Buss T.: Ocena jakości życia u chorych na nowotwory – zalecenia dla personelu oddziałów onkologicznych i medycyny paliatywnej. *Psychoonkologia*. 2014; 18: 17–29.

21. Meyza J.: Jakość życia chorych leczonych chemioterapią lub radioterapią. *Nowotwory*. 1995; 45: 80–87.
22. Nowakowska H.: Wybrane czynniki psychospołeczne i medyczne a jakość życia u chorych na cukrzycę typu 1. Rozprawa doktorska. Gdański Uniwersytet Medyczny. 2010.
23. Basińska M.A., Drozdowska M.: Type A behavior in individuals with psoriasis as a determinant of acceptance of illness. *Postęp Derm Alergol* 2012; 29: 432–439.
24. Basiński A., Majkowicz M., Kwiecińska B., Barancewicz P., Basińska K., Suchorzewska J.: Wpływ neurolitycznych blokad trzewnych na jakość życia chorych z przewlekłym zapaleniem trzustki. *Anestezjologia i Intensywna Terapia*. 2000; 32: 95–99.
25. Jarema M., Konieczńska Z., Głowczak M., Szaniawska A., Meder J., Jakubiak A.: Próba analizy subiektywnej oceny jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub depresji. *Psychiatria Polska*. 1995; 5: 641–654.
26. Chrobak M.: Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. *Probl Pielęgn*. 2009; 17: 123–127.
27. 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: 542–545.
28. Turska W., Skowron A.: Metodyka oceny jakości życia. *Farm Pol*. 2009; 65: 572–580.
29. Kupcewicz E., Abramowicz A.: Ocena jakości życia chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Hygeia Public Health*. 2014; 49: 805–812.
30. Schipper H., Clinch J., McMurray A., Levitt M.: Measuring the Quality of Life of Cancer Patients: the Functional Living Index–Cancer: Development and Validation. *J Clin Oncol*. 1984; 2: 171–185.
31. Bidzan M.: Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu. Kraków: Impuls. 2008; 55–66.

32. Ebrahim S.: Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Soc Sci Med.* 1995; 41: 1383–1394.
33. Wegner N.K., Naughton M.J., Furberg C.D.: Cardiovascular disorders. W: Spilker B., (red.): *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials.* Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers. 1996; 883–891.
34. Szygula-Jurkiewicz B.: Jakość życia, depresja i rokowanie odległe u chorych ze skurczową niewydolnością serca. Rozprawa habilitacyjna. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach. 2009.
35. Walden-Gałuszek de K., Majkiewicz M.: Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową – badanie własne. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego. 1994; 103–104.
36. Oleś P.: Jakość życia w zdrowiu i chorobie. W: Oleś P., Steuden S., Toczłowski J. (red.): *Jak świata mniej widzę. Zaburzenia widzenia a jakość życia.* Lublin: TNKUL. 2002.
37. Majkiewicz M., Zdun-Ryżewska A.: Ocena jakości życia w zaburzeniach psychicznych – koncepcje, badania, narzędzia pomiaru. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej.* 2009; 2: 100–114.
38. Bąk-Drabik K., Ziora D.: Jakość życia w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. *Pneumonol Alergol Pol.* 2004; 72: 128–133.
39. Fuente Cid de la R.: Factor analysis of the health related quality of life of patient with stable chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Bronconeumol.* 2001; 37: 411–416.
40. Kawecka-Jaszcz K., Klock M., Tobiasz-Adamczyk B. (red.): *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne.* Poznań: Wydawnictwo Termedia. 2006; 11.
41. Sousa K.H.: Description of a health-related quality of life conceptual model. *Outcomes Manag Nurs Pract.* 1999; 3: 78–82.

42. Wołowicka L. (red.): Jakość życia w naukach medycznych. Poznań: AM Poznań. 2002.
43. Zieliński J.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedma. W: Antczak A. (red): Wielka interna. Pulmonologia. Część II. Medical Tribune. Polska, Warszawa. 2010; 89–121.
44. Bartkowiak A.: POChP. W: Jak żyć z chorobami układu oddechowego. Poradnik. Poznań: Wydawnictwo NEKK. 2013; 4–7.
45. Eaton T.: Ambulatory oxygen improves quality of life of COPD patients: a randomised controlled study. *Eur Respir J.* 2002; 20: 306–312.
46. Prigatano G.P., Wright E.C., Levin D.: Quality of life and its predictors in patients with mild hypoxemia and chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med.* 1984; 144: 1613–1619.
47. Sans-Torres J., Domingo C., Rué M., Durán-Tauleria E, Marín A.: An assessment of the quality of life of patients with COPD and chronic hypoxemia by using the Spanish version of the Chronic Respiratory Disease Questionnaire. *Arch Bronconeumol.* 1999; 35: 428–434.
48. Ståhl E., Lindeberg A., Jansson S., et al.: Health related quality of life related to COPD disease severity. *Health Qual Life Outcomes.* 2005; 9: 3–56.
49. Andysz A., Merecz D.: Psychologiczne konsekwencje przewlekłych chorób układu oddechowego. *Pneumonol Alergol Pol.* 2012; 80: 329–338.
50. Weldam S., Lammers J.W., 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.
51. Gysels M.H., Higginson I.J.: Self-management for breathlessness in COPD: the role of pulmonary rehabilitation. *Chronic Respir Dis.* 2009; 6: 133–140.

52. Howard C., Hallas C.N., Wray J., Carby M.: The relationship between illness perceptions and panic in chronic obstructive pulmonary disease. *Behav Res Ther.* 2009; 47: 71–76.
53. Derkacz M., Mosiewicz J., Myśliński W.: Zaburzenia funkcji poznawczych u chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. *Wiad Lek.* 2007; 60: 143–147.
54. Talarowska M., Florkowski A., Gałęcki P., Zboralski K., Szemraj J., Pietras T., Górski P.: Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych, lękowych oraz zaburzeń funkcji poznawczych wśród pacjentów cierpiących na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. *Postępy Dermatologii i Alergologii.* 2009; 26: 201–205.
55. Emery Ch.F., Pedersen N.L., Svartengren M., McClearn G.E.: Longitudinal and genetic effects in the relationship between pulmonary function and cognitive performance. *J Gerontol B Psychol Sci Soc.* 1998; 53: 311–317.
56. Antonelli Incalzi R., Marra C., Giordano A., Calcagni M.L., Cappa A., Basso S., Pagliari G., Fusco L.: Cognitive impairment in chronic obstructive pulmonary disease – a neuropsychological and spect study. *J Neurol.* 2003; 250: 325–332.
57. Liesker J.J., Postma D.S., Beukema R.J., Hacken ten N.H., Molen van der T., Riemersma R.A., Zomer van E.H., Kerstjens H.A.: Cognitive performance in patients with COPD. *Respir Med.* 2004; 98: 351–356.
58. Maurer J., Rebbapragada V., Borson S., Goldstein R., Kunik M.E., Yohannes A.M., Hanchania N.A. (ACCP Workshop Panel on Anxiety and Depression in COPD): Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered, questions and research needs. *Chest.* 2008; 134: 435–565.
59. Willgoss T.G., Yohannes A.M.: Anxiety disorders in patients with COPD: a systematic review. *Respir Care.* 2013; 58: 858–866.

60. Mikkelsen R.L., Middelboe T., Pisinger C., Stage K.B.: Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nord J Psychiatr.* 2004; 58: 65–70.
61. Potoczek A., Nizankowska-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. *Psychiatr Pol.* 2008; 42: 731–748.
62. Niedzielski A., Humeniuk E., Błaziak P., Fedoruk D.: Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. *Wiad Lek.* 2007; 60: 5–6.
63. Nowicki A., Ostrowska Ż.: Akceptacja choroby przez chore po operacji raka piersi w trakcie leczenia uzupełniającego. *Pol Merk Lek.* 2008; 24: 403–407.
64. Lelonek B., Kaczmarczyk M.: Przystosowanie do choroby u pacjentów leczonych na oddziale chirurgicznym. *Studia Medyczne.* 2011; 24:45–52.
65. Taylor S.E.: Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation. *Am Psychol.* 1983; 11: 1161–1173.
66. Wiraszka G., Lelonek B.: Funkcjonowanie chorego z białaczką a akceptacja choroby nowotworowej. *Studia Medyczne.* 2008; 10: 21–26.
67. Juczyński Z.: Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. 2001; 55–171.
68. Wrześniewski K.: Psychologiczne problemy chorych z zawałem serca. Warszawa: PZWL. 1986.
69. Rusin-Pawełek E., Uchmanowicz I., Jankowska-Polańska B., Panaszek B., Fal A.M.: Akceptacja choroby pacjentów chorych na astmę oskrzelową a kontrola astmy oskrzelowej. *Współczesna Alergologia Info.* 2012; 3–4: 61–67.

70. Marzec A., Andruszkiewicz A., Banaszkiewicz M.: Poczucie koherencji, akceptacja choroby a funkcjonowanie w chorobie przewlekłej osób chorych na chorobę nerek i chorych na cukrzycę, hemodializowanych – doniesienia wstępne. *Pielęgniarstwo XXI Wieku*. 2011; 2, 35.
71. Dyduch A., Zaborska A., Kucmin T., Tomkiewicz K., Leśniak R., Grzywa A.: Polska adaptacja „Kwestionariusza postrzegania choroby dla osób z doświadczeniem schizofrenii – wersja dla pacjentów i wersja dla rodzin”. Etap I – adaptacja językowa. *Post Psychiatr Neurol*. 2008; 17: 123–126.
72. Kossakowska M.M., Zielazny P.: Obraz choroby i korzyści psychospołeczne u osób zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS. *Post Psychiatr Neurol*. 2013; 22: 177–185.
73. Leventhal H., Brissette I., Leventhal E.A.: The common-sense model of self-regulation of health and illness. W: Cameron L.D., Leventhal H. (red.): *The self-regulation of health and illness behavior*. London: Routledge. 2003; 42–65.
74. Leventhal H., Nerenz D.R., Steele D.F.: Illness representations and coping with Health-threats. W: Baum A., Taylor S.E., Singer J.E. (red.): *A handbook of psychology and health*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates. 1984; 219–252.
75. Becker M.H., Maiman L.A.: Sociobehavioural determinants of compliance with health and medical care recommendation. *Med Care*. 1975; 13: 10–24.
76. Kulczycki M.: Psychologiczne problemy człowieka chorego. Z zagadnień współpracy pracownika służby zdrowia z pacjentem. Wrocław: Wydawnictwo Ossolineum. 1971.
77. Heszen-Klemens I.: Psychologia medyczna. Główne kierunki badań. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. 1983.
78. Motyka M.: Komunikacja terapeutyczna w opiece ogólnomedycznej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. 2011.

79. Lipowski Z.J.: Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatry in Medicine*. 1970; 2: 91–102.
80. Janowski K.: *Osobowościowe uwarunkowania radzenia sobie ze stresem łuszczycy*. Lublin: Wydawnictwo Polihymnia. 2006.
81. Diefenbach M.A., Leventhal H.: The common-sense model of illness representation: theoretical and practical considerations. *J Soc Distr Hom*. 1996; 5: 11–38.
82. Mitković M., Ristić L., Zikić O., Milosević V., Grbesa G.: Illness perception in chronic obstructive pulmonary disease. *Med Pregl*. 2010; 63: 179–182.
83. Padilha J.M.: Influence of perception of chronic obstructive pulmonary disease in promotion of self-management of disease. *Rev Port Pneumol*. 2010; 16: 641–648.
84. Ziarko M.: *Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM. 2014; 31–47.
85. Heszen I., Sęk H.: *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. 2007.
86. Leventhal H., Halm E., Horowitz C., Eeventhal E.A., Ozakinci G.: Living with chronic illness: A contextualized, self-regulation approach. W: Sutton S., Baum A., Johnston M. (red.): *The Sage handbook of health psychology*. Londyn – Thousand Oaks – New Delhi: Sage. 2005; 171–240.
87. Grinker R., Spiegel J.P.: *Men under stress*. Philadelphia: Blakiston. 1945.
88. Selye H.: *Stress in health and disease*. Reading, MA: Butterworths. 1979.
89. Dugiel G., Tustanowska B., Kęcka K., Jasińska M.: Przegląd teorii stresu. *Acta Sci Acad Ostroviensis. Sect. B*. 2012; 47–70.
90. Lazarus R.S., Folkman S.: *Stress, appraisal and coping*. Nowy Jork: Springer. 1984.

91. Hobfoll S.E., Lerman, M.: Personal relationships, personal attributes, and stress resistance: mothers' reactions to their child's illness. *Am J Community Psychol.* 1988; 16: 565–589.
92. Hobfoll S.E.: *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. 2006.
93. Antonovsky A.: *Health, stress and coping.* San Francisco: Jossey-Bass. 1979.
94. Antonovsky A.: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?* Warszawa: Fundacja IPN. 1995.
95. Tomaszewski T.: Człowiek w sytuacji. W: T. Tomaszewski (red.): *Psychologia.* Warszawa: PWN. 1975; 491–533.
96. Reykowski J.: *Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego.* Warszawa: PWN. 1966.
97. Sęk H.: Poznawcze i kompetencyjne uwarunkowania wypalenia w pracy z chorymi. *Post Psychiatr Neurol.* 2005; 14: 93–98.
98. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z.: *Osobowość, stres a zdrowie.* Warszawa: Centrum Informacji i Doradztwa Difin. 2008.
99. Miller S.M.: Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to asses styles of information seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1987; 52: 345–335.
100. Endler N.S., Parker J.D.A.: *Coping inventory for stressfull situations. (CISS). Manual.* Toronto. Multi Health Systems, Ins. 1990a.
101. Schwarzer R., Taubert S.: Radzenie sobie ze stresem: Wymiary i proces. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna.* 1999; 6: 72–92.
102. Lewis M., Haviland-Jones J.M.: *Psychologia emocji.* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. 2005; 657–670.

103. Leksowska A., Jaworska I., Gorczyca P.: Choroba somatyczna jako wyzwanie adaptacyjne dla człowieka. *Folia Cardiologica Excerpta*. 2011; 6: 244–248.
104. Jarosz M.: Psychologia lekarska. Warszawa: Wydawnictwo PZWL. 1983.
105. Heszen-Niejodek I.: Radzenie sobie z chorobą – przegląd zagadnień. W: Heszen-Niejodek I. (red.): Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. 2000; 13.
106. Heszen I.: Kliniczna psychologia zdrowia. W: Sęk H. (red.): Psychologia kliniczna. T. 2. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe. 2005; 222–243.
107. Jassem E., Górecka D., Krakowiak P., Kozielski J., Słomiński J.M., Krajnik M., Fal A.M.: Zintegrowana opieka medyczna u chorych na zaawansowaną przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. *Pneumonol Alergol Pol*. 2010; 78, 2: 126–132.
108. Krajnik M., Buczkowski K.: Definicja i filozofia opieki paliatywnej. W: Buczkowski K., Krajnik M. (red.): Opieka paliatywna. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 2009.
109. Jarvis S., Ind P.W., Shiner R.J.: Inhaled therapy in elderly COPD patients, time for re-evaluation? *Age Ageing*. 2007; 36: 213–218.
110. Bourbeau J., Saad N.: Integrated care model with self-management in chronic obstructive pulmonary disease: from family physicians to specialists. *Chron Respir Dis*. 2013; 10: 99–105.
111. Kruis A.L., Boland M.R.S., Assendelft W.J., Gussekloo J., Tsiachristas A., Stijnen T., Blom C., Sont J.K., Rutten-van Mölken M., Chavannes N.H.: Effectiveness of integrated disease management for primary care chronic obstructive pulmonary disease patients: results of cluster randomised trial. *BMJ*. 2014; 349.

112. Dajczman E., Robitaille Ch., Ernst P., Hirsh A.M., Wolkove N., Small D., Bianco J., Stern H., Palayew M.: Integrated interdisciplinary care for patients with chronic obstructive pulmonary disease reduces emergency department visits and admissions: A quality assurance study. *Can Respir J.* 2013; 20: 351–356.
113. Cramm J.M., Rutten-Van Mölken M.P., Nieboer A.P.: The potential for integrated care programmes to improve quality of care as assessed by patients with COPD: early results from a real-world implementation study in The Netherlands. *Int J Integr Care.* 2012 Jul–Sep; 12: 191.
114. Titova E., Steinshamn S., Indredavik B., Henriksen A.H.: Long term effects of an integrated care intervention on hospital utilization in patients with severe COPD: a single centre controlled study. *Respiratory Research.* 2015; 16: 8.
115. Gellis Z.D., Kenaley B.L., Ten Have T.: Integrated telehealth care for chronic illness and depression in geriatric home care patients: the Integrated Telehealth Education and Activation of Mood (I-TEAM) study. *J Am Geriatr Soc.* 2014; 62: 889–895.
116. Miravittles M., García-Sidro P., Fernández-Nistal A., Buendia M.J., Espinosa de los Monteros M.J., Esquinas C., Molina J.: The chronic obstructive pulmonary disease assessment test improves the predictive value of previous exacerbations for poor outcomes in COPD. *Int J COPD.* 2015; 10: 2571–2579.
117. Felton B.J., Revenson T.A.: Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *J Consult Clin Psychol.* 1984; 52: 343–353.
118. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein, R.: A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior.* 1984; 24: 385–396.
119. Juczyński Z., Ogińska-Bulik N.: *Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem.* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych. 2009; 12–13.

120. Carver Ch.S.: You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med.* 1997; 4: 92–100.
121. Watson M., Greer S.: Development of a questionnaire measure of emotional control. *J Psychosom Res.* 1983; 27: 299–305.
122. Zdun-Ryżewska A.: Kliniczne i psychospołeczne korelaty jakości życia w zaburzeniach afektywnych nawracających i dwubiegunowych. Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny. 2011 (praca niepublikowana).
123. Chetta A., Olivieri D.: The COPD Assessment Test in the evaluation of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. *Expert Rev Respir Med.* 2012; 6: 373–375.
124. Mackay A.J., Donaldson G.C., Patel A.R.C., Hurst J.R., Wedzicha J.A.: Usefulness of the Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assessment Test to Evaluate Severity of COPD Exacerbations. *Am J Respir Crit Care Med.* 2012; 185: 1218–1224.
125. Jassem E.: Skale wydolności układu oddechowego. W: Kuziemski K., Jassem E. (red.): Ocena czynności układu oddechowego w codziennej praktyce lekarskiej. Gdańsk: Via Medica. 2005; 103–112.
126. Ferrer M., Alonso J., Morera J., Marrades R.M., Khalaf A., Aguar M.C., Plaza V., Prieto L., Antó J.M.: Chronic obstructive pulmonary disease stage and health-related quality of life. The Quality of Life Chronic Obstructive Pulmonary Disease Study Group. *Ann Intern Med.* 1997; 127: 1072–1079.
127. Carrasco Garrido P., Miguel Diez de J., Rejas Gutiérrez J. et al.: Negative impact of chronic obstructive pulmonary disease on the health-related quality of life of patients. Results of the EPIDEPOC study. *Health Qual Life.* 2006; 23: 31.
128. Zamzan M.A., Azab N.Y., El Wahsh R.A., Ragab A.Z., Allan E.M.: Quality of life in COPD patients. *Egypt J Chest Dis Tub.* 2012; 61: 281–289.

129. Tsiligianni I., Kocks J., Tzanakis N., Siafakas N., Molen van der T.: Factors that influence disease-specific quality of life or health status in patients with COPD: a systematic review and meta-analysis of Pearson correlation. *Prim Care Respir J.* 2011; 20: 257–268.
130. Osman I.M., Godden D.J., Friend J.A., Legge J.S., Douglas J.G.: Quality of life and hospital re-admission in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax.* 1997; 52: 67–71.
131. Heijdra Y.E., Pinto-Plata V.M., Kenney M., Rassulo J., Celli B.R.: Cough and phlegm are important predictors of health status in smokers without COPD. *Chest.* 2002; 121: 1427–1433.
132. Raherison Ch., Tillie-Leblond I., Prudhomme A., Taillé C., Biron E.: Clinical characteristics and quality of life in women with COPD: an observational study. *BMC Women's Health.* 2014; 14: 31.
133. Jankowska-Polańska B., Kamińska M., Uchmanowicz E., Rycombel A.: Jakość życia i zachowania zdrowotne chorych na gruźlicę – różnice zależne od płci. *Pneumonol Alergol Pol.* 2015; 1: 5–6.
134. McSweeney A.J., Grant I., Heaton R.K., Adams K.M., Timms R.M.: Life quality of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med.* 1982; 142: 473–478.
135. Ketelaars C.A., Schlösser M.A., Mostert R., Huyer Abu-Saad H., Halfens R.J., Wouters E.F.: Determinants of health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax.* 1996; 51: 39–43.
136. Tsukino M., Nishimura K., Ikeda A., Koyama H., Mishima M., Izumi T.: Physiologic factors that determine the health-related quality of life in patients with COPD. *Chest.* 1996; 110: 896–903.
137. Wang K.Y., Wu C.P., Tang Y.Y., Yang M.L.: Health-related quality of life in Taiwanese patients with bronchial asthma. *J Formos Med Assoc.* 2004; 103: 205–211.

138. Kupryś-Lipińska I., Kuna P.: Impact of chronic obstructive disease (COPD) on patient's life and his family. *Pneumonol Alergol Pol.* 2014; 82: 82–95.
139. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Global Strategy for the Diagnosis and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, GOLD, update 2013.
140. Starowicz A.: Rola poznawczego obrazu własnej choroby w adaptacji do cukrzycy – charakterystyka zagadnienia i przegląd badań. *Diabetologia Praktyczna.* 2009; 10 (3): 97–136.
141. Zielazny P., Kuźmiński K., Jassem E., Damps-Konstańska I., Zarzecka-Baran M., Bandurska E.: Wybrane psychologiczne aspekty u chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP): akceptacja i percepcja choroby. *Post Psychiatr Neurol.* 2015; 24: 76–85.
142. Tobiasz-Adamczyk B., Szafraniec K., Bajka J.: Zachowania w chorobie. *CMUJ.* 1999.
143. Borge Ch.R., Moum T., Puline Lein M., Austegard E.L., Wahl A.K.: Illness perception in people with chronic obstructive pulmonary disease. *Scand J Psychol.* 2014; 55 (5): 456–463.
144. Zöckler N., Kenn K., Kuehl K., Stenzel N., Rief W.: Illness perception predict exercise capacity and psychological well-being after pulmonary rehabilitation in COPD patients. *J Psychosom Res.* 2014; 76: 146–151.
145. Menezes A.M., Landis S.H., Han M.K., Muellerova H., Aisanov Z., Molen van der T., Oh Y.M., Mannino D.M., Davis K.J.: Continuing to Confront COPD International Surveys: comparison of patient and physician perceptions about COPD risk and management. *Int J COPD.* 2015; 10: 159–172.
146. Maroszyńska-Jeżowska B.: Pojęcie „jakości życia” w perspektywie filozofii medycyny. *Sztuka Leczenia.* 2001; 7: 21–25.

147. Kowalczyk-Sroka B., Lelonek B., Michalska M.: Jakość życia chorych na cukrzycę w aspekcie stopnia akceptacji choroby. *Ann UMCS. Sect. D.* 2006; 60, 3: 484–489.
148. Majda A., Józefowska H.: Zasoby osobiste pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Probl. Pielęg.* 2009; 17: 283–293.
149. Olek D., Uchmanowicz I., Chudiak A., Jankowska-Polańska B.: Wpływ akceptacji choroby na jakość życia chorych w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. *Problemy Pielęgniarstwa.* 2014; 22: 471–476.
150. Karna-Matyjaszek U., Sierżantowicz R., Mariak Z.: Akceptacja własnej choroby przez pacjentów z rozpoznaną jaskrą. *Polski Merkuriusz Lekarski.* 2010; 28 (163): 37.
151. Kułak W., Kondzior D.: Dyskopatia kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego w korelacji z natężeniem bólu, depresją i akceptacją choroby. *Problemy Higieny i Epidemiologii.* 2010; 91: 153–157.
152. Zielazny P., Biedrowski P., Lezner M., Uzdrowska B., Błaszczyk A., Zarzeczna-Baran M.: Stopień akceptacji choroby, przekonania na temat kontroli bólu oraz strategie radzenia sobie z bólem wśród pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu z powodu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. *Post Psychiatr Neurol.* 2013; 22: 251–258.
153. Pawlik M., Karczmarek-Borowska B.: Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie.* Rzeszów. 2013; 2: 203–221.
154. Kurowska K., Kasprzyk A.: Akceptacja choroby i style radzenia sobie ze stresem u osób dializowanych. *Psychiatr i Psychol Klin.* 2013; 13: 99–107.
155. Kurowska K., Siekierska I.: Akceptacja choroby a poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia u osób po usunięciu nerki z powodu nowotworu. *Pielęg Chir Angiol.* 2013; 2: 65–71.

156. Gullic J.: Psychosocial Dimensions of COPD for the Patient and Family. W: K.C. Ong (red.): Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Current Concepts and Practice. InTech. 2012.
157. Andenæs R., Moum T., Kalfoss M.H.: Changes in health status, psychological distress, and quality of life in COPD patients after hospitalization. *Qual Life Res.* 2006; 15: 249–257.
158. Zielazny P.: Obraz choroby, korzyści psychospołeczne i strategie radzenia sobie ze stresem u osób zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS. Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej. 2012; 49–51 (praca niepublikowana).
159. Boyle A.: Living with a spouse with chronic obstructive pulmonary disease: the meaning of wives' experiences. *J Nurs Healthc Chronic Illn.* 2009; 1: 273–282.
160. Milne L., Moyle W., Cooke M.: Hope: A construct central to living with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Older People Nursing.* 2009; 4: 299–306.
161. Lu Y., Nyunt M.S., Gwee X., Feng L., Feng L., Kua E.H., Kumar R., Ng T.P.: Life event stress and chronic obstructive pulmonary disease (COPD): associations with mental well-being and quality of life in a population-based study. *BMJ Open.* 2012; 2.
162. Volicer B.J., Isenberg M.A., Burns M.W.: Medical - surgical differences in hospital stress factors. *J Human Stress.* 1977; 3: 3–13.
163. Salmon P.: Psychologia w medycynie. Wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. 2002; 176–184.
164. Andenæs R., Kalfoss M.H., Wahl A.K.: Coping and psychological distress in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart Lung.* 2006; 35: 46–57.
165. Stoilkova A., Daisy A., Frits M., Martijn A., Emiel F.: Coping styles in patients with COPD before and after pulmonary rehabilitation. *Respir Med.* 2013; 107: 825–833.

166. Solano J.P., Gomes B., Higginson I.J.: A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *J Pain Symptom Manage.* 2006; 31: 58–69.
167. Pumar M.I., Gray C.R., Walsh J.R., Yang I.A., Rolls T.A., Wars D.L.: Anxiety and depression – Important psychological comorbidities of COPD. *J Thorac Dis.* 2014; 6: 1615–1631.
168. Heszen I.: *Psychologia stresu.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. 2013; 182.

X. Załączniki

1. Ankieta wstępna

1. Płeć

- ☐ M
- ☐ K

2. Wiek

- ☐ Poniżej 20
- ☐ 21 – 30
- ☐ 31 – 40
- ☐ 41 – 50
- ☐ Powyżej 50

3. Wykształcenie

- ☐ Podstawowe
- ☐ Zawodowe
- ☐ Średnie
- ☐ Wyższe

4. Miejsce zamieszkania

- ☐ Wieś
- ☐ Miasto do 50 tys mieszkańców
- ☐ Miasto od 50 – 100 tys mieszkańców
- ☐ Miasto powyżej 100 tys mieszkańców

5. Spirometryczna klasyfikacja choroby

- ☐ Stadium I
- ☐ Stadium II
- ☐ Stadium III
- ☐ Stadium IV

2. COPD Assessment Test (CAT)

Proszę wypełnić każde pytanie!

Przykład: Jestem bardzo szczęśliwy/a

	0	1	2	3	4	5		0	1	2	3	4	5		WYNIK
kaszel	Nigdy nie kaszle							Kasze cały czas							
zaleganie wydzieliny	W ogóle nie mam zalegania płwociny (śluzu) w oskrzelach							Moje oskrzela są całkowicie wypełnione płwociną (śluzem)							
ucisk w klatce	W ogóle nie odczuwam ucisku w klatce piersiowej							Odczuwam silny ucisk w klatce piersiowej							
zaduszka	Nie mam zaduszki, gdy idę pod górę lub wchodzę po schodach na piętro							Mam silną zaduszkę, gdy idę pod górę lub wchodzę po schodach na piętro							
aktywność domowa	Nie mam żadnych trudności z wykonywaniem jakichkolwiek czynności w domu							Mam bardzo duże trudności z wykonywaniem wszelkich czynności w domu							
sprawność ruchowa	Pomimo choroby płuc, wychodząc z domu, czuję się pewnie							Z powodu choroby płuc, wychodząc z domu, czuję się bardzo niepewnie							
sen	Śpiam dobrze							Z powodu choroby płuc śpiam źle							
energia do działania	Mam dużo energii do działania							Nie mam w ogóle energii do działania							
														SUMA PUNKTÓW	

COPD Assessment Test (tęgi CAT) to znaki liczonek firmy grupy GlaxoSmithKline.
© 2009 GlaxoSmithKline. Wszelkie prawa zastrzeżone.

3. Kwestionariusz Percepcji Choroby B-IPQ – wersja skrócona

Proszę, przeczytaj uważnie każde pytanie i odpowiedz na nie posługując się skalą poniżej. Zaznacz tę cyfrę, która najlepiej określa Twój pogląd w danej sprawie:

Jak bardzo choroba, na którą chorujesz wpływa na Twoje Życie?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

w ogóle nie wpływa wpływa poważnie

Jak myślisz, jak długo Twoja choroba będzie trwać?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

bardzo krótko do końca życia

Na ile jesteś w stanie kontrolować swoją chorobę?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

absolutnie nie jestem w stanie całkowicie jestem w stanie

Jak myślisz na ile leczenie może pomóc w przezwyciężeniu Twojej choroby?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

w ogóle nie pomoże całkowicie pomoże

W jakim stopniu doświadczasz objawów swojej choroby?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

nie mam żadnych objawów mam wiele ciężkich objawów

Jak bardzo zamartwiasz się swoją chorobą?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

w ogóle się nie zamartwiam totalnie się zamartwiam

Jak sądzisz, na ile rozumiesz swoją chorobę?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

w ogóle jej nie rozumiem bardzo dobrze ją rozumiem

Na ile Twoja choroba wpływa na Twój stan emocjonalny (np. denerwuje Cię, złości, przeraża lub wprowadza Cię w depresję)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

absolutnie nie wpływa całkowicie wpływa

Poniżej wpisz, które przyczyny, uważasz za najbardziej prawdopodobne w powstaniu Twojej choroby.

Według mnie najważniejsze przyczyny mojej choroby to:

1.

2.

3.

Dziękujemy bardzo.

4. Skala Akceptacji Choroby AIS

.....płeć M K wiekdata badania.....

Proszę ustosunkować się do każdego stwierdzenia zaznaczając na skali od 1 do 5 liczbę, która najlepiej określa Pana/i obecny stan. Swoój wybór należy zaznaczyć otaczając kółkiem odpowiednią liczbę. Każda odpowiedź jest dobra o ile jest prawdziwa.

1. Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę
zdecydowanie zdecydowanie

zgadzam się 1 2 3 4 5 nie zgadzam się

2. Z powodu swojego stanu zdrowie nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię.
zdecydowanie zdecydowanie

zgadzam się 1 2 3 4 5 nie zgadzam się

3. Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny.
zdecydowanie zdecydowanie

zgadzam się 1 2 3 4 5 nie zgadzam się

4. Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę.
zdecydowanie zdecydowanie

zgadzam się 1 2 3 4 5 nie zgadzam się

5. Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół.
zdecydowanie zdecydowanie

zgadzam się 1 2 3 4 5 nie zgadzam się

6. Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem.
zdecydowanie zdecydowanie

zgadzam się 1 2 3 4 5 nie zgadzam się

7. Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być.
zdecydowanie zdecydowanie

zgadzam się 1 2 3 4 5 nie zgadzam się

8. Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby.
zdecydowanie zdecydowanie

zgadzam się 1 2 3 4 5 nie zgadzam się

5. Skala Odczuwanego Stresu PSS-10

Pytania zawarte w tej skali dotyczą Twoich myśli i odczuć, które miały miejsce w ostatnim miesiącu. W każdym pytaniu proszę wskazać jak często myślałeś i odczuwałeś w podany sposób. Mimo znacznych podobieństw są to różne pytania i należy każde z nich traktować oddzielnie. Najlepiej na każde pytanie odpowiadać w miarę szybko, wybierając tą odpowiedź, która wydaje się najbardziej trafna.

		Nigdy	Prawie nigdy	Czasem	Dość często	Bar- dzo często
1	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca byłeś zdenerwowany, ponieważ zdarzyło się coś niespodziewanego?					
2	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czułeś, że ważne sprawy w twoim życiu wymykają ci się spod kontroli?					
3	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca odczuwałeś zdenerwowanie i napięcie?					
4	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca byłeś przekonany, że jesteś w stanie poradzić sobie z problemami osobistymi?					
5	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czułeś, że sprawy układają się po twojej myśli?					
6	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca stwierdzałeś, że nie radzisz sobie ze wszystkimi obowiązkami?					
7	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca potrafiłeś opanować rozdrażnienie?					
8	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czułeś, że wszystko ci wychodzi?					
9	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca złościłeś się, ponieważ nie miałeś wpływu na to, co się zdarzyło?					
10	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czułeś, że nie możesz przezwyciężyć narastających trudności?					

6. Inwentarz Mini-COPE

Charles Carver

Mini-COPE

Adaptacja: Zygfryd Juczyński, Nina Ogińska-Bulik

..... wiek płęć M K data

Ludzie różnie reagują, gdy natrafiają w swoim życiu na trudne czy stresujące zdarzenia. Ze stresem można sobie radzić w różny sposób. Kwestionariusz ma ustalić, jak zazwyczaj zachowujesz się, gdy doświadczasz tego zdarzeń. Jest zrozumiałe, że różne zdarzenia wywołują różne reakcje, lecz co Ty zazwyczaj robisz, gdy przeżywasz bardzo nieprzyjemne zdarzenie?

W każdym wierszu należy zaznaczyć jedną, najbardziej właściwą dla siebie odpowiedź, otaczając kółkiem odpowiednią cyfrę (0–1–2–3). Nie należy opuszczać żadnego stwierdzenia.

Poszczególne cyfry oznaczają:

0 = prawie nigdy tak nie postępuję

2 = często tak postępuję

1 = rzadko tak postępuję

3 = prawie zawsze tak postępuję

Gdy jestem w bardzo trudnej sytuacji, to zazwyczaj:

1. Zajmuję się pracą lub innymi czynnościami, żeby o tym nie myśleć	0	1	2	3
2. Moje wysiłki koncentrują się na tym, aby coś z tą sytuacją zrobić	0	1	2	3
3. Mówię do siebie „to nieprawda”	0	1	2	3
4. Piję alkohol lub zażywam inne środki, aby poczuć się lepiej	0	1	2	3
5. Uzyskuję wsparcie emocjonalne od innych	0	1	2	3
6. Rezygnuję z prób osiągnięcia celu	0	1	2	3
7. Podejmuję działania, aby poprawić tę sytuację	0	1	2	3
8. Nie chcę uwierzyć, że to naprawdę się zdarzyło	0	1	2	3
9. Mówię o rzeczach, które pozwalają mi uciec od nieprzyjemnych uczuć	0	1	2	3
10. Szukam rady i pomocy u innych odnośnie tego, co należy zrobić	0	1	2	3
11. Piję alkohol lub zażywam inne środki, co pomaga mi przez to przejść	0	1	2	3
12. Staram się zobaczyć to w innym, bardziej pozytywnym świetle	0	1	2	3
13. Krytykuję samego siebie	0	1	2	3
14. Staram się wypracować strategię czy plan określający, co należy robić	0	1	2	3
15. Otrzymuję otuchę i zrozumienie od innych	0	1	2	3

7. Skala Kontroli Emocji CECS

M. Watson i S. Greer

CECS

Adaptacja: Z. Juczyński

.....wiek.....płeć M K data badania.....

Wczuwając się w stan opisany w trzech poniższych zdaniach, należy w każdej z siedmiu odpowiedzi zaznaczyć, otaczając kółkiem odpowiednią cyfrę, **jak na ogół się zachowujesz?**

I. Kiedy jestem rozgniewany (bardzo poirytowany), to...

	prawie nigdy			prawie zawsze
jestem cicho	1	2	3	4
okazuję to	1	2	3	4
tlumię gniew	1	2	3	4
mówię, to co czuję	1	2	3	4
unikam robienia scen	1	2	3	4
tlumię swoje uczucia	1	2	3	4
ukrywam swoje uczucia	1	2	3	4

II. Kiedy czuję się nieszczęśliwy (przegnębiony), to...

	prawie nigdy			prawie zawsze
robię coś, aby to zmienić	1	2	3	4
ukrywam swoje przegnębienie	1	2	3	4
robię dobrą minę do złej gry	1	2	3	4
jestem cicho	1	2	3	4
pokazuję innym co czuję	1	2	3	4
tlumię swoje uczucia	1	2	3	4
tlumię swoje przegnębienie	1	2	3	4

III. Kiedy jestem przestraszony (zatrwożony), to...

	prawie nigdy			prawie zawsze
pokazuję innym, co czuję	1	2	3	4
jestem cicho	1	2	3	4
nic na ten temat nie mówię	1	2	3	4
opowiadam innym wszystko na ten temat	1	2	3	4
mówię to, co czuję	1	2	3	4
tlumię swój strach	1	2	3	4
tlumię swoje uczucia	1	2	3	4

WYPEŁNIA PROWADZĄCY BADANIA

Klucz: odwrotnie: 2,4,8,12,15,18,19

Suma	G	D	L

XI. Spis tabel i rycin

Spis tabel

Tabela 1. Objawy podmiotowe i przedmiotowe u chorych na POChP.

Tabela 2. Podział POChP według klasyfikacji GOLD 2014.

Tabela 3. Subiektywne i obiektywne aspekty jakości życia.

Tabela 4. Strategie radzenia sobie ze stresem wg Inwentarza Mini-COPE.

Tabela 5. Rozkład procentowy grup klinicznych.

Tabela 6. Charakterystyka Grupy I i Grupy II pod względem wyników kwestionariusza CAT (surowy wynik liczbowy).

Tabela 7. Charakterystyka Grupy I i Grupy II pod względem wyników kwestionariusza CAT (wynik przedziałowy).

Tabela 8. Charakterystyka Grupy I, Grupy II i chorych łącznie pod względem wyników kwestionariusza CAT (wynik przedziałowy) w podziale na płeć.

Tabela 9. Korelacja wyników kwestionariusza CAT (wynik przedziałowy) w badanych grupach i wieku.

Tabela 10. Korelacja wyników kwestionariusza CAT (wynik przedziałowy) w badanych grupach i wykształcenia.

Tabela 11. Korelacja wyników kwestionariusza CAT (wynik przedziałowy) w badanych grupach i miejsca zamieszkania.

Tabela 12. Charakterystyka Grupy I i Grupy II pod względem wyników Kwestionariusza Percepcji Choroby B-IPQ.

Tabela 13. Korelacja wyników Kwestionariusza Percepcji Choroby B-IPQ w badanych grupach oraz wieku.

Tabela 14. Korelacja wyników Kwestionariusza Percepcji Choroby B-IPQ w badanych grupach oraz wykształcenia.

Tabela 15. Korelacja wyników Kwestionariusza Percepcji Choroby B-IPQ w badanych grupach oraz miejsca zamieszkania.

Tabela 16. Korelacja wyników kwestionariusza CAT (wynik przedziałowy) w badanych grupach oraz kwestionariusza percepcji choroby B-IPQ.

Tabela 17. Charakterystyka Grupy I, Grupy II i chorych łącznie pod względem wyników Skali Akceptacji Choroby AIS.

Tabela 18. Charakterystyka Grupy I, Grupy II i chorych łącznie pod względem wyników kwestionariusza AIS (wynik przedziałowy) oraz płci.

Tabela 19. Korelacja wyników kwestionariusza AIS (wynik przedziałowy) w badanych grupach oraz wieku.

- Tabela 20. Korelacja wyników kwestionariusza AIS (wynik przedziałowy) w badanych grupach oraz wykształcenia.
- Tabela 21. Korelacja wyników kwestionariusza CAT (wynik przedziałowy) w badanych grupach oraz Skali Akceptacji Choroby AIS.
- Tabela 22. Korelacja wyników Skali Akceptacji Choroby AIS (wynik przedziałowy) w badanych grupach oraz Kwestionariusza Percepcji Choroby B-IPQ.
- Tabela 23. Wyniki stenowe Skali PSS-10 dla Grupy I i Grupy II.
- Tabela 24. Poziom stresu dla Grupy I i Grupy II na podstawie kwestionariusza PSS-10.
- Tabela 25. Charakterystyka badanych grup pod względem wyników kwestionariusza PSS-10 (wynik stenowy) oraz płci.
- Tabela 26. Korelacja wyników kwestionariusza PSS-10 (wynik stenowy) w badanych grupach oraz wieku.
- Tabela 27. Korelacja wyników kwestionariusza PSS-10 (wynik stenowy) w badanych grupach oraz wykształcenia.
- Tabela 28. Korelacja wyników kwestionariusza CAT (wynik przedziałowy) w badanych grupach oraz kwestionariusza PSS-10.
- Tabela 29. Korelacja wyników kwestionariusza PSS-10 (wynik przedziałowy) w badanych grupach oraz Kwestionariusza Percepcji Choroby B-IPQ.
- Tabela 30. Korelacja wyników kwestionariusza PSS-10 (wynik przedziałowy) w badanych grupach oraz Skali Akceptacji Choroby AIS.
- Tabela 31. Korelacja wyników kwestionariusza Mini-COPE w badanych grupach oraz wieku.
- Tabela 32. Korelacja wyników kwestionariusza Mini-COPE w badanych grupach oraz wykształcenia.
- Tabela 33. Korelacja wyników kwestionariusza CAT (wynik przedziałowy) w badanych grupach oraz Inwentarza Mini-COPE.
- Tabela 34. Korelacja wyników kwestionariusza PSS-10 (wynik przedziałowy) w badanych grupach oraz Inwentarza Mini-COPE.
- Tabela 35. Charakterystyka wszystkich pacjentów pod względem wyników Skali Kontroli Emocji (CECS) oraz płci.
- Tabela 36. Korelacja wyników kwestionariusza CECS w badanych grupach oraz wykształcenia.
- Tabela 37. Korelacja wyników kwestionariusza CAT (wynik przedziałowy) w badanych grupach oraz kwestionariusza kontroli emocji CECS.
- Tabela 38. Korelacja wyników kwestionariusza PSS-10 (wynik przedziałowy) w badanych grupach oraz kwestionariusza kontroli emocji CECS.

Spis rycin

Rycina 1. Kategoryzacja chorych na POChP uwzględniająca nasilenie objawów choroby (CAT) lub nasilenie duszności (mMCR), stopień obturacji oskrzeli oraz liczbę zaostrzeń w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Rycina 2. Miejsca prowadzenia badań.

Rycina 3. Płeć badanych.

Rycina 4. Wiek badanych.

Rycina 5. Wykształcenie badanych.

Rycina 6. Miejsce zamieszkania badanych.

Rycina 7. Wiek badanych w podziale na grupy kliniczne.

Rycina 8. Płeć badanych w podziale na grupy kliniczne.

Rycina 9. Wykształcenie badanych w podziale na grupy kliniczne.

Rycina 10. Miejsce zamieszkania badanych w podziale na grupy kliniczne.

Rycina 11. Miejsce prowadzenia badań w podziale na grupy kliniczne.

Rycina 12. Rozkład wyników kwestionariusza Mini-COPE w Grupie I i w Grupie II (strategie radzenia sobie ze stresem).

Rycina 13. Rozkład wyników kwestionariusza CECS w Grupie I i w Grupie II.