

Marzena Paluch

Absolwent Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Collegium Medicum w Bydgoszczy

JAKOŚĆ ŻYCIA A SPRAWNOŚĆ FUNKCJONALNA WŚRÓD PACJENTÓW Z PRZEWLEKŁĄ OBTURACYJNĄ CHOROBA PŁUC

Quality of life and functional activity in patients with chronic obstructive pulmonary disease

Streszczenie

Wstęp

Według najnowszej definicji Światowej Organizacji Zdrowia, wyznacznikiem dobrego stanu zdrowia nie jest brak choroby, ale dobre funkcjonowanie w sferze fizycznej, społecznej i psychologicznej. Wszystkie te aspekty składają się na jakość życia chorych. Przewlekła obturacyjna choroba płuc od dawna stanowi poważny problem medyczny, społeczny i etyczny nie tylko Polsce, ale również na całym świecie. Do tej pory przeprowadzono wiele badań mających głównie na celu poznanie czynnika powodującego rozwój choroby. W POChP postępujący charakter choroby i związane z nim dysfunkcje mogą prowadzić do spadku jakości życia tych chorych.

Cel

Głównym celem niniejszej pracy było poznanie poziomu sprawności funkcjonalnej i jakości życia chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc w Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy.

Material i metody

W tym celu wykorzystano kwestionariusz WHOQOL-BREF oceniający poziom jakości życia, zadowolenia z własnego zdrowia oraz poziom funkcjonowania w dziedzinie fizycznej, psychologicznej, społecznej oraz środowiskowej. Do zbadania poziomu sprawności funkcjonalnej wykorzystano skalę ADL.

Wyniki

Badania własne dowiodły, że większość ankietowanych była zadowolona z jakości swojego życia. Takiej odpowiedzi udzieliło 68% respondentów. Wykazano również zależność jakości życia pacjentów z POChP od poziomu sprawności funkcjonalnej. Największy wpływ na poziom sprawności funkcjonalnej wśród badanych ma wiek.

Wnioski

Stwierdzono, że poziom jakości życia pacjentów z POChP w większości jest na zadowalającym poziomie. Wykazano istotnie statystycznie, że na jakość życia chorych z POChP wpływa poziom sprawności funkcjonalnej. Pacjenci młodszy są bardziej zadowoleni z jakości swojego życia niż pacjenci starsi.

Słowa kluczowe: pneumologia, obturacyjna choroba płuc, jakość życia, sprawność funkcjonalna.

Abstract

Introduction

According to the latest World Health Organization's definition of the determinant of good health is not the absence of disease, but also the good functioning of the physical, social and psychological. All these aspects make up the quality of life. Chronic obstructive pulmonary disease has long been a serious medical, social and ethical not only Poland, but also around the world. To date, there have been many studies have mainly aimed at understanding the development of the disease causing agent. The mechanism of disease is progressive in nature and related dysfunctions can lead to a decline in the quality of life of these patients.

Objective

The main objective of this study was to investigate the level of functional capacity and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease in Kuyavian - Pomeranian Pulmonology Center in Bydgoszcz.

Material and methods

In this regard, WHOQOL-BREF questionnaire assessing quality of life, satisfaction with their own health, and level of functioning in the field of physical, psychological, social, and environmental. To the level of functionality used ADL scale.

Results

Our study showed that more than a majority of respondents were satisfied with the quality of your life. Such a response has granted 68% of the respondents. It was also shown the relationship of quality of life in patients with COPD, the level of functional efficiency. The biggest impact on the level of functionality is the age of the respondents.

Conclusions

It was found that the level of quality of life in patients with COPD is most satisfactory. It has been shown statistically that the quality of life of patients with COPD affects the level of functionality. Younger patients are more satisfied with their quality than older patients.

Keywords: pneumology, chronic obstructive pulmonary disease, quality of life of patients quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease.

Wstęp

Przewlekła obturacyjna choroba płuc stanowi poważny problem medyczny, społeczno–ekonomiczny, a także etyczny. Przyczyną tego stanu jest postępujący i destrukcyjny charakter choroby, wpływający nie tylko na funkcjonowanie układu oddechowego, ale także całego organizmu. Dotyczy to zarówno sfery sprawności funkcjonalnej w codziennym życiu, jak i stanu psychicznego odzwierciedlającego subiektywne odczucia chorego. W ostatnich latach szczególnie zwrócono uwagę na podejście interdyscyplinarne do chorego i jego potrzeb. To zainteresowanie przełożyło się na ocenę chorego nie tylko pod względem wytycznych wskaźników poprawy stanu zdrowia, ale również odnaleziono korzyści z osobistych, subiektywnych odczuć pacjenta w chorobie. Dlatego efektywniejszą ocenę leczenia uznaje się w połączeniu obiektywnych wskaźników biomedycznych i subiektywnej, indywidualnej oceny stanu zdrowia przez pacjenta [Dumała, 2010].

Cel

Głównym celem niniejszej pracy było poznanie poziomu sprawności funkcjonalnej i jakości życia chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc.

Material i metody

W badaniu wzięli udział pacjenci z Przewlekłą Obturacyjną Chorobą Płuc w Kujawsko–Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy, leczeni na Oddziale Rehabilitacji. Do badania wybrano w sposób losowy 50 osób. Informacje zbierano za pomocą anonimowej ankiety. W badaniu wzięło udział 33 mężczyzn (66%) i 17 kobiet (34%). Największy udział procentowy spośród przedziałów wiekowych badanych respondentów miał przedział 50–59 lat oraz 60–69 lat. Oba stanowiły po 34%. Następnie, liczną grupę stanowili pacjenci w przedziale wiekowym 70–79 lat. W przedziale od 90–99 lat nie znalazł się żaden uczestnik. Najmłodszy uczestnik miał 41 lat, a najstarszy 89. Najmłodsza kobieta skończyła 51 lat, a najstarsza 89 lat.

Wśród 50 przebadanych osób znajdowali się ludzie z różnym wykształceniem. Dwie najliczniejsze grupy stanowili ludzie z wykształceniem zawodowym i średnim – po 19 osób z każdej grupy, co stanowiło po 34%. W badaniu nie uczestniczył żaden absolwent studiów doktoranckich ani żadna osoba, która nie ukończyła szkoły podstawowej. Poziom wykształcenia nie był zależny od płci. Respondenci z wykształceniem podstawowym zamieszkują głównie tereny wiejskie i małe miasteczka do 10 tys. mieszkańców, natomiast chorzy z wykształceniem wyższym duże miasta powyżej 300 tys. mieszkańców. Z analizy wynika, że głównym źródłem utrzymania się dla 15 respondentów była emerytura lub renta. To najliczniejsza grupa, stanowiąca 46% badanych. Praca stała stanowiła 33% wobec ogółu badanych (11 chorych). Pacjenci z POChP poddani badaniu zamieszkują głównie duże miasto, powyżej 300 tys. mieszkańców. Było ich 24, co stanowi 48% badanych. Następną grupę, co do wielkości, stanowili chorzy zamieszkujący małe miasto, do 99 tysięcy mieszkańców. Ich liczebność to 14 osób. Wieś i małe miasteczko, do 10 tysięcy, wskazało 14 % ogółu badanych. Wśród chorych poddanych badaniu, 42% potwierdziło, iż byli palaczami w przeszłości. Spośród nich aż 12/17 kobiet potwierdziło ten fakt. Natomiast mężczyźni, którzy wskazali tę odpowiedź było 20. Palących obecnie było 14% badanych – 7 osób. Wśród nich znajdowały się 2 kobiety, pozostali to mężczyźni. Odpowiedź „nigdy niepalący” zaznaczyło 24% badanych. W większości są to mężczyźni zamieszkujący duże miasta, powyżej 300 tysięcy mieszkańców. Z kolei okazjonalnie pali nadal 20% badanych, co stanowi liczebność 10 osób – przeważnie mężczyźni. Świadczy to o tym, że mężczyznom trudniej jest zerwać z nałogiem palenia papierosów.

Spośród wszystkich odpowiedzi w kwestii współistnienia innych chorób, najczęściej chorzy udzielili odpowiedzi: nadciśnienie tętnicze (30%), niewydolność serca (26%) oraz cukrzyca (17%). Czterech chorych nie wskazało na występowanie dodatkowych schorzeń. Były to osoby z wyższym i średnim wykształceniem. W przedziale chorób „inne” znalazło się 5 osób: 2 osoby z astmą oskrzelową, 1 osoba z miażdżycą i 2 osoby po zawale serca. Największy procent, jeśli chodzi o okres trwania choroby, stanowili pacjenci w przedziale 6–10 lat (42%). Następnie dominowała grupa chorych, u których okres trwania choroby wynosi powyżej 10 lat (28%). Wśród nich dominowali najstarsi pacjenci oraz osoby palące papierosy w przeszłości. W grupie chorych z rocznym rozpoznaniem POChP znajdowało się 10% badanych, a ich liczebność wynosiła 5 osób. Były to w większości osoby w przedziale wiekowym od 41–58 lat.

Badania prowadzono metodą sondażu diagnostycznego wśród chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc leczonych w Oddziale Rehabilitacji w Kujawsko–Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy. W tym celu, do przeprowadzenia oceny jakości życia chorych, wykorzystano kwestionariusz WHOQOL-BREF – wersja skrócona [Jaracz, 2001]. Natomiast do oceny funkcjonowania chorych w czynnościach dnia codziennego posłużyła skala ADL.

Zebrane wyniki badań poddano odpowiednim przekształceniom z wykorzystaniem programu Microsoft Excel. Za pomocą programu statycznego dostępnego na stronie internetowej sprawdzono poziom istotności statystycznej postawionych hipotez. W tym celu przeprowadzono test Rho Spearmana. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki badań

Ocenie podlegało funkcjonowanie ogólne pacjentów w zakresie 4 dziedzin życia: fizycznej, psychicznej, środowiskowej oraz społecznej. Z kolei analiza przeprowadzonych wyników za pomocą skali ADL pozwoliła na ocenę poziomu funkcjonowania chorych w życiu codziennym.

W kwestionariuszu WHOQOL-BREF ocena funkcjonowania w poszczególnych dziedzinach wyrażona została punktowo w skali od 4 (bardzo złe funkcjonowanie) do 20 (bardzo dobre funkcjonowanie).

1. Pacjenci z POChP są zadowoleni z jakości swojego życia.

Spośród badanych, aż 68% było zadowolonych z jakości swojego życia, zaś 12% bardzo zadowolonych. Niezadowolonych lub bardzo niezadowolonych było łącznie 10% i tyleż samo obojętnych osób.

Dowiedziano, że na jakość życia pacjentów z POChP wpływa poziom sprawności funkcjonalnej (istotność 0,005). Poziom sprawności funkcjonalnej jest zależny od wieku pacjentów (istotność 0,003).

2. Prowadzenie normalnego, codziennego życia zależy od jakiegokolwiek leczenia.

Zadowolenie z prowadzenia normalnego, codziennego życia, zależne od jakiegokolwiek leczenia, zadeklarowało 42% badanych, a bardzo zadowolonych było 12% osób. Niezadowolonych i bardzo niezadowolonych łącznie było 20%, a 26% – obojętnych.

Poziom zadowolenia ze wsparcia otrzymywanego od przyjaciół ma wpływ na jakość życia chorych (istotność 0,001).

3. Wykształcenie chorych z powodu POChP ma wpływ na funkcjonowanie w sferze psychologicznej.

Potwierdzono, że pacjenci lepiej wykształceni lepiej funkcjonują w sferze psychologicznej (istotność 0,005).

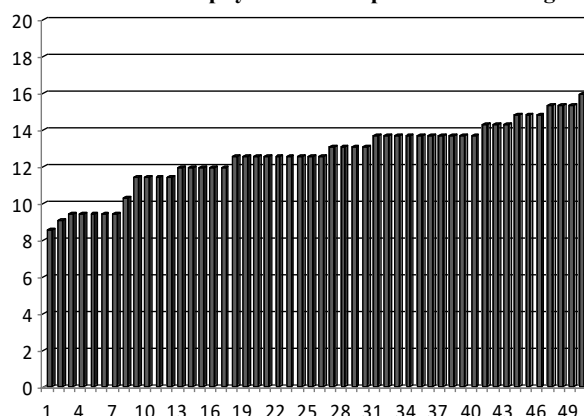
Z analizy wynika, iż zdecydowana większość pacjentów była zadowolona (68% badanych) i bardzo zadowolona (12% badanych) z jakości swojego życia. W grupie „bardzo zadowolonych” dominowały osoby ze średnim i wyższym wykształceniem oraz podejmujące pracę stałą. Aż 8% udziału wśród udzielonych odpowiedzi miały kobiety. W grupie badanych, którzy udzielili odpowiedzi „bardzo niezadowolony” (6%) dominowali chorzy, u których okres trwania choroby został określony w przedziale powyżej 10 lat. Jakość życia nie była zależna od płci i wieku.

Prawie połowa badanych (48%) była zadowolona ze swojego stanu zdrowia. Wśród nich dominowały osoby w przedziale wiekowym 40–49 oraz 50–59 l.

W grupie pacjentów niezadowolonych (16%) i bardzo niezadowolonych (4%) ze swojego zdrowia zdecydowanie dominowali pacjenci najstarsi, a także osoby, które deklarywały nadciśnienie tętnicze i niewydolność serca, jako schorzenia współistniejące. Osoby obojętne to 16%.

4. Dziedzina fizyczna

Ryc. 1. Wyniki badania dziedziny fizycznej pacjentów wg kwestionariusza WHO QOL- Bref
Fig. 1. Results of the examination of the physical field of patients according to the WHO QOL- Bref questionnaire



W dziedzinie fizycznej poddawano ocenie funkcjonowanie w zakresie następujących zagadnień: ograniczeń wywołanych bólem, zależności od jakiegokolwiek leczenia, posiadanych sił „energii”, możliwości poruszania się, zadowolenia ze snu, możliwości prowadzenia normalnego życia oraz zdolności do pracy.

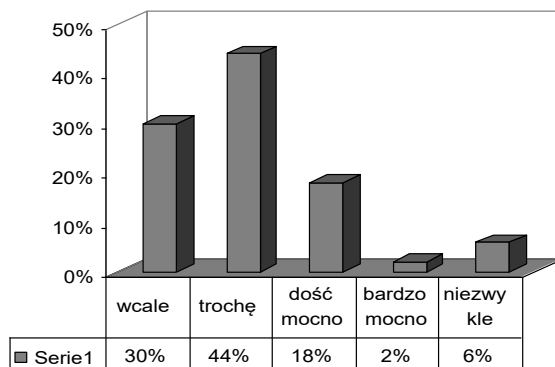
Jakość życia w dziedzinie fizycznej pacjentów na Oddziale Rehabilitacji w Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy mieściła się w przedziałach pomiędzy 8,56 pkt. a 16 pkt.

Wykryto zależność funkcjonowania fizycznego od płci. Kobiety uzyskały zdecydowanie lepsze wyniki w tej dziedzinie, oscylujące w granicach 13,68 pkt. – 16 pkt.

Pacjenci młodszy, u których okres trwania choroby mieścił się w przedziale od 1 roku, oraz 2-5 lat odznaczali się znacznie lepszym funkcjonowaniem fizycznym.

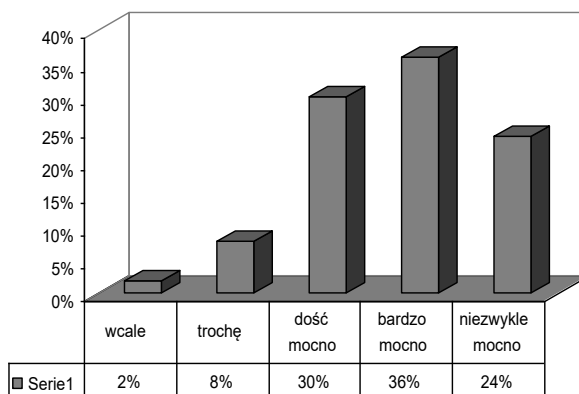
Wśród zagadnień obejmujących dziedzinę fizyczną, najgorzej zostały ocenione: zadowolenie ze zdolności do pracy oraz stopień poruszania się. Najlepiej zaś ograniczenia wywołane bólem fizycznym. Ograniczenia wywołane bólem fizycznym.

Ryc. 2. Stopień, w jakim ból fizyczny ogranicza w robieniu tego, na co ma się ochotę
Fig. 2. Step in which physical pain is limiting the willingness in doing what he is to



Większość pacjentów (44%) udzieliło odpowiedzi „trochę”. W tej grupie przeważały osoby w przedziale wiekowym od 59–69 lat. Natomiast u chorych skarżących się na ból dość mocno dominowały osoby starsze w przedziale 70–79 lat. Zatem można przyjąć, iż ból ograniczał bardziej pacjentów w starszym wieku niż młodszych. Zależność normalnego codziennego życia od jakiegokolwiek leczenia.

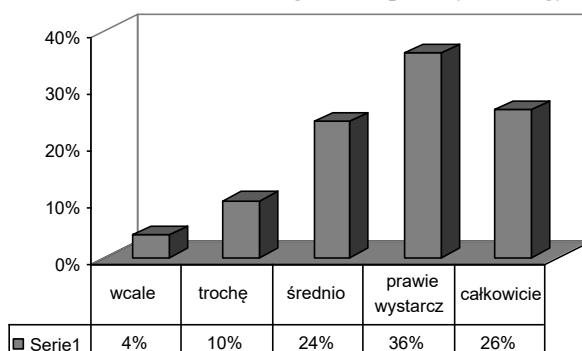
Ryc. 3. Stopień, w jakim prowadzenie normalnego, codziennego życia zależy od jakiegokolwiek leczenia
Fig. 3. Step in which running normal, of daily living depends on any treatment



Pacjenci bardzo mocno uzależnieni od jakiegokolwiek leczenia (36%) częściej mieszkają samotnie niż pozostali. Natomiast chorzy (24%), u których stopień prowadzenia normalnego życia był niezwykle mocno zależny od leczenia podawali dłuższy okres trwania choroby i częściej wskazywali schorzenia współistniejące. Badani, którzy uważają, iż jakakolwiek metoda leczenia nie ma wpływu na funkcjonowanie w normalnym życiu, stanowili zaledwie (2%) ogółu badanych.

Ilość sił - „energii” potrzebnej do prowadzenia normalnego, codziennego życia.

Ryc. 4. Ilość energii potrzebnej do prowadzenia normalnego życia
Fig. 4. The quantity of energy needed for conducting the normal life

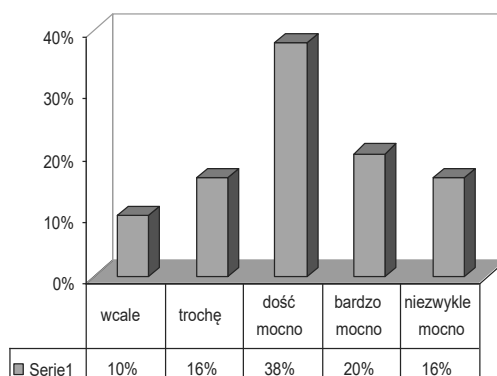


Największą grupę stanowili pacjenci posiadający „prawie wystarczająco” wiele sił do prowadzenia normalnego życia (36%). Pacjenci z przedziału wiekowego 50–59 lat dominowali w grupie. Z kolei najmniej grupę stanowili chorzy, których cechuje brak energii do prowadzenia normalnego życia. Było ich zaledwie (4%) w badanej grupie. Analiza wyników dowiodła zależność posiadanej siły, energii od wieku respondentów. Im pacjenci starsi, tym mniejsze zasoby potrzebnej

siły – energii do prowadzenia normalnego życia. W tej grupie dominowały osoby z przedziału wiekowego 70–79 lat. Zatem energia potrzebna do prowadzenia normalnego codziennego życia zależy od wieku badanych. Osoby deklarujące całkowicie wystarczające pokłady energii były w większości osobami podejmującymi pracę stałą i mieszkającymi z rodziną. Stopień, w jakim pacjent może się poruszać.

Ryc. 5. Stopień, w jakim pacjenci mogą się poruszać

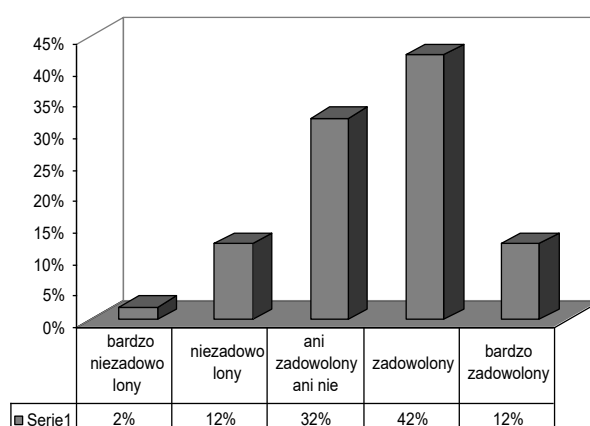
Fig. 5. Step in which patients can move



Wśród chorych skarżących się na brak możliwości poruszania (10% ogółu badanych) dominowały osoby najstarsze i z długoletnim okresem trwania choroby (powyżej 10 lat). Tę grupę stanowiło 5 poddanych badaniu osób. Wśród pacjentów poruszających się bardzo dobrze dominowały osoby znacznie młodsze w przedziale wiekowym 49–49 oraz 50–59. Zadowolenie ze snu.

Ryc. 6. Zadowolenie ze snu

Fig. 6. Satisfaction from the dream

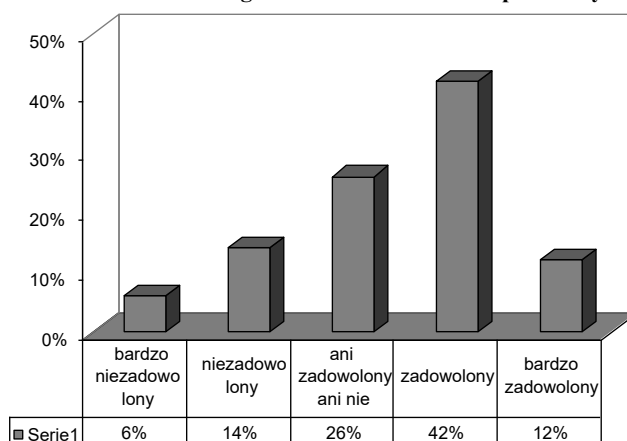


W grupie chorych zadowolonych (42%) przeważały osoby w przedziale wiekowym 40–49 lat, podejmujący pracę stałą. Natomiast wśród pacjentów bardzo niezadowolonych ze snu (2%) dominowali starsi pacjenci, przede wszystkim emeryci/ renciści.

Zadowolenie z możliwości prowadzenia normalnego codziennego życia.

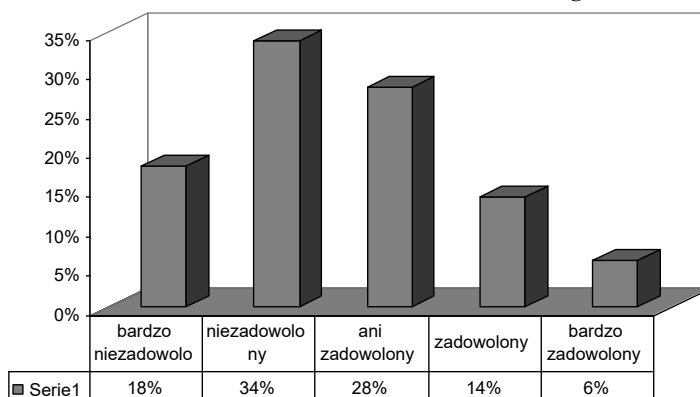
Ryc. 7. Zadowolenie z możliwości prowadzenia normalnego, codziennego życia

Fig. 7. Satisfaction from the possibility of the normal running, of daily living



W grupie zadowolonych (42%) i bardzo zadowolonych (16%) dominowały osoby podejmujące pracę stałą i osoby mieszkające wraz z rodzinami.
Zdolność do pracy.

Ryc. 8. Zadowolenie ze zdolności do pracy
Fig. 8. Satisfaction from the capacity to work



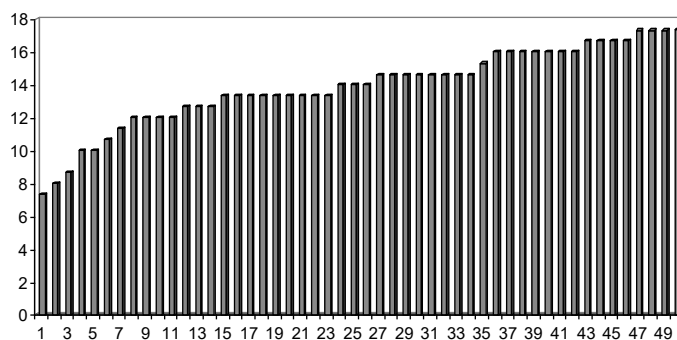
Grupę niezadowolonych stanowiło (34%) ankietowanych. Wśród nich dominowali emeryci i renciści. Wśród osób bardzo niezadowolonych (18%) przeważały głównie osoby bezrobotne.

Natomiast w grupie zadowolonych (14%) oraz bardzo zadowolonych (6%) dominowały osoby podejmujące pracę stałą, a więc tym samym posiadające wysokie zasoby energii do prowadzenia normalnego, codziennego życia.

5. Dziedzina psychologiczna.

W dziedzinie psychologicznej zostało ocenione funkcjonowanie chorych w zakresie: zadowolenia z życia, poczucia sensu życia, możliwości skupiania uwagi, akceptacji własnego wyglądu, zadowolenia z samego siebie i częstotliwości przeżywania nieprzyjemnych nastrojów (Rycina 9).

Ryc.9. Wyniki badania dziedziny psychologicznej pacjentów przedstawione w punktach wg kwestionariusza WHO QOL- Bref
Fig. 9. Results of the examination of the psychological field of patients presented in points according to the WHO QOL- Bref questionnaire



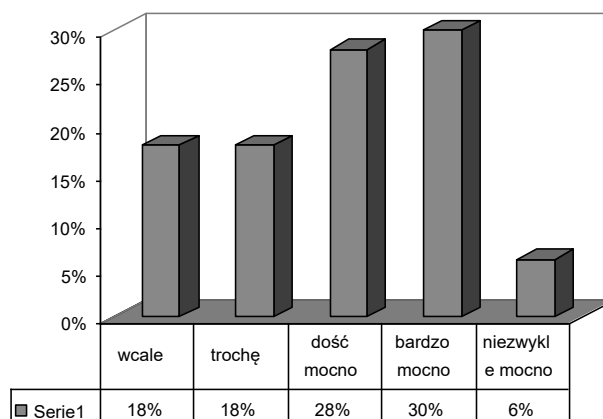
Jakość życia poddana ocenie w dziedzinie psychologicznej pacjentów leczonych z powodu POChP na Oddziale Rehabilitacji w Kujawsko–Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy określona została w przedziałach między 6,16 a 14,28 pkt. Średnia wyniku dla badanej grupy to 11,47 mediana 11,4. Najczęstszymi uzyskanymi wynikami były 11 i 12 pkt.

Najlepiej w dziedzinie psychologicznej oceniono poczucie sensu i znaczenia życia, natomiast najslabiej obecność nieprzyjemnych nastrojów.

Pacjenci lepiej wykształceni uzyskiwali wyższe wyniki w dziedzinie psychologicznej. Również wyżej oceniali swój stan psychiczny chorzy z większych miast.

Zadowolenie z życia.

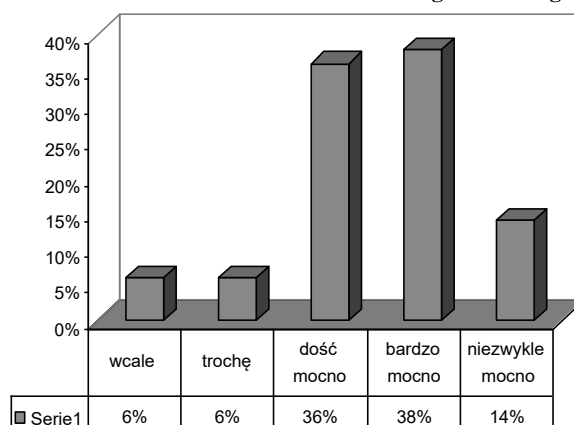
Ryc.10 Stopień zadowolenia z życia
Fig. 10 Step life satisfaction



W przypadku pacjentów mocno cieszących się życiem (28%), większość to osoby deklarujące pracę stałą jako główne źródło utrzymywania się. Natomiast w grupie osób mniej zadowolonych lub wcale dominowały wskazania renty lub emerytury jako głównego źródła utrzymania.

W grupie osób całkowicie niezadowolonych znalazły się 3 osoby mieszkające samotnie w oraz 2 w instytucjonalizowanych ośrodkach. Poczucie sensu i znaczenia życia.

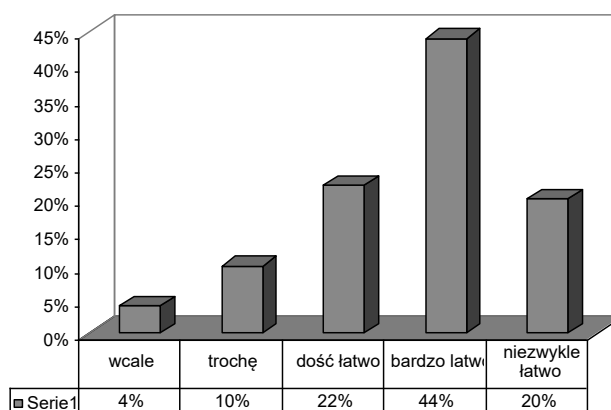
Ryc. 11. Poczucie sensu i znaczenia życia
Fig. 11. Feeling the meaning and meanings of the life



Badani, którzy ocenili jako bardzo mocne (38%) i dość mocne (36%) poczucie sensu i znaczenia życia, deklarowali tym samym wysoki stopień zadowolenia z życia. W obu tych grupach dominowały osoby ze stałą pracą zarobkową oraz średnim i wyższym wykształceniem. Z kolei chorzy gorzej oceniający sens swojego życia, utrzymywali się przede wszystkim z renty lub emerytury.

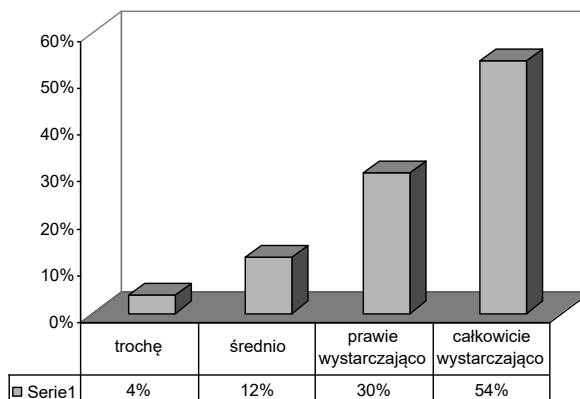
Łatwość skupienia się (Rycina 12).

Ryc. 12. Łatwość skupiania się
Fig. 12. Easiness of focusing



Wśród respondentów najczęściej padały odpowiedzi „bardzo łatwo”. W tej grupie badanych (44%) dominowali mężczyźni ze średnim i wyższym wykształceniem, mieszkający w dużym mieście powyżej 300 tysięcy mieszkańców. Natomiast liczba kobiet, które udzieliły takiej odpowiedzi, wyniosła zaledwie 6. Pozostała liczba badanych kobiet udzieliła odpowiedzi „dość łatwo” oraz „trochę”. Zdolność zaakceptowania własnego wyglądu.

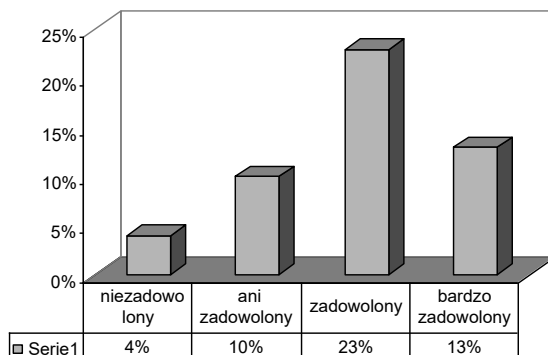
Ryc. 13. Zdolność do zaakceptowania własnego
Fig. 13. Ability to accept own



Ponad połowa badanych (54%) w stopniu całkowicie wystarczającym akceptowała swój wygląd. W tej grupie dominowali chorzy z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, u których okres trwania choroby wynosi 1 rok oraz pacjenci z przedziału 2-5 lat trwania schorzenia. Spośród wszystkich kobiet 9/17 udzieliło odpowiedzi: „całkowicie wystarczająco”.

Wśród pacjentów gorzej oceniających swoją zdolność do zaakceptowania własnego wyglądu dominowali mężczyźni z wykształceniem podstawowym i zawodowym oraz palący aktualnie papierosy. Zadowolenie z samego siebie.

Ryc. 14. Zadowolenie z samego siebie
Fig. 14. Satisfaction from oneself

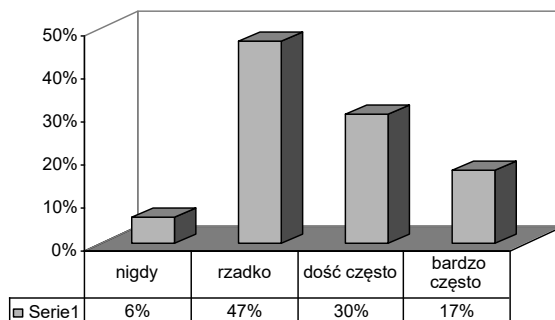


Najliczniejszą grupę stanowił przedział „zadowolonych” (23%). W tej grupie odpowiedzi tej udzieliło aż 19 mężczyzn spośród 33.

Prawie wszyscy pacjenci bardzo zadowoleni z siebie mieli wykształcenie średnie. Natomiast wszyscy niezadowoleni z siebie byli osobami mieszkającymi samotnie lub ze współlokatorami.

Bardzo zadowoleni z siebie deklarowali pracę stałą jako główne źródło utrzymania. Częstość przeżywania nieprzyjemnych nastrojów, takich jak: smutek, chandra, lęk, przygnębienie.

Ryc.15. Częstość przeżywania nieprzyjemnych nastrojów
Fig. 15. Frequency of being affected by unpleasant moods

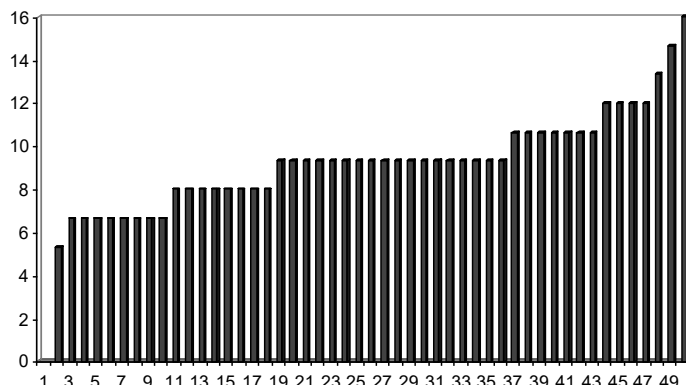


Częste występowanie negatywnych myśli wskazała grupa chorych (30%), którzy częściej deklarowali ograniczenia wywołane bólem fizycznym, a także niewystarczające zasoby siły i energii do prowadzenia normalnego życia. Dotyczy to głównie osób najstarszych.

6. Dziedzina społeczna.

Ryc. 16. Wyniki badania chorych w dziedzinie społecznej wg kwestionariusza WHOQOL-BREF

Fig. 16. Results of the examination of sick persons in the social field according to the WHOQOL-BREF questionnaire

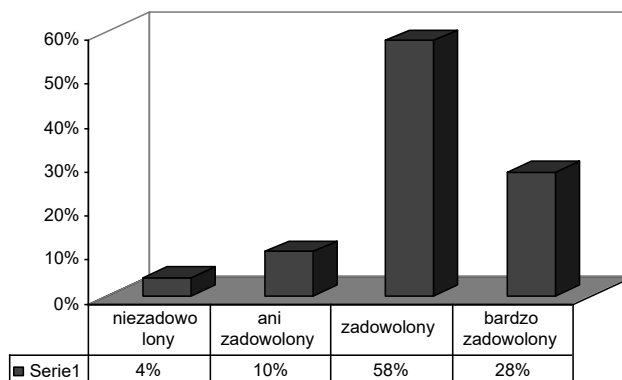


W dziedzinie społecznej określono funkcjonowanie w zakresie: zadowolenia ze związków osobistych, życia seksualnego i wsparcia otrzymywanego od przyjaciół. Jakość życia w dziedzinie społecznej pacjentów leczonych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc na Oddziale Rehabilitacji w Kujawsko-Pomorskim centrum Pulmonologii w Bydgoszczy mieściła się w przedziałach między 5,32 a 16 pkt. Średni wynik dla badanej grupy wyniósł 9,23 pkt., natomiast mediana 10,66.

Najgorzej w dziedzinie społecznej zostało ocenione zadowolenie z życia seksualnego, zaś zadowalająco wysokie wyniki w tej dziedzinie osiągnęło zadowolenie ze związków osobistych oraz zadowolenie ze wsparcia od przyjaciół. Zadowolenie ze związków osobistych.

Ryc. 17. Zadowolenie pacjentów ze związków osobistych

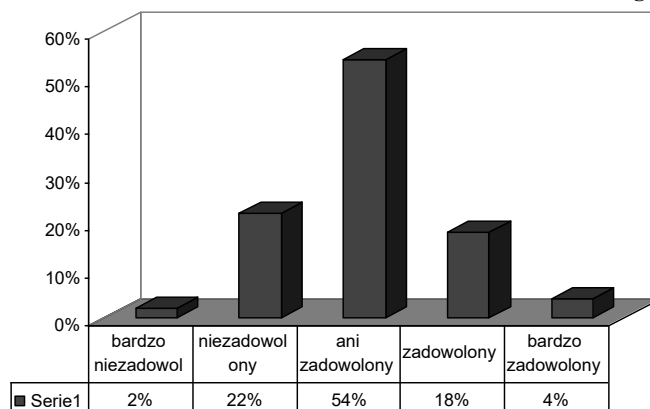
Fig. 17. Satisfaction of patients from personal compounds



Chorzy ze średnim i wyższym wykształceniem stanowili wyraźną większość w grupie zadowolonych (58%) i bardzo zadowolonych (28%). Jak wskazują wyniki badań, wysokim poziomem zadowolenia ze związków osobistych cieszą się także badani mieszkający w dużych miastach, powyżej 300 tys. mieszkańców.

W grupie „ani zadowolonych ani niezadowolonych” (10%) ludzie mniej zadowoleni ze swoich związków osobistych częściej mieszkali na wsi. Bardziej zadowoleni w dużych miastach, powyżej 300 tys. mieszkańców. W grupie „ani zadowolonych ani niezadowolonych” znajdowało się najwięcej pacjentów mieszkających samotnie. Zadowolenie z życia seksualnego.

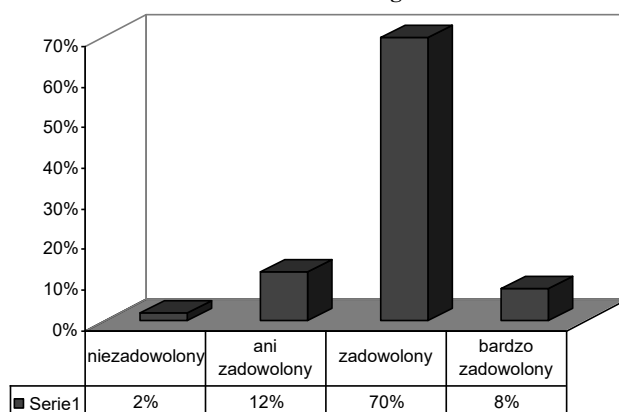
Ryc. 18. Zadowolenie z życia seksualnego
Fig. 18. Satisfaction from the sex life



Wyraźnie dominującą grupę stanowili pacjenci „ani zadowoleni ani niezadowoleni” ze swojego życia seksualnego. Pacjenci zadowoleni i bardzo zadowoleni ze swojego życia seksualnego znajdowali się w przedziale wiekowym 40–49 oraz 50–59. Wśród nich zdecydowanie przeważali żonaci/zamężne. Ponad połowa pacjentów, których źródłem dochodu jest praca stała, znajdowali się w tej grupie.

Wśród pacjentów niezadowolonych dominowały osoby najstarsze a także te, u których okres trwania choroby wynosi powyżej 10 lat. W tej grupie wyraźnie przeważały osoby mieszkające w większym mieście. Natomiast osoby z mniejszych miejscowości były bardziej zadowolone ze swojego życia seksualnego. Zadowolenie ze wsparcia od przyjaciół.

Ryc. 19 Zadowolenie ze wsparcia otrzymywanego od przyjaciół
Fig. 19 Satisfaction from the support received from friends

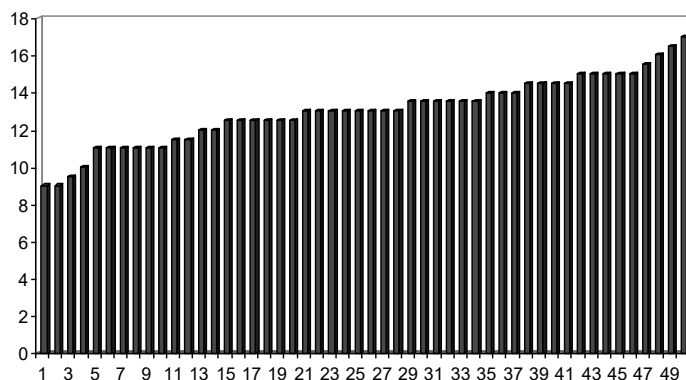


Spośród wszystkich grup, aż (70%) badanych znalazło się w przedziale zadowolonych ze wsparcia otrzymywanego od bliskich. W grupie niezadowolonych znalazło się tylko 2% pacjentów.

Jak wynika z badań, zdecydowanie na większe wsparcie przyjaciół mogą liczyć mieszkańcy mniejszych miast i wsi.

7. Dziedzina środowiskowa.

Ryc. 20. Wyniki badania dziedziny środowiskowej wyrażone w punktach wg kwestionariusza WHOQOL-BREF
Fig. 20. Results of the examination of environmental field expressed in points according to the WHOQOL-BREF questionnaire



W dziedzinie środowiskowej oceniano funkcjonowanie w zakresie: poczucia bezpieczeństwa, poziomu zdrowia okolicy, w której żyje pacjent, kondycji finansowej badanego, dostępności do potrzebnych informacji, możliwości spędzania wolnego czasu, zadowolenia z warunków mieszkaniowych, dostępności do opieki medycznej, możliwości przemieszczania się.

Jakość życia w dziedzinie środowiskowej pacjentów leczonych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc mieściła się w przedziałach między 9 a 17 pkt. Średni wynik dla badanej grupy wyniósł 13,01 mediana 13 pkt.

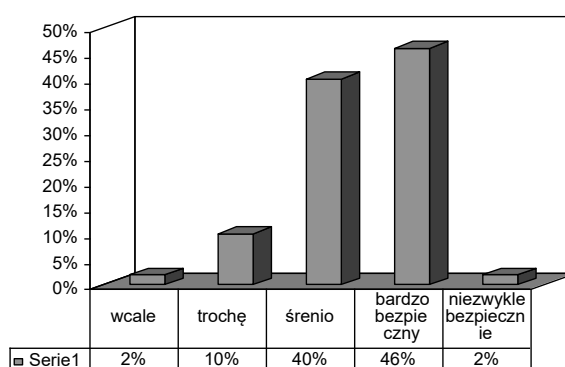
W dziedzinie środowiskowej najlepiej zostały ocenione warunki mieszkaniowe badanych osób, z kolei najslabiej – zadowolenie z ilości pieniędzy potrzebnych do zaspokojenia swoich potrzeb.

W przedziale dziedziny środowiskowej wynoszącej < 10 pkt dominowali badani z wykształceniem podstawowym i zawodowym, natomiast od 13 do 17 pkt. większość stanowiły osoby aktywne pod względem pracy zarobkowej, ze średnim i wyższym wykształceniem.

Funkcjonowanie w dziedzinie środowiskowej pacjentów, zamieszkujących większe miasta, było na wyższym poziomie niż pacjentów mieszkających na wsi i w mniejszych miastach.

Poczucie bezpieczeństwa w codziennym życiu.

Ryc.21. Stopień poczucia bezpieczeństwa w codziennym życiu
Fig. 21. Step of the sense of security in the daily living



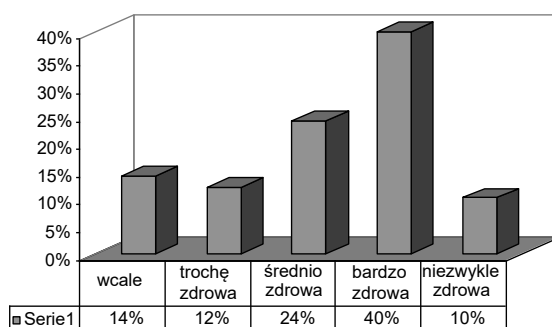
Niespełna połowa badanych (48%) określiła swe poczucie bezpieczeństwa na wysokim poziomie. W grupie tej dominowały osoby zamieszkujące wraz z rodziną.

Wykryto zależność między wiekiem pacjentów a poziomem poczucia bezpieczeństwa. Im pacjenci starsi, tym poziom poczucia bezpieczeństwa mniejszy.

Mniej bezpiecznie czuli się także kobiety. Pacjenci mieszkający w miastach czują się bezpieczniej od tych mieszkających na wsi.

Walory zdrowotne okolicy zamieszkania.

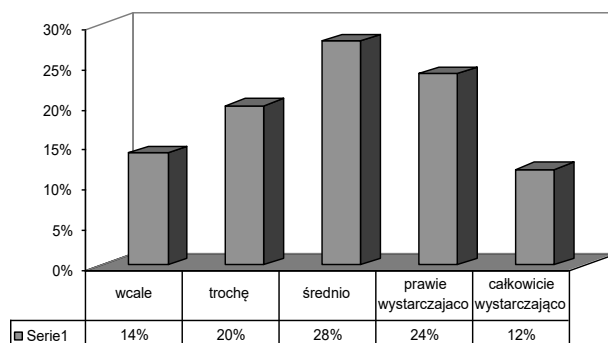
Ryc.22. Na ile zdrowa jest okolica, w której żyją pacjenci
Fig. 22. To what extent surroundings in which patients live are healthy



Osoby mieszkające na wsi i w małym mieście dominowały w grupie bardzo (40%) i niezwykle (10%) zadowolonych z walorów zdrowotnych miejsca zamieszkania.

Ilość pieniędzy potrzebna do zaspokojenia swoich potrzeb.

Rys .23. Ilość posiadanych pieniędzy potrzebnych do zaspokojenia swoich potrzeb
Trait. 23. Amount of held money needed for meeting its needs



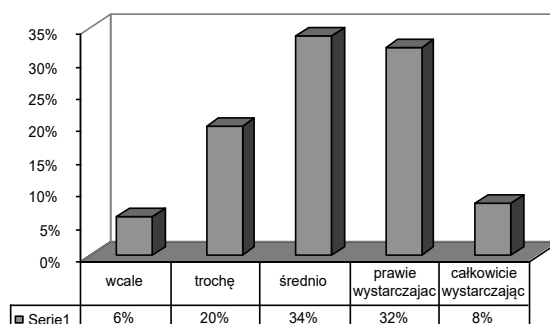
W grupie osób deklarujących posiadanie całkowicie wystarczającej ilości pieniędzy do zaspokojenia swych potrzeb znajdowały się przede wszystkim osoby z wykształceniem średnim i wyższym.

Emeryci i renciści dominowali w grupie osób trochę lub średnio zadowolonych ze swoich finansów. Wszyscy pacjenci znajdujący się na zasiłku dla bezrobotnych przeważali w grupie niezadowolonych.

Prawie połowa pacjentów posiadających stałą pracę zarobkową zakwalifikowała się na poziomie posiadania „średniej” ilości pieniędzy potrzebnych do zaspokojenia swoich potrzeb.

Dostęp do informacji potrzebnych do codziennego życia.

Ryc. 24. Poziom dostępu do informacji potrzebnych do codziennego życia
Fig. 24. Level of the access to information needed for the daily living

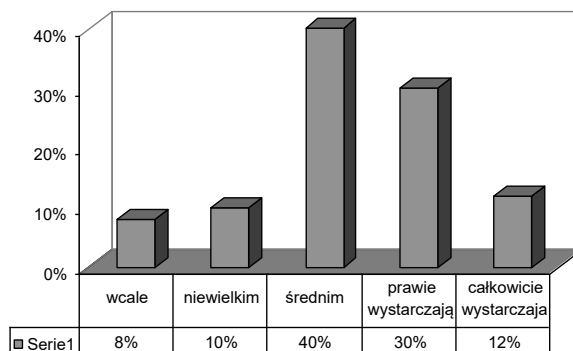


Z analizy badań wynika, że im wyższy stopień wykształcenia pacjentów, tym lepszy dostęp do informacji potrzebnych do codziennego życia.

W przypadku dostępu do potrzebnych informacji ma znaczenie również miejsce zamieszkania. Mieszkańcy wsi mają zazwyczaj gorszy do nich dostęp niż mieszkańcy dużych miast. Wykryto również zależność między posiadaniem wystarczającej ilości pieniędzy do zaspokojenia swoich potrzeb, a dostępem do potrzebnych informacji. Im badany ma więcej pieniędzy, tym zazwyczaj łatwiejszy jest dostęp do potrzebnych mu informacji.

Możliwość spędzania wolnego czasu tak, jak chcą tego badani.

Ryc. 25. Możliwość spędzenia wolnego czasu tak, jak by chciał chory
Fig. 25. Possibility of spending the free time the way a sick person would want



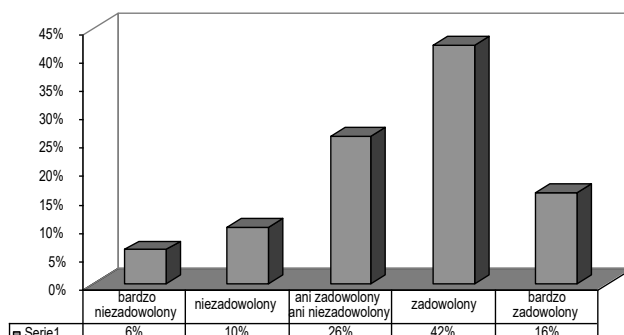
Analiza badań uwidoczniła, iż istnieje niewielka zależność między wiekiem a możliwością spędzenia wolnego czasu tak, jak by chciał pacjent. Zatem, im chorzy starsi, tym częściej spędzają czas wolny tak, jak chcą.

Również chorzy z wyższym i średnim wykształceniem dysponowali znacznie większymi możliwościami spędzenia wolnego czasu tak, jak chcieli w stosunku do pacjentów z wykształceniem podstawowym i zawodowym.

Zadowolenie z warunków mieszkaniowych.

Ryc. 26. Zadowolenie z warunków mieszkaniowych

Fig. 26. Satisfaction from housing conditions

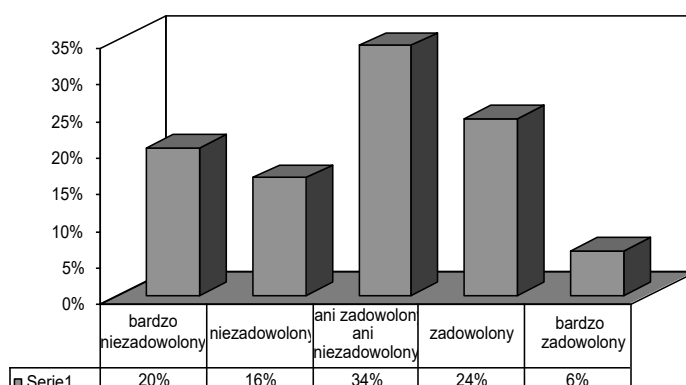


Najliczniejszą grupę stanowiły osoby zadowolone (42%). Wśród nich dominowali mężczyźni (65%). W grupie niezadowolonych przeważały kobiety (70%) oraz mieszkańcy wsi i małych miast, do 99 tys. mieszkańców.

Wykryto niewielką zależność między sposobem zamieszkania a zadowoleniem z warunków mieszkaniowych. Częściej osoby mieszkające samotnie znajdowały się w grupie bardzo niezadowolonych ze swych warunków mieszkaniowych. Dostęp do opieki medycznej.

Ryc. 27. Zadowolenie pacjentów z dostępności opieki

Fig. 27. Satisfying patients from the accessibility to the care

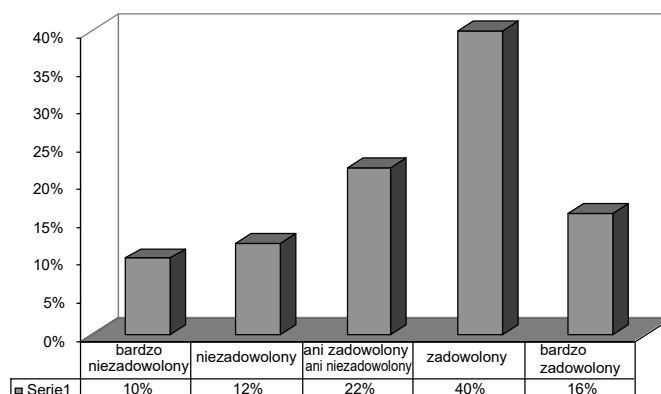


Większość (60%) pacjentów mieszkających na wsi i w małych miastach (do 99 tys. mieszkańców) była bardzo niezadowolona z dostępu do opieki medycznej, niezadowolona lub niezdecydowana. Odwrotna sytuacja miała miejsce wśród większości chorych ze średnich i dużych miast (powyżej 100 tys. mieszkańców). 60% z nich była zadowolona lub bardzo zadowolona z dostępności do opieki medycznej.

Możliwość przemieszczania się.

Ryc. 28. Zadowolenie z możliwości przemieszczania się

Fig. 28. Satisfaction from the possibility of the migration



Nieco częściej problemy z przemieszczaniem się mają kobiety, które przważają w grupach „niezadowolonych” i „ani zadowolonych ani niezadowolonych”. Pacjenci starsi gorzej ocenili swoje możliwości przemieszczania się. Ocena sprawności funkcjonalnej pacjentów wg skali ADL.

W zakres oceny skali ADL wchodzi następujące czynności: kąpanie się, ubieranie się, korzystanie z toalety, poruszanie się, kontrolę nad zwieraczami oraz spożywanie posiłków.

Najwyżej oceniono zdolność samodzielnego spożywania posiłków, zaś największy deficyt sprawności funkcjonalnej wskazano w przypadku poruszania się i przemieszczania z miejsca na miejsce.

Kąpanie się nie wymaga pomocy lub pomoc potrzebna jest tylko przy myciu jednej części ciała.

Zdecydowana większość (76%) zadeklarowała, iż nie wymaga pomocy podczas kąpienia się. W tej grupie procentowy udział wszystkich kobiet wyniósł 82%, a mężczyzn 73%. Średnia wieku zadowolonych wyniosła 58 lat, natomiast niezadowolonych 71 lat. Im pacjent starszy, tym większy deficyt w przypadku czynności kąpienia się.

Ubieranie się. Ubiera się bez żadnej pomocy lub potrzebna pomoc tylko przy wiązaniu sznurówek.

Większość badanych (76%) nie wymaga żadnej pomocy podczas ubierania się, z kolei 24% zadeklarowało, że korzysta z pomocy przy wykonywaniu tej czynności. Wśród osób niewymagających pomocy zdecydowaną większość stanowili mężczyźni. Można przyjąć, iż ogólna ocena sprawności funkcjonalnej w zakresie ubierania się jest na wysokim, zadowalającym poziomie.

Korzystanie z toalety. Idzie do toalety, korzysta z niej, poprawia ubranie i wraca z toalety bez pomocy (może używać laski, chodzika, w nocy basenu lub nocnika).

W większości badani nie wymagają pomocy podczas korzystania z toalety (68%). W tej grupie udział procentowy kobiet wyniósł 30%, a mężczyzn 38%. Średnia wieku dla tej grupy wyniosła 63 lata. W przedziale osób wymagających pomocy podczas korzystania z toalety udział procentowy kobiet wyniósł zaledwie 4%, z kolei mężczyzn 28%. Średnia wieku dla grupy pacjentów niewymagających pomocy wyniosła 66 lat.

Poruszanie się. Przemusza się z/ do łóżka lub na krzesło bez pomocy (może używać laski lub chodzika).

Wśród ankietowanych ponad połowa 60% potwierdziła zdolność do samodzielnego, sprawnego poruszania się w życiu codziennym. Mężczyźni nieznacznie przewyższyli udział kobiet w tej grupie, osiągając wynik 38%, natomiast kobiety uzyskały 22%. Średnia wieku dla osób niewymagających pomocy podczas poruszania się wyniosła dla tej grupy 58 lat. W grupie badanych wymagających pomocy średnia wieku wyniosła 68 lat.

Zatem można przyjąć, że im starsi pacjenci, tym większy deficyt sprawności funkcjonalnej w zakresie samodzielnego poruszania się. Mężczyźni okazali się bardziej sprawni w sferze fizycznej niż kobiety.

Kontrolowanie wydalania moczu i stolca, całkowicie panuje nad zwieraczami.

Spośród wszystkich respondentów, aż 94% w pełni panuje nad zwieraczami podczas załatwiania potrzeb fizjologicznych. Zatem prawie wszyscy pacjenci są wydolni i samodzielni pod względem badanej czynności. Upośledzoną funkcję panowania nad zwieraczami ma 6% badanych.

Jedzenie. Posiłek spożywa bez pomocy (ewentualnie wymaga pomocy w krojeniu mięsa lub smarowaniu pieczywa masłem).

Spośród badanych, 98% uzyskało wysoki wynik poziomu funkcjonowania w kwestii spożywania posiłków. Można przyjąć, że podczas codziennego spożywania posiłków pacjenci ci są w pełni wydolni i niezależni. W przedziale osób wymagających pomocy podczas jedzenia znalazło się tylko 2% ogółu badanych. Były to głównie osoby najstarsze. Poddana ocenie czynność spożywania posiłków przez respondentów ukazała wysoki poziom sprawności funkcjonalnej, a także pełną niezależność od innych osób.

Ocena sprawności pacjentów na podstawie uzyskanych punktów w poszczególnych przedziałach funkcjonowania.

Zebrane wyniki za pomocą skali ADL pozwoliły na określenie poziomu funkcjonowania fizycznego chorych w codziennym życiu. W zależności od zdobytej liczby punktów, chorzy zostali sklasyfikowani do poszczególnych przedziałów. Najliczniejszy przedział, w którym zakres punktowy mieścił się od 5 do 6 pkt., 66% stanowili pacjenci sprawni w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego. Średnia wieku badanych w tym przedziale wyniosła 57,5 lat. Kobiety w tej grupie stanowiły 26%.

Drugie miejsce pod względem udziału procentowego uzyskał przedział 3–4 pkt., (22%). W tej grupie średnia wieku wzrosła w porównaniu z przedziałem pacjentów sprawnych, bowiem wyniosła 66,5. Badani w tym przedziale mają umiarkowanie upośledzoną zdolność wykonywania czynności dnia codziennego i charakteryzują się gorszym funkcjonowaniem od grupy poprzedniej.

Najgorszy poziom sprawności funkcjonalnej uzyskali chorzy z przedziału 0–2 pkt., znalazło się w niej 12% ankietowanych. Wśród nich średnia wieku wyniosła 70 lat. Udział procentowy kobiet stanowił 4%, natomiast mężczyzn 8%.

Analizując powyższe wyniki, można dostrzec zależność średniej wieku badanych od stopnia sprawności funkcjonalnej. Im starsi pacjenci, tym mniejszymi zasobami sprawności fizycznej dysponują.

Dyskusja

Badania jakości życia u chorych na POChP zyskują coraz większe znaczenie ze względu na płynące z nich korzyści. Dzięki nim możliwe jest uzupełnienie oceny stanu klinicznego chorego, efektów prowadzonego leczenia, oceny efektywności programów edukacyjnych, oceny klinicznej leków oraz zaakceptowania sposobu leczenia przez pacjenta.

1. Pacjenci z POChP są zadowoleni z jakości swojego życia.

Badania własne wykazały, że znaczna większość chorych leczonych z powodu POChP była zadowolona z jakości swojego życia. Takiej odpowiedzi udzieliło aż 68% badanych. W grupie „bardzo zadowolonych”, stanowiącej 12% dominowały osoby ze średnim i wyższym wykształceniem oraz podejmujący pracę stałą. Aż 8% udziału tej grupie miały kobiety. Wśród badanych, którzy udzielili odpowiedzi „bardzo niezadowolony” dominowali chorzy, u których okres trwania choroby został określony w przedziale powyżej 10 lat. Jakość życia nie była zależna od płci i wieku.

Uzyskany wynik z pewnością można potraktować jako zadowalający. Należałoby przy tym wspomnieć, iż w badaniach własnych ocenę jakości życia pacjentów przeprowadzono na podstawie kwestionariusza WHOQOL-BREF [Jaracz, 2001], który pozwolił zbadać ogólny poziom funkcjonowania chorych. Respondenci poddani ocenie jakości życia w czterech dziedzinach funkcjonowania: fizycznej, społecznej, środowiskowej i psychologicznej.

W dotychczasowej literaturze nie odnaleziono badań przeprowadzonych za pomocą tego narzędzia. Nie ma więc możliwości konfrontacji z innymi autorami. Większość dostępnych badań nad jakością życia dotyczy głównie poznania determinantów wpływających na jakość życia chorych z POChP.

Nie ulega wątpliwości, że jakość życia u chorych na POChP ma wartość znacznie obniżoną w porównaniu do populacji zdrowych, ale poglądy na temat czynników determinujących są zróżnicowane. Uwidacznia się to w licznych badaniach przeprowadzonych przez wielu autorów.

Jednym z badaczy oceniających jakość życia u pacjentów z POChP jest Ferrer i wsp. Podjął się on oceny jakości życia u 321 chorych w różnym stadium zaawansowania POChP. Wyniki badań potwierdziły, że nawet u chorych z umiarkowaną POChP ($FEV_1 > 50\%$ wartości należnej) jakość życia jest znacznie obniżona [Chazan, 2010].

Z kolei przeciwną odsłonę badań prezentuje Engstrom i wsp. Badania nie dowiodły istotnego pogorszenia jakości życia wśród pacjentów z łagodną postacią POChP. Autorzy ci potwierdzili dopiero pogorszenie wyników jakości życia w przypadku zmniejszenia $FEV_1 < 50\%$ wartości należnej [Chazan, 2010].

Tsukino i wsp. także podjęli się oceny jakości życia u pacjentów z POChP. Zdaniem badaczy, najistotniejszymi czynnikami wpływającymi na pogorszenie jakości życia u chorych z POChP są: ograniczenie przepływu powietrza w drzewie oskrzelowym, zmniejszenie zdolności dyfuzyjnej płuc, okres palenia papierosów wyrażony w paczkolatach oraz wiek chorych. Co ciekawe, podczas badań dowiedli, że okres palenia papierosów jest istotniejszym elementem wpływającym na obniżenie jakości życia niż kontynuowanie palenia papierosów pomimo stwierdzonej choroby [Farnik i Pierzchała, 1999].

Zupełnie inny pogląd w tej kwestii przedstawiają Prigatano i wsp., którzy z przeprowadzonych badań wywnioskowali, że znacznie obniża się jakość życia u chorych kontynuujących palenie papierosów, w przeciwieństwie do tych, którzy porzucili nałóg niezależnie od wieku i wartości spirometrycznych [Farnik i Pierzchała, 1999].

2. Pacjenci z POChP nie są zadowoleni z jakości swojego zdrowia.

Badania własne wykazały, że prawie połowa badanych (48 %) była zadowolona ze swojego stanu zdrowia. Wśród nich dominowały osoby w przedziale wiekowym. Średnia wieku w tej grupie to 58,5 lat. Uważam, iż młodsze osoby w większym stopniu odczuwały zadowolenie ze stanu swojego zdrowia. Dla porównania, wśród osób niezadowolonych średnia wieku wyniosła 66 lat.

Pacjenci niezadowoleni z jakości swojego zdrowia cierpieli dodatkowo na schorzenia układu krwionośnego, głównie niewydolność serca. Myślę, że obecność dodatkowych schorzeń u osób w podeszłym wieku znacznie obniża jakość ich zdrowia.

W dostępnej literaturze nie odnaleziono badań na temat jakości zdrowia pacjentów z POChP. Nie można więc ich skonfrontować z innymi źródłami.

3. Na jakość życia pacjentów z POChP wpływa poziom sprawności funkcjonalnej.

Badania własne wykazały, że im niższy poziom sprawności funkcjonalnej pacjentów z POChP, tym niższa jakość życia. Zwykle badani, którzy uzyskali słabsze wyniki w dziedzinie funkcjonowania fizycznego, a także dysponujący większym stopniem upośledzonego funkcjonowania w wykonywaniu czynności dnia codziennego, uzyskiwali słabsze wyniki poziomu jakości życia.

W dostępnej literaturze nie odnaleziono badań o tym samym podłożu.

Można natomiast doszukać się wielu badań określających korzystny wpływ różnych czynników w celu poprawy sprawności funkcjonalnej oraz jakości życia chorych z POChP.

W jednym z badań dotyczących wpływu programów rehabilitacyjnych na sprawność funkcjonalną zauważono, że samowystarczalność i łatwiejsze wykonywanie czynności dnia codziennego osiągnięte dzięki treningowi fizycznemu będzie korzystnie wpływać na stan emocjonalny chorych z POChP.

Przykładem są badania Gayle'a i wsp., w których podczas 28-tygodniowego programu rehabilitacyjnego doszło do zmniejszenia stopnia lęku [Chazan, 2010].

Korzystny wpływ zaobserwowano w badaniach, które przeprowadził Tandon. Opisał on poprawę sprawności fizycznej po 9 miesiącach ćwiczeń yoga. Sukces w ocenie poprawy zarówno sprawności funkcjonalnej, jak i stanu emocjonalnego został osiągnięty przy współpracy psychologa podczas ćwiczeń [Farnik i Pierzchała, 1999].

Badania Katelaarsa i wsp. także potwierdziły, że obniżenie jakości życia u chorych na POChP koreluje w większym stopniu ze zmniejszeniem sprawności funkcjonalnej i stopniem samodzielności niż nasileniem obturacji oskrzeli [Zieliński, Górecka i Śliwiński, 1998].

4. Poziom sprawności funkcjonalnej jest zależny od wieku pacjentów.

Badania własne dowiodły, że poziom sprawności funkcjonalnej mierzony w tym przypadku za pomocą skali ADL jest zależny od wieku badanych. Największą grupę (66%) stanowili pacjenci sprawni w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego. Średnia wieku badanych w tym przedziale wyniosła 57,5. Kobiety w tej grupie stanowiły 26%.

Drugie miejsce pod względem udziału procentowego uzyskał przedział 3–4 pkt., (22%). W tej grupie średnia wieku wzrosła w porównaniu z przedziałem pacjentów sprawnych, bowiem wyniosła 66,5 roku. Badani w tym przedziale mają umiarkowanie upośledzoną zdolność wykonywania czynności dnia codziennego i gorzej funkcjonują od grupy poprzedniej.

Najgorszy poziom sprawności funkcjonalnej uzyskali chorzy z przedziału 0–2 pkt., znalazło się w niej 12% ankietowanych. Wśród nich średnia wieku wyniosła 70 lat. Udział procentowy kobiet stanowił 4%, natomiast mężczyzn 8%.

Analizując powyższe wyniki, można dostrzec zależność średniej wieku badanych od stopnia sprawności funkcjonalnej. Im starsi pacjenci, tym mniejszymi zasobami sprawności fizycznej dysponują.

W literaturze nie odnajduje się badań potwierdzających powyższą zależność. Nie ma więc możliwości konfrontacji.

5. Prowadzenie normalnego, codziennego życia zależy od jakiegokolwiek leczenia.

Zdolność prowadzenia normalnego, codziennego życia, zależnego od jakiegokolwiek leczenia zadeklarowało 42% badanych.

Pacjenci bardzo mocno uzależnieni od jakiegokolwiek leczenia (36%) częściej mieszkają samotnie niż pozostali.

Natomiast wśród chorych, u których stopień prowadzenia normalnego życia był niezwykle mocno zależny (24%), podawali dłuższy okres trwania choroby i częściej schorzenia współistniejące. Badani, którzy uważają, iż jakakolwiek metoda leczenia nie ma wpływu na funkcjonowanie w normalnym życiu, stanowili zaledwie 2% ogółu badanych. Dostępna literatura nie dysponuje badaniami bezpośrednio korelującymi z własnym badaniem.

6. Poziom zadowolenia ze wsparcia otrzymywanego od przyjaciół ma wpływ na jakość życia chorych.

Badania własne dowiodły, że im wyższy stopień zadowolenia ze wsparcia otrzymywanego od przyjaciół, tym wyższa jakość życia chorych. Znaczna większość badanych deklaruowała wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia od bliskich. Były to głównie osoby ze średnim i wyższym wykształceniem, utrzymujące się dzięki stałej pracy.

W dostępnej literaturze nie odnajduje się badań na powyższy temat. Nie można ich skonfrontować z innymi badaczami.

7. Wykształcenie chorych z powodu POChP ma wpływ na funkcjonowanie w sferze psychologicznej.

Badania własne dowiodły, że osoby z wyższym wykształceniem (średnie lub wyższe) lepiej funkcjonowały w dziedzinie psychologicznej w przeciwieństwie do osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Ogólnie, dla przypomnienia, dziedzina psychologiczna oceniona w punktach mieściła się przedziałach między 6,16 a 14,28 pkt. Średnia wyniku dla badanej grupy to 11,47 mediana 11,4. Najczęstszymi uzyskanymi wynikami były 11 i 12 pkt.

Najlepiej w dziedzinie psychologicznej oceniono poczucie sensu i znaczenia życia, natomiast najslabiej obecność nieprzyjemnych nastrojów.

Chorzy ze średnim i wyższym wykształceniem stanowili wyraźną większość w grupie zadowolonych (58 %) i bardzo zadowolonych (28%) ze związków osobistych. Jak wskazują wyniki badań, wysokim poziomem zadowolenia ze związków osobistych cieszą się także badani mieszkający w dużych miastach, powyżej 300 tys. mieszkańców.

W literaturze nie odnajduje się badań dotyczących wpływu wykształcenia na jakość życia pacjentów z POChP w sferze psychologicznej. Nie ma więc możliwości konfrontacji z innymi badaczami.

Wnioski

1. Wykazano istotnie statystycznie, że pacjenci leczeni z powodu POChP na Oddziale Rehabilitacji w Kujawsko–Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy są zadowoleni z jakości swojego życia. Takiej odpowiedzi udzieliło 68% respondentów.
2. Pacjenci leczeni z powodu POChP są zazwyczaj zadowoleni ze stanu swojego zdrowia. Prawie połowa respondentów (48%) udzieliła takiej odpowiedzi.
3. Wykazano istotnie statystycznie, że na jakość życia pacjentów z POChP wpływa poziom sprawności funkcjonalnej.
4. Dowiedziono istotnie statystycznie, iż poziom sprawności funkcjonalnej jest zależny od wieku pacjentów. Średnia wieku respondentów sprawnych w zakresie funkcjonowania w życiu codziennym wyniosła 57,5 roku w porównaniu z badanymi, u których sprawność funkcjonalna była upośledzona - liczyli średnio 70 lat.
5. Dowiedziono, iż prowadzenie normalnego, codziennego życia zależy od jakiegokolwiek leczenia wśród chorych na POChP.
6. Udowodniono, że poziom zadowolenia ze wsparcia otrzymywanego od przyjaciół ma wpływ na jakość życia chorych na POChP.
7. Wykazano istotnie statystycznie zależność poziomu wykształcenia chorych z powodu POChP na funkcjonowanie w sferze psychologicznej. Pacjenci posiadający wykształcenie wyższe i średnie lepiej funkcjonują w sferze psychologicznej.

Piśmiennictwo

1. Chazan Ryszard. 2010. *Choroby układu oddechowego w praktyce lekarza opieki podstawowej*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska.
2. Dumala Jacek. 2010. Rehabilitacja pacjentów z chorobą płuc, [w:] *Wielka Interna, Pulmonologia cz. II*, red. Antczak Adam: 485–493. Warszawa: Wydawnictwo Medical Tribune.
3. Farnik Małgorzata, Pierzchała Władysław. 1999. *Badania jakości życia w chorobach układu oddechowego*. Katowice: Wydawnictwo Śląski Uniwersytet Medyczny.
4. Jaracz Krystyna. 2001. WHOQOL-BREF Klucz. [w:] *Jakość życia w naukach medycznych*, red. Wołowicka Laura: 281–290. Poznań: Wydawnictwo Uczelniane AM.
5. Zieliński Jan, Górecka Danuta, Śliwiński Piotr. 1998. *Przewlekła obturacyjna Choroba płuc*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL.