

Samoopieka w działaniach podejmowanych przez pacjentów z POChP na rzecz zdrowia

Małgorzata Kochman¹, Jolanta Górajek-Jóźwik²

¹ Specjalistyczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Rzeszowie

² Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Kochman M, Górajek-Jóźwik J. Samoopieka w działaniach podejmowanych przez pacjentów z POChP na rzecz zdrowia. Med. Og Nauk Zdr. 2014; 20(2): 109–119.

Streszczenie

Wstęp. Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest chorobą postępującą. Objawy, które wstępują w początkowym jej okresie, często są lekceważone, a dopiero towarzysząca jej duszność wysiłkowa, występująca już w zaawansowanym stadium choroby, zmusza chorego do poszukiwania fachowej pomocy.

Celem pracy jest określenie zależności działań samoopiekuńczych (samoopieka), podejmowanych przez pacjentów z POChP w domu i w szpitalu, oraz czynników warunkujących ten stan.

Materiał i metoda. Badania przeprowadzono w 2008 roku w jednym ze szpitali w województwie podkarpackim. Miały one charakter dobrowolny i wzięło w nich udział 110 pacjentów z POChP. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Za narzędzie posłużył samodzielnie opracowany, niestandardyzowany kwestionariusz ankiety. Przy jego tworzeniu wykorzystano dotychczasowy stan wiedzy oraz własne, wieloletnie doświadczenia z pracy z tą kategorią chorych.

Wyniki. W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono istotne różnice w poziomie samoopieki sprawowanej w domu (68,80pkt) i podczas pobytu w szpitalu (71,45pkt), ($Z=12,86; p<0,01$). Stwierdzono wysoce istotne różnice w ilości problemów, z jakimi muszą radzić sobie ankietowani w domu w porównaniu z tymi w szpitalu. Stwierdzono, że osoby, które korzystały z informacji na temat, jak żyć z chorobą, udzielanych im przez lekarza oraz pielęgniarkę, miały istotnie lepszy poziom samoopieki (72,64 pkt) w porównaniu do tych chorych, którzy czerpali informacje na ten temat z „innych źródeł” (66,93 pkt), różnica ta była istotna statystycznie ($p=0,02$).

Wnioski. 1. Silna motywacja chorych na POChP wywiera istotny wpływ na ich poziom samoopieki. 2. Pobyt w szpitalu i uzyskiwanie informacji na temat choroby od personelu medycznego (lekarze, pielęgniarki) ma istotny wpływ na poziom samoopieki chorych na POChP. 3. W badanej grupie chorych nie wykazano istotnego wpływu czynników socjo-medycznych na poziom samoopieki.

Słowa kluczowe

przewlekła obturacyjna choroba płuc, samoopieka, zdrowie

WSTĘP

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) stanowi poważny problem społeczny. Według *World Health Report* (WHO, Genewa 2000), choroba ta zajmuje czwarte miejsce wśród przyczyn zgonów na świecie [1]. Dlatego Światowa Inicjatywa Zwalczania Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (GOLD) wskazała na konieczność doprowadzenia do zwiększenia świadomości ludzi na temat istoty choroby i jej społecznych skutków. Postawiła na podjęcie racjonalnych działań na rzecz zmniejszenia chorobowości i umieralności, głównie poprzez wczesne rozpoznawanie, racjonalne leczenie, jak również wczesną prewencję POChP. Określone cele działań oraz powszechne zwiększenie zainteresowania chorobą stało się podstawą ogólnoswiatowego współdziałania i przedmiotem szczególnej troski osób odpowiedzialnych za szeroko rozumianą opiekę i politykę zdrowotną w tym zakresie.

Przewlekłość choroby, naprzemiennie występujące stany zaostrzeń i remisji określają istotę opieki i ukierunkowują ją na udział działań samoopiekuńczych (samopielegnacyjnych). „Twoje zdrowie w twoich rękach” – dobrze znane hasło Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), w tym konkretnym

przypadku nabiera jednoznacznej, praktycznej wartości. W niniejszej pracy przyjęto, że samoopieka to „aktywność, którą ludzie inicjują i realizują sami, aby utrzymać własne zdrowie i życie oraz zapewnić sobie dobre samopoczucie (...). Samoopieka pociąga za sobą konieczność ustawicznego dokonywania celowych wyborów, podejmowania decyzji wpływających na styl życia i zachowania człowieka” [2]. Działania samoopiekuńcze podejmowane w obrębie systemu ochrony zdrowia, jak i poza nim (w miejscu bytowania pacjenta), stanowią przedmiot zainteresowania m.in.: profilaktyki, promocji zdrowia i pielęgniarstwa, głównie za sprawą Doroty Orem (1971), przypisuje się im istotną wartość. Pojęciu samoopieki przeciwstawione jest pojęcie deficytu samoopieki; deficyt samoopieki wymaga działań kompensacyjnych o różnym charakterze.

CEL PRACY I METODA BADAWCZA

Praca ma charakter empiryczny, a jej celem jest określenie zależności działań samoopiekuńczych (poziomu samoopieki), podejmowanych przez pacjentów z POChP w domu (remisja) i w szpitalu (zaostrzenie choroby), oraz czynników warunkujących ten stan. Dla celów badawczych wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i posłużono się samodzielnie opracowanym niestandardyzowanym kwestionariuszem ankiety [3]. Kwestionariusz ten zbudowany jest

Adres do korespondencji: Małgorzata Kochman, Specjalistyczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Rzeszowie, ul. Rycerska 2, 35-241 Rzeszów, Polska
e-mail: kochmanm@poczta.fm

Nadesłano: 24 lutego 2012 roku; Zaakceptowano do druku: 29 stycznia 2014 roku



z 32 pytań, z których I część stanowi metryczka, odnosząca się do danych o respondencie, do jego statusu społecznego, sytuacji socjalno-bytowej itp. Pozostałe pytania, w II części kwestionariusza ankiety, odnoszą się do sytuacji opisujących zachowania prozdrowotne respondenta i jego postawę wobec poruszanego problemu, wskazują na zakres wykonywanych codziennych czynności, opisują zachowania respondenta w sytuacjach problemowych, wynikających z jego stanu, odnoszą się do posiadanych przez ankietowanego umiejętności, a także wiedzy i sposobu jej pozyskiwania.

Badania przeprowadzono w 2008 r. w czasie pobytu pacjentów w szpitalu. Pytano o fakty i opinie dotyczące szeroko rozumianego stanu zdrowia, funkcjonowania w szpitalu i – wcześniej – w miejscu zamieszkania. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej i odchylenia standardowego, mediany, a dla niemierzalnych przy pomocy licznosci i odsetka. Dla cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano przy pomocy testu W Shapiro-Wilka. Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test U Manna-Whitneya, a dla więcej niż dwóch grup test Kruskala-Wallisa. Natomiast dla zmiennych zależnych test znaków. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności χ^2 , a do zbadania istnienia zależności między badanymi cechami testu niezależności χ^2 . Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 8.0 (StatSoft, Polska).

CHARAKTERYSTYKA BADANYCH PACJENTÓW

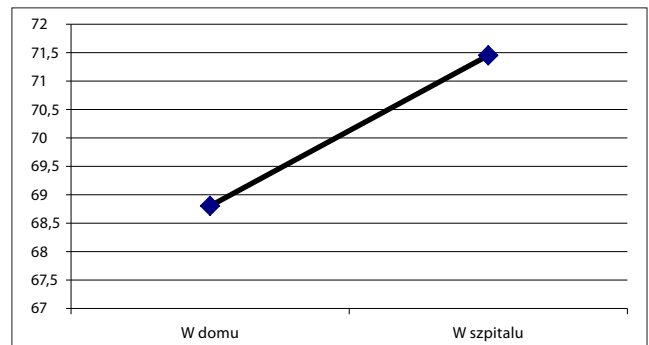
Badaniami objęto grupę 110 chorych hospitalizowanych w jednym ze szpitali województwa podkarpackiego, z rozpoznaną POChP. Próba miała charakter reprezentatywny dla populacji osób z POChP. Przyjęto następujące kryteria kwalifikowania chorych do badań:

- chorzy pełnoletni, wyrażający zgodę na udział w badaniu,
- stan psychiczny – pozwalający na pełny kontakt werbalny,
- pacjenci nie cierpiący, z powodu silnych dolegliwości bólowych i/lub duszności,
- bez znacznych dysfunkcji w narządzie ruchu, (uniemożliwiających samodzielne wypełnienie kwestionariusza ankiety),
- hospitalizowani nie krócej niż 3 doby.

Wśród ankietowanych większość stanowili mężczyźni (76,36%). Średnia wieku w badanej grupie wyniosła $57,98 \pm 10,27$ lat (zakres od 41–87), w większości osoby pozostające w związku małżeńskim (81,82%). Najlicniejszą grupę stanowili mieszkańcy wsi (56,36%). Prawie co czwarty badany to osoba z wykształceniem podstawowym (36,36%) oraz średnim (31,82%), co piąty (20,91%) z zawodowym, natomiast co dziesiąty (10,91%) z wyższym, w większości osoby biernie zawodowo (64,55%). Na schorzenia układu oddechowego chorują średnio $5,31 \pm 5,42$ lat, w tym: do roku 28,18%, od 2 do 5 lat 28,18%, powyżej 5 lat 34,55%. W trakcie przeprowadzanych badań ankietowani przebywali w szpitalu średnio $12,26 \pm 5,75$ dni.

WYNIKI BADAŃ

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono istotne różnice w deklarowanym przez pacjentów poziomie samodzielności w domu (68,80pkt) i podczas pobytu w szpitalu (71,45 pkt), ($Z=12,86$; $p < 0,01$) (ryc.1). Oceniając stopień samodzielności w wykonywaniu codziennych czynności (poziom samoopieki), zastosowano skalę Likerta.. Biorąc pod uwagę wszystkie analizowane czynności stwierdzono, że poziom samoopieki istotnie statystycznie różnił się we wszystkich czynnościach ($p < 0,01$). Otrzymane wyniki przedstawia tabela nr 1.



Rycina 1. Poziom samodzielności w samoopiece w domu i w szpitalu

Tabela 1. Poziom samoopieki w domu i podczas pobytu w szpitalu

Wykonywane czynności	W domu		W szpitalu	
	Średnia	Odch. std.	Średnia	Odch. std.
Sprzątanie (wokół siebie)	1,57	0,81	1,56	0,88
Przygotowanie posiłków	1,77	0,93	2,39	1,09
Przygotowanie napojów	1,49	0,67	2,01	1,04
Zaspokajanie własnych potrzeb fizjologicznych	1,03	0,16	1,02	0,13
Mycie się	1,07	0,28	1,07	0,28
Kąpiel całego ciała	1,19	0,50	1,33	0,68
Ubieranie się	1,04	0,19	1,10	0,36
Stanie łóżka	1,63	0,96	1,20	0,52
Chodzenie po zakupy	1,87	0,90	1,94	0,91
Wykonywanie drobnych prac	1,64	0,67	2,51	0,89
Organizowanie sobie czasu wolnego	1,68	0,70	1,96	0,79
Spotykanie się z rodziną	1,87	0,78	1,91	0,76
Spotykanie się z sąsiadami, znajomymi	2,08	0,85	2,65	0,91
Chodzenie do gabinetu lekarskiego	2,29	0,81	2,37	0,93
Chodzenie do gabinetu pielęgniarskiego	2,78	0,93	2,33	0,90
Chodzenie po poradę do innych (rehabilitant)	3,49	0,88	3,15	1,02
Prowadzenie gimnastyki oddechowej	3,17	0,90	2,65	1,04
Stosowanie leków w podręcznych inhalatorach	2,67	1,22	2,08	1,13
Stosowanie leków w nebulizacji	3,07	1,11	2,23	1,26
Unikanie narażania na infekcje	2,45	1,08	2,10	1,04
Unikanie narażania na dym tytoniowy	2,16	1,06	1,72	1,03
Stosowanie ćwiczeń ruchowych	2,79	0,96	2,51	1,06
Szukanie informacji na temat choroby	2,57	1,05	2,38	1,10
Kontaktowanie się z osobami z podobnymi problemami zdrowotnymi	3,11	1,02	2,59	1,03

Stwierdzono wysoce istotne statystycznie różnice w ilości problemów zdrowotnych, z jakimi ankietowani radzili sobie w domu, w porównaniu do tych podczas pobytu w szpitalu ($p < 0,00001$). Ankietowani podali, że w domu radzili sobie sami (średnia 7,40) z większą liczbą objawów związanych z ich stanem niż w czasie pobytu w szpitalu (średnia 5,69). Podali również, iż w większej liczbie przypadków korzystali z pomocy lekarza podczas pobytu w domu. Natomiast z pomocy pielęgniarki korzystają częściej podczas pobytu w szpitalu, co wydaje się dość oczywiste. Potwierdzono, że przebywając w domu częściej korzystają z pomocy rodziny i w większej liczbie objawów związanych z POChP nie podejmują działań, nie radzą sobie sami (tabela nr 2).

Tabela 2. Porównanie sposobów radzenia sobie z problemami w domu i w szpitalu

Sposoby radzenia sobie z problemami	Średnia	Mediana	Odch. std.	Min	Max
W domu					
Radzę sobie sam	7,40	7,00	3,64	1,00	16,00
Korzystam z pomocy lekarza	4,44	4,00	2,33	1,00	11,00
Korzystam z pomocy pielęgniarki	2,22	2,00	1,76	1,00	9,00
Korzystam z pomocy rodziny	2,23	2,00	1,66	1,00	7,00
Nie podejmuje działań	7,40	7,00	3,64	1,00	16,00
W szpitalu					
Radzę sobie sam	5,69	5,00	3,32	1,00	16,00
Korzystam z pomocy lekarza	4,03	4,00	2,42	1,00	13,00
Korzystam z pomocy pielęgniarki	4,06	4,00	2,58	1,00	14,00
Korzystam z pomocy rodziny	1,92	2,00	1,15	1,00	6,00
Nie podejmuje działań	5,69	5,00	3,32	1,00	16,00

Uzyskując odpowiedzi na pytania dotyczące działań samoopiekuńczych dotyczących podejmowania codziennych czynności, a także bezpośrednio związanych ze zdrowiem, można określić zakres wiedzy dotyczącej samoopieki chorych na POChP, a także występujący deficyt w tym zakresie. Około połowa respondentów (51,82%) na pytanie dotyczące korzystania z podręcznego inhalatora odpowiedziało, że „zdecydowanie” radzi sobie, natomiast „raczej” radzi sobie w działaniach dotyczących: obserwowania samego siebie (50,91%), stosowania ćwiczeń ruchowych, stosowania ćwiczeń oddechowych i usprawniających cały układ oddechowy. Otrzymane wyniki badań na temat radzenia sobie w działaniach bezpośrednio związanych ze zdrowiem zostały przedstawione w tabeli nr 3.

Tabela nr 3. Radzenie sobie w działaniach bezpośrednio związanych ze zdrowiem

Działania związane ze zdrowiem	Zdecydowanie tak		Raczej tak		Zdecydowanie nie		Raczej nie		Nie mam zdania	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dawkowanie leków wziewnych (ilość wdechów w czasie inhalacji)	42	38,18	32	29,09	5	4,55	7	6,36	24	21,82
Przygotowanie się do nebulizacji	42	38,18	45	40,91	3	2,73	6	5,45	14	12,73
Korzystanie z podręcznego inhalatora	57	51,82	33	30,00	2	1,82	5	4,55	13	11,82
Stosowanie ćwiczeń oddechowych	25	22,73	48	43,64	3	2,73	11	10,00	23	20,91
Stosowanie ćwiczeń usprawniających układ oddechowy	19	17,27	51	46,36	4	3,64	12	10,91	24	21,82
Stosowanie ćwiczeń ogólnousprawniających	31	28,18	54	49,09	3	2,73	6	5,45	16	14,55
Obserwowanie samego siebie	40	36,36	56	50,91	1	0,91	4	3,64	9	8,18

Wpływ czynników demograficznych i medycznych na poziom samodzielności podczas pobytu chorego w domu i w szpitalu obrazuje tabela nr 4.

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że poziom samodzielności w samoopiece podczas pobytu w domu wśród kobiet (74,42 pkt) był wyższy w porównaniu do mężczyzn (67,06 pkt), ($p = 0,00002$). Istotna statystycznie była także różnica w grupie kobiet (75,25 pkt) i mężczyzn (70,27 pkt) przebywających w szpitalu ($p = 0,02$). Badani reprezentowali trzy grupy wiekowe: I – do 50 lat, II – od 50 do 60 lat, III – powyżej 60 lat. Nie stwierdzono istotnych różnic w poziomie samoopieki pomiędzy grupami wiekowymi, podczas pobytu w domu ($p = 0,30$) oraz w szpitalu ($p = 0,94$). Stwierdzono jednak, że deklarowany poziom samoopieki wzrastał wraz z wiekiem. Nie stwierdzono istotnych różnic w poziomie samoopieki pomiędzy grupami przy uwzględnieniu zmiennej: stan cywilny, wykształcenie, liczba osób wspierających, czas trwania choroby. Stwierdzono istotne statystycznie różnice w poziomie samoopieki pomiędzy grupami przy uwzględnieniu zmiennej: liczba pobytów w szpitalu z powodu schorzeń układu oddechowego, podczas pobytu w domu ($p = 0,04$). Najwyższy poziom samodzielności w samoopiece deklarowały osoby, które przebywały w szpitalu po raz pierwszy (71,37 pkt). Osoby, dla których był to pobyt od 2. do 5. oraz ci, którzy przebywali więcej niż 5 razy w szpitalu uzyskali odpowiednio 70,63 pkt oraz 66,86 pkt. Stwierdzono istotne statystycznie różnice w poziomie samoopieki pomiędzy osobami, przebywającymi w domu, które rzuciły palenie z powodu własnej silnej woli (70,65 pkt) a osobami, które uczyniły to z innych powodów (67,20 pkt). Różnica ta była istotna statystycznie ($p = 0,02$). Stwierdzono, że osoby, które podczas pobytu w szpitalu korzystały z informacji na temat, jak żyć z chorobą, od lekarza lub pielęgniarki, deklarowały wyższy poziom samoopieki (72,64 pkt) niż te, które czerpały informacje z „innych źródeł” (66,93 pkt). Różnica ta była istotna statystycznie ($p = 0,02$).

OMÓWIENIE

W niniejszej pracy określono zależność działań samoopiekuńczych (samoopieki) podejmowanych przez pacjentów z POChP w domu (stan remisji) i w szpitalu (zaostrenie choroby) od czynników je warunkujących. Wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy deklarowanym poziomem samoopieki w domu (68,80 pkt) i w szpitalu (71,45 pkt) ($Z = 12,86; p < 0,01$). Przeprowadzone badania pozwoliły stwierdzić wysoce istotne różnice w deklarowanej liczbie



Tabela 4. Porównanie poziomu samoopieki podczas pobytu chorego w domu i w szpitalu, z uwzględnieniem czynników demograficznych i medycznych

Czynniki demograficzne	Poziom samoopieki podczas pobytu w domu		Poziom samoopieki podczas pobytu w szpitalu	
	Średnia	Odch.std.	Średnia	Odch.std.
Płeć				
Kobiety	74,42	6,79	75,25	10,17
Mężczyźni	67,06	8,21	70,27	8,95
	Analiza statystyczna: Z=4,25; p=0,00002*		Analiza statystyczna: Z=-2,26; p=0,02*	
Wiek				
Do 50 lat	67,60	10,15	70,42	9,47
50-60 lat	68,13	7,47	71,74	9,94
Powyżej 60 lat	70,09	7,98	71,95	8,94
	Analiza statystyczna: H=2,48; p=0,30		Analiza statystyczna: H=0,38; p=0,83	
Stan cywilny				
Mężatka, żonaty	68,83	8,80	71,40	9,07
Wolny	68,70	6,99	71,66	11,22
	Analiza statystyczna: Z=-0,36; p=0,72		Analiza statystyczna: Z=0,22; p=0,83	
Wykształcenie				
Podstawowe	66,22	6,65	71,55	10,33
Zawodowe	67,56	8,15	70,41	7,08
Średnie	71,60	9,91	73,32	10,77
Wyższe	69,75	6,18	69,25	10,66
	Analiza statystyczna: H=7,19; p=0,07		Analiza statystyczna: H=1,18; p=0,76	
Liczba osób wspierających				
Jedna	69,14	7,12	70,75	9,68
Dwie	69,64	8,78	73,62	9,57
Trzy i więcej	67,61	9,52	70,00	8,92
	Analiza statystyczna: H=2,60; p=0,27		Analiza statystyczna: H=2,83; p=0,24	
Czynniki medyczne	Poziom samoopieki podczas pobytu w domu		Poziom samoopieki podczas pobytu w szpitalu	
	Średnia	Odch.std.	Średnia	Odch.std.
Czas trwania choroby				
Do roku	68,84	9,00	71,10	9,80
2-5 lat	66,83	8,03	71,31	9,30
Powyżej 5 lat	70,90	8,20	71,87	9,54
	Analiza statystyczna: H=4,55; p=0,10		Analiza statystyczna: H=0,27; p=0,87	
Liczba pobytów w szpitalu				
Jeden	71,37	8,71	71,70	9,58
2-5	70,63	8,78	70,70	9,20
Powyżej 5	66,86	7,87	72,01	9,88
	Analiza statystyczna: H=6,32; p=0,04*		Analiza statystyczna: H=0,27; p=0,87	
Sposoby radzenia sobie z nałogiem palenia				
Silna motywacja	70,65	8,05	71,38	9,53
Inne sposoby	67,20	8,57	71,50	9,45
	Analiza statystyczna: Z=2,25; p=0,02*		Analiza statystyczna: Z=0,14; p=0,88	
Źródła informacji na temat choroby				
Lekarz, pielęgniarka	69,50	8,71	72,64	9,76
Inne źródła	66,17	7,06	66,93	6,50
	Analiza statystyczna: Z=1,43; p=0,15		Analiza statystyczna: Z=-2,40; p=0,02*	

* – oznacza, że stwierdzono istotne różnice

problemów (trudności), z jakimi radzą sobie ankietowani w domu w porównaniu do radzenia sobie z nimi w szpitalu ($p < 0,00001$). W domu radzili sobie z większą ich liczbą niż w szpitalu. W domu częściej korzystali z pomocy lekarza, natomiast z pomocy pielęgniarki odwrotnie – podczas pobytu w szpitalu. Badani deklarowali, że w domu najczęściej korzystali z pomocy udzielanej przez osoby z ich najbliższego otoczenia, przez rodzinę, co wydaje się dość oczywiste. Deklarowany niższy poziom samoopieki w domu niż w szpitalu wynika z większego udziału rodziny (nieprofesjonalistów) w opiece nad chorym, niejako wyręczaniu go w niektórych czynnościach, które to w szpitalu chory podejmuje sam, opiekuje się sam sobą, korzystając z pomocy, informacji udzielanych na temat choroby przez pielęgniarkę. Kształtowanie postaw prozdrowotnych, umiejętności radzenia sobie w chorobie, samoobserwacji, samokontroli jest elementem edukacji zdrowotnej, która to, obok niezależności w samoobsłudze, wchodzi w zakres samoopieki [6,9]. Tworzenie środowisk wspierających zdrowie pozwala chorym przewlekłe łatwiej pokonywać trudności związane z chorobą [7]. W badaniach A. Trojanowskiej i A. Emeryka potwierdzono konieczność włączenia edukacji zdrowotnej do kompleksowego postępowania leczniczo-pielęgnacyjnego [4]. Natomiast I. Wrońska oraz K. Kurowska, w badaniach na temat zmian zachowań zdrowotnych chorych przewlekłe, wykazały pozytywną modyfikację zachowań zdrowotnych tych chorych. Wykazano również, że trwanie w stanie choroby w dłuższym czasie powoduje zahamowanie zmian zachowań w pożądanym kierunku [5]. Potrzebna jest stałość, ciągłość, ciągle przypomnianie już nabytych wcześniej informacji w celu ich utrwalenia [8]. Nie stwierdzono istotnych różnic w poziomie samoopieki pomiędzy grupami wiekowymi, podczas pobytu w domu ($p=0,30$) oraz w szpitalu ($p=0,94$). Nie stwierdzono również istotnych różnic w poziomie samoopieki pomiędzy grupami przy uwzględnieniu zmiennej: stan cywilny, wykształcenie, liczba osób wspierających, czas trwania choroby. Deklarowany poziom samoopieki chorych podczas pobytu w domu był istotnie statystycznie różny w grupie chorych będących piątą raz w szpitalu i kolejny ($p=0,04$). Wyższy poziom samoopieki podczas pobytu w domu deklarowały osoby kierujące się silną motywacją w zrywaniu z nałogiem palenia niż osoby korzystające z innych sposobów ($p=0,02$). Można przypuszczać, że w warunkach domowych chorzy polegali na własnej silnej motywacji i zasobach osobistych, którymi dysponowali. Stwierdzono istotnie wyższy poziom samoopieki (72,64 pkt) wśród chorych podczas pobytu w szpitalu, którzy korzystali z informacji udzielanych im przez lekarza lub pielęgniarkę na temat, jak żyć z chorobą, niż wśród tych, którzy czerpali informacje z „innych źródeł” (66,93 pkt). Różnica ta była istotna statystycznie ($p=0,02$).

WNIOSKI

1. Silna motywacja chorych na POChP wywiera istotny wpływ na ich poziom samoopieki.
2. Pobyt w szpitalu i uzyskiwanie informacji na temat choroby od personelu medycznego (lekarze, pielęgniarki) ma istotny wpływ na poziom samoopieki chorych na POChP.
3. W badanej grupie chorych nie wykazano istotnego wpływu czynników socjo-medycznych na poziom samoopieki.



PIŚMIENNICTWO

1. Niżankowska-Mogilnicka E, Zieliński J, Małolepszy J, Pirożyński M, Roszkowski K. Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Medycyna Praktyczna* 2001, 5 (123), 7.
2. Górajek-Jóźwik J. Samoopieka [W]: Widomska-Czekajka T., Górajek-Jóźwik J. (red.). *Encyklopedia dla pielęgniarek i położnych*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2010, 3, 843.
3. Kochman M. Założenia teoretyczne D. Orem a praktyczna możliwości sprawowania samoopieki (na przykładzie pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc). *Akademia Medyczna. Lublin* 2008. Maszynopis pracy magisterskiej.
4. Trojanowska A, Emeryk A. Rola edukacji zdrowotnej w podnoszeniu jakości życia dzieci chorych na astmę oskrzelową. *Pielęgniarstwo XXI Wieku*, 1(9)2005.
5. Wrońska I, Kurowska K. Przewlekła choroba a zmiana zachowań zdrowotnych. *Pielęgniarstwo XXI Wieku*, 1(9)2005.
6. Adamczyk K. Samoopieka w wybranych modelach opieki w eksperymencie pielęgniarskim, *Rozprawa habilitacyjna*. Akademia Medyczna Lublin 2000.
7. Bruś I. Jakość życia pacjentów z chorobą przewlekłą. *Zdrowie Publiczne*. 1999, CIX, 11.
8. Tottoń J. Naukowe przesłanki samoopieki przewlekłe chorych: edukacja medyczna jako nowa forma opieki-w świetle własnych obserwacji. *Polski Tygodnik Lekarski*, 1996. T.LI Nr1-5.
9. Rykis W, Wojnowska-Dawiskiba H. Przygotowanie chorego z cukrzycą do samoopieki według modelu Doroty Orem w opinii pacjentów. *Polska Medycyna Rodzinna* 2004, 6, 1: 174-176.

Self-care in activities undertaken by patients with COPD on behalf of health

Abstract

Introduction. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a progressive disease. The symptoms which occur at its onset are often ignored by patients, and what makes a patient seek professional medical help is exertional dyspnea which occurs in the advanced stage of the disease.

Objective. The aim of the study is defining the relationship between self-care activities undertaken by patients with COPD at home and in hospital and factors responsible for this condition.

Material and methods. The study was carried out in 2008 in one of the hospitals in the Rzeszów Region. It was voluntary and covered 110 patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Diagnostic survey was used in the form of a non-standardized questionnaire designed by the author, based on the present state of knowledge and own many-years experiences in work with this category of patients.

Results. As a result of the conducted statistical analysis, several crucial differences were found between self-care at home (68.80 scores) and in hospital (71.45 scores) ($Z=12.86$; $p<0.01$). Statistically significant differences were observed in the amount of problems the respondents had to cope with at home, compared to those in hospital. It was noted that patients who used information concerning how to live with the disease provided by the physicians or nurses had had a significantly level of the self care (72.64 scores), compared to those who obtained information from other sources (66.93 scores), the difference being statistically significant ($p=0.02$).

Conclusions: 1) Strong motivation of patients with COPD exerts a significance effect on their level of self-care. 2) Hospitalisation and obtaining information concerning their illness from medical staff (doctors, nurses) has a significant effect on the level of self-care in COPD patients. 3) In the examined group of patients, the effect of socio-medical factors on the level of self-care was insignificant.

Key words

chronic obstructive pulmonary disease, self-care, health



ZTP-MK/1/2008

KWESTIONARIUSZ ANKIETY

Szanowna Pani, Szanowny Panie,

Prowadzone badania mają charakter anonimowy, a ich wyniki mogą posłużyć do optymalizacji opieki. Celem jest uzyskanie odpowiedzi na pytanie: Czy teoria samoopieki znajduje zastosowanie i w jakim stopniu jest realizowana w podejmowanych przez pacjentów działaniach samoopiekuńczych?

Bardzo proszę o szczere odpowiedzi i dokładne wypełnienie poniższego kwestionariusza.

Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź, wstawiając znak „x”.

1. Płeć: kobieta mężczyzna
2. Wiek (w latach):
3. Stan cywilny: mężatka/żonaty wolny
4. Miejsce zamieszkania:
 wieś/osada małe miasto do 20 tys. mieszkańców miasto powyżej 20 tys. mieszkańców
5. Wykształcenie: niepełne podstawowe zawodowe podstawowe średnie wyższe
6. Aktywność zawodowa: czynny bierny
7. Źródło utrzymania: stałe okresowe brak
8. Ogólna liczba osób zamieszkująca z Panem/ią pod tzw. „wspólnym dachem” (w przypadku, gdy jest Pan/i osobą samotną wpisać: 0)
9. Proszę podać liczbę osób, spośród tych z którymi Pan/i mieszka, na pomoc których może Pan/i liczyć:

Liczba osób	Odpowiedzi		
	Zawsze	Często	Rzadko

10. Jak długo choruje Pan/i z powodu schorzeń układu oddechowego? (proszę podać w latach lub miesiącach)
11. Jak doszło do rozpoznania choroby, z powodu której jest Pan/i obecnie w szpitalu?
 z własnej inicjatywy (sam/a poszukiwałem/am pomocy lekarskiej) z inicjatywy innych osób
- 11.1. Jeśli tak, proszę podać:
12. Czy od momentu rozpoznania choroby układu oddechowego utrzymuje Pan/i stały kontakt z lekarzem?
 zdecydowanie Tak raczej Nie raczej Tak zdecydowanie Nie
13. Ile razy był/a Pan/i w szpitalu z powodu schorzeń układu oddechowego?
 jestem pierwszy raz 2-5 razy 6 i więcej
14. Ile dni przebywa Pan/i w szpitalu (proszę podać)
15. W jakim trybie został Pan/i przyjęty/a do szpitala?
 nagłym planowym inne możliwości (proszę podać).....
16. Czy ma Pan/i jakieś problemy zdrowotne niezależnie od choroby układu oddechowego, dotyczące?:

Problemy zdrowotne dotyczące:	Odpowiedzi				
	Bardzo duże	Duże	Małe	Bardzo małe	Brak
wzroku					
słuchu					
kręgosłupa (np. bóle)					
niedowład(czego?					
równowagi chodzenia					
myślenia					
zapamiętywania					
inne (jakie?					



17. Czy rozpoznanie choroby układu oddechowego nastąpiło w okresie, kiedy był/a Pan/i czynny zawodowo?
 Tak Nie
18. Czy choroba wpłynęła na wykonywaną przez Pana/ią pracę zawodową?
 zdecydowanie Tak raczej Nie nie dotyczy raczej Tak zdecydowanie Nie (byłem/am już na emeryturze)
19. Czy choroba wpłynęła na Pana/i życie rodzinne (kontakty z najbliższą rodziną)?
 zdecydowanie Tak raczej Nie nie mam zdania raczej Tak zdecydowanie Nie
20. Czy choroba wpłynęła na Pan/i życie towarzyskie (kontakty ze znajomymi)?
 zdecydowanie Tak raczej Nie nie mam zdania raczej Tak zdecydowanie Nie
21. Czy pali Pan/i papierosy?
 Tak Nie
 Jeśli tak, to proszę podać, ile sztuk w ciągu dnia.....
22. Czy palił Pan/i papierosy w przeszłości?
 Tak Nie
- 22.1. Jeśli tak, to proszę podać, co spowodowało, że przestał Pan/i palić?:

Przyczyny zaprzestania palenia	Odpowiedzi				
	Zdecydowanie Tak	Raczej Tak	Raczej Nie	Zdecydowanie Nie	Nie mam zdania
rozpoznanie choroby układu oddechowego					
złe samopoczucie (ogólnie)					
poranny kaszel i odpluwanie wydzieliny					
względy finansowe					
własna silna motywacja					
wpływ przyjaciół, znajomych					
wpływ rodziny					
względy religijne					
informacje w radiu, TV, itd.					
obawa przed nowotworami					
inne (proszę podać)					

23. Proszę wskazać, które z tzw. codziennych działań (czynności) wykonywał Pan/i samodzielnie w domu?

Wykonywane czynności	Odpowiedzi			
	Zawsze	Często	Rzadko	Nigdy
Sprzątanie (wokół siebie)				
Przygotowanie posiłków (dla siebie)				
Przygotowanie napojów (np. herbata, kawa)				
Zaspokajanie własnych potrzeb fizjologicznych (np. korzystanie z toalety)				
Mycie się				
Kąpiel całego ciała				
Ubieranie się				
Słanie łóżka				
Chodzenie po zakupy, na spacer				
Wykonywanie drobnych prace				
Organizowanie sobie czasu wolnego (np. hobby, oglądanie TV, czytanie itp.)				
Spotykanie się z rodziną				
Spotykanie się z sąsiadami, znajomymi.				
Chodzenie do gabinetu lekarskiego				
Chodzenie do gabinetu (punktu) pielęgniarskiego				



Wykonywane czynności	Odpowiedzi			
	Zawsze	Często	Rzadko	Nigdy
Chodzenie po poradę do innych (np. rehabilitanta)				
Prowadzenie gimnastyki oddechowej				
Stosowanie leków w podręcznych inhalatorach				
Stosowanie leków w nebulizacji				
Unikanie narażenia na infekcje				
Unikanie narażenia na dym tytoniowy				
Stosowanie ćwiczeń ruchowych (dla poprawienia sprawności)				
Szukanie informacji na temat choroby (ulotki, broszury, książki, Internet)				
Kontaktowanie się (spotykanie się) z osobami z podobnymi problemami zdrowotnymi				

24. Proszę wskazać, które z tzw. codziennych działań (czynności) wykonuje Pan/i samodzielnie w szpitalu?

Wykonywane czynności	Odpowiedzi			
	Zawsze	Często	Rzadko	Nigdy
Sprzątanie (wokół siebie)				
Przygotowanie posiłków (dla siebie)				
Przygotowanie napojów (np. herbata, kawa)				
Zaspokajanie własnych potrzeb fizjologicznych (np. korzystanie z toalety)				
Mycie się				
Kąpiel całego ciała				
Ubieranie się				
Słanie łóżka				
Wychodzenie poza oddział (np. do kaplicy, do sklepiku, na spacer wokół szpitala)				
Wykonywanie drobnych prac na rzecz innych pacjentów				
Organizowanie sobie czasu wolnego (np. hobby, oglądanie TV, czytanie, itp.)				
Spotykanie się z rodziną				
Spotykanie się z sąsiadami, znajomymi.				
Chodzenie do gabinetu lekarskiego				
Chodzenie do gabinetu (punktu) pielęgniarskiego				
Chodzenie po poradę do innych (np. rehabilitanta)				
Prowadzenie gimnastyki oddechowej				
Stosowanie leków w podręcznych inhalatorach				
Stosowanie leków w nebulizacji				
Unikanie narażenia na infekcje				
Unikanie narażenia na dym tytoniowy				
Stosowanie ćwiczeń ruchowych (dla poprawienia sprawności)				
Szukanie informacji na temat choroby (ulotki, broszury, książki, Internet)				
Kontaktowanie się (spotykanie się) z osobami z podobnymi problemami zdrowotnymi				

25. Jak postępuje Pan/i w domu, gdy pojawiają się takie problemy jak:
(proszę wstawić znak: X przy wybranej odpowiedzi; można zaznaczyć w kilku miejscach)

* Proszę krótko opisać, jaki jest to problem.



Stan zdrowia	Działania			
	Radzę sobie sam	Korzystam z pomocy:		
Lekarza		Pielęgniarki	Rodziny, innych osób	
Problemy/trudności:				
zaczyna się duszność				
duszność nasila się				
są trudności z odkrztuszaniem wydzieliny				
pojawia się gorączka				
nasila się kaszel				
dochodzi do pogorszenia samopoczucia				
trzeba zerwać z nałogiem tytoniowym				
trzeba kontrolować odżywianie się (co, w jakich ilościach?)				
trzeba unikać przeziębień				
trzeba wzmacniać organizm (podać się szczepieniom przeciw grypie)				
trzeba stosować ćwiczenia ruchowe (dla poprawienia sprawności organizmu)				
trzeba korzystać z podręcznego inhalatora				
trzeba usprawniać układ oddechowy				
trzeba prowadzić obserwację aktualnego stanu zdrowia (objawy choroby)				
trzeba poszerzać wiedzę na temat choroby, życia z nią)				
trzeba szukać pomocy psychicznej (wsparcia emocjonalnego)				
trzeba szukać pomocy społecznej (np. grup samopomocowych, klubu pacjentów z POChP)				

26. Jak postępuje Pan/i w szpitalu, gdy pojawiają się takie problemy jak:
(proszę wstawić znak: X, przy wybranej odpowiedzi, można zaznaczyć w kilku miejscach).

* Proszę krótko opisać, jaki jest to problem.

Stan zdrowia	Działania			
	Radzę sobie sam	Korzystam z pomocy:		
Lekarza		Pielęgniarki	Rodziny, innych osób	
Problemy/trudności:				
zaczyna się duszność				
duszność nasila się				
są trudności z odkrztuszaniem wydzieliny				
pojawia się gorączka				
nasila się kaszel				
dochodzi do pogorszenia samopoczucia				
trzeba zerwać z nałogiem tytoniowym				
trzeba kontrolować odżywianie się (co, w jakich ilościach?)				
trzeba unikać przeziębień				
trzeba wzmacniać organizm (podać się szczepieniom przeciw grypie)				
trzeba stosować ćwiczenia ruchowe (dla poprawienia sprawności organizmu)				



Stan zdrowia	Działania				
	Radzę sobie sam	Korzystam z pomocy:			Nie podejmuję żadnych działań*
Lekarza		Pielęgniarki	Rodziny, innych osób		
Problemy/trudności:					
trzeba korzystać z podręcznego inhalatora					
trzeba usprawniać układ oddechowy					
trzeba prowadzić obserwację aktualnego stanu zdrowia (objawy choroby)					
trzeba poszerzać wiedzę na temat choroby, życia z nią)					
trzeba szukać pomocy psychicznej (wsparcia emocjonalnego)					
trzeba szukać pomocy społecznej (np. grup samopomocowych, klubu pacjentów z POChP)					

27. Czy radzi Pan/i sobie w takich działaniach (czynnościach) bezpośrednio związanych ze zdrowiem jak np.:

Działania (czynności) związane ze zdrowiem	Odpowiedzi				
	Zdecydowanie TAK	Raczej TAK	Zdecydowanie NIE	Raczej Nie	Nie mam zdania
dawkowanie leków wziewnych (ilość wdechów w czasie inhalacji)					
przygotowywanie się do nebulizacji (siebie, zestawu, leków)					
korzystanie z podręcznego inhalatora (zasady wdychania leku)					
stosowanie ćwiczeń oddechowych (ile, jakie, kiedy?)					
stosowanie ćwiczeń usprawniających układ oddechowy (ile, jakie, kiedy?)					
stosowanie ćwiczeń ruchowych dla poprawienia sprawności organizmu (ile razy, jakie, kiedy?)					
obserwowania samego siebie (ile razy, jak, kiedy?)					

28. Kto w czasie pobytu w szpitalu (obecnego, poprzednich) pomagał Panu/i w zdobywaniu wiedzy i umiejętności dotyczących:

Czynności	Osoby				
	JA sam/a	Lekarz	Pielęgniarka	Inny pacjent (były pacjent)	Inna osoba (kto?, proszę wpisać)
dawkowania leków wziewnych (ilość wdechów w czasie inhalacji)					
przygotowywania się do nebulizacji (siebie samego, zestawu, leków)					
korzystania z podręcznego inhalatora (zasady wdychania leku)					
łagodzenia dolegliwości związanych z odkrztuszaniem wydzieliny					
stosowania ćwiczeń usprawniających układ oddechowy (ile, jakie, kiedy?)					
stosowania ćwiczeń ruchowych dla poprawienia sprawności organizmu (ile razy, jakie, kiedy?)					
postępowania podczas nasilenia się duszności					
obserwowania samego siebie (ile razy, jak, kiedy?)					
szukania informacji na temat choroby (ulotki, broszury, książki, Internet)					
szukania pomocy emocjonalnej					
szukania pomocy społecznej (np. grup samopomocowych, klubu pacjentów z POChP)					



29. Kto w domu pomagał Panu/i w zdobywaniu wiedzy i umiejętności dotyczących:

Czynności	Osoby				
	JA aam/a	Lekarz	Pielę- gniarka	Inny pacjent (były pacjent)	Inna osoba (kto?, pro- szę wpisać)
dawkowania leków wziewnych (ilość wdechów w czasie inhalacji)					
przygotowywania się do nebulizacji siebie samego, zestawu, leków)					
korzystania z podręcznego inhalatora (zasady wdychania leku)					
łagodzenia dolegliwości związanych z odkrztuszaniem wydzieliny					
stosowania ćwiczeń usprawniających układ oddechowy (ile, jakie, kiedy?)					
stosowania ćwiczeń ruchowych dla poprawienia sprawności organi- zmu (ile razy, jakie, kiedy?)					
postępowania podczas nasilenia się duszności					
obserwowania samego siebie (ile razy, jak, kiedy?)					
szukania informacji na temat choroby (ulotki, broszury, książki, Internet)					
szukania pomocy emocjonalnej					
szukania pomocy społecznej (np. grup samopomocowych, klubu pacjentów z POChP)					

30. Skąd czerpie Pan/i informacje na temat tego, jak żyć z chorobą? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi):

„Źródło” informacji	Odpowiedzi			
	Zdecydowanie TAK	Raczej TAK	Raczej NIE	Zdecydowanie Nie
pielęgniarka				
lekarz				
rodzina najbliższa				
rodzina dalsza				
znajomi, koledzy, koleżanki				
pacjenci (w tym byli pacjenci)				
środki przekazu (radio, TV, prasa)				
„uzdrowiciele”, „znachorzy”				
książki, broszury				
Internet				
inne (podać, jakie)				
.....				

31. Proszę napisać, co stanowi dla Pana/i największe osiągnięcie w „zmaganiu się z chorobą”:

32. Z czym radzi sobie Pan/i pomimo choroby?:

Serdecznie dziękuję za udzielenie odpowiedzi.

