ISBN 978-83-936923-8-5

CZŁOWIEK W ZDROWIU I CHOROBIE – PROMOCJA ZDROWIA, LECZENIE I REHABILITACJA

PAŃSTWOWA WYŻSZA SZKOŁA ZAWODOWA w TARNOWIE

CZŁOWIEK W ZDROWIU I CHOROBIE
PROMOCJA ZDROWIA
LECZENIE I REHABILITACJA

pod redakcją Ryszarda Żarowa

INSTYTUT OCHRONY ZDROWIA

Małgorzata Kochman[1 2], Dorota Lizak[3]

[1]Podkarpackie Centrum Chorób Płuc w Rzeszowie
[2]Uniwersytet Rzeszowski Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Nauk o Zdrowiu
[3]Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Promocji Zdrowia

Udział profesjonalistów i nieprofesjonalistów w działaniach samoopiekuńczych związanych bezpośrednio ze zdrowiem pacjentów z POChP

Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc (POChP) należy do najczęściej występujących przewlekłych i postępujących chorób układu oddechowego. 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. Udział profesjonalistów zajmuje bardzo ważne miejsce w postępowaniu z chorym na ciężkie choroby układu oddechowego.

Celem pracy jest określenie zakresu działań samoopiekuńczych podejmowanych przez pacjentów z POChP w domu i w szpitalu oraz czynników warunkujących ten stan (udział profesjonalistów i nieprofesjonalistów).

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 kwestionariusz ankiety. Przy jego tworzeniu wykorzystano dotychczasowy stan wiedzy oraz własne, wieloletnie doświadczenia w pracy z taką grupą chorych.

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).

1. Własna aktywność pacjentów z POChP skierowana na zdrowie przejawia się w podejmowanych przez nich działaniach bezpośrednio związanych z ich stanem zdrowia.
2. Na działania samoopiekuńcze pacjentów z POChP wywierają istotny wpływ osoby z ich najbliższego otoczenia (profesjonaliści i nieprofesjonaliści) a w szczególności oni sami.

Słowa kluczowe: POChP, samoopieka, zdrowie

The participation of the professionals and the non-professionals in self care activities related directly to the health of COPD patients.

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is one of most common and a progressive disease of the respiratory system. The symptoms which occur first are often ignored by patients and what makes a patient look for professional medical help is exertional dyspnea which occurs in the advanced stage of the disease. The participation the professionals is very important part of the treatment of severe diseases of airway tract.

The aim of the study is defining the scope of the self care actions taken by patients with COPD at home and at hospital as well as factors responsible for this condition (the The studies were carried out in 2008 in one of the hospitals in podkarpacie participation the professionals and the non-professionals).

They were voluntary and 110 patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease participated in them. Diagnostic survey was used in the form of unstandardized questionnaire of my own authorship. In the process of preparing the questionnaire my previous knowledge as well as my experience of having worked for many years with this category of patients have been used.

It has been stated that the patients who used information about how to live with the disease received from their doctors or nurses had indeed higher level of the self care. (72,64 p.) in comparison to those who got the information on this subject from other sources. (66,93 p.). This difference was statistically significant (p=0,02).

1. Activity of the Chronic Obstructive Pulmonary Disease patients directed to their health is manifested in their activities connected directly to their state of health.

2. The self care activities of the Chronic Obstructive Pulmonary Disease patients are influenced strongly by people from their immediate surroundings (both the professionals and the non-professionals) but above all themselves.

Key words: COPD, self care, health

Wstęp

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), zajmując czwarte miejsce wśród przyczyn zgonów na świecie, stanowi poważny problem zdrowia publicznego (Niżankowska-Mogilnicka i wsp.,2001). Ogólnoświatowe współdziałanie osób odpowiedzialnych za opiekę i politykę zdrowotną w tym zakresie**,** a szczególnie zwiększenie zainteresowań badawczych tą chorobą poprzez zwiększenie świadomości wśród społeczeństwa oraz zmniejszenie chorobowości i umieralności poprzez rozpoznawanie, leczenie i prewencję POChP

stało się celem Światowej Inicjatywy Zwalczania Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (GOLD). Realizacja wyznaczonych celów znajduje odzwierciedlenie w profesjonalnej działalności zawodowej pielęgniarki rozumianej jako „pomaganie (pomaganie w pielęgnowaniu), towarzyszenie człowiekowi w zdrowiu, chorobie, niepełnej sprawności, kształtowanie umiejętności samoopiekuńczych (samopielęgnacyjnych) w celu utrzymania komfortu życia codziennego, a jeśli nie jest to możliwe, to do życia w cierpieniu i (lub) z chorobą" (Górajek-Jóźwik,2002,s.46). Pojęcie „samoopieka" zostało wprowadzone po raz pierwszy przez D. Orem, w odpowiedzi na pytanie: „Co decyduje o tym, że człowiek wymaga pomocy innych ludzi, w tym opieki pielęgniarskiej?"(Płaszewska-Żywko, 2004,s.134). Według D. Orem kryterium różnicującym w świadczeniu pomocy przez pielęgniarkę jest zakres samodzielności pacjenta, zaś rolą pielęgniarki jest pomaganie w pielęgnowaniu tym, którzy realizują swe własne potrzeby samoopiekuńcze (Szewczyk i wsp.,2005,s.84-85).

Materiał i metody

Celem pracy było uzyskanie odpowiedzi na pytanie: „Jaki jest udział profesjonalistów i nieprofesjonalistów w działaniach samoopiekiekuńczych związanych bezpośrednio ze zdrowiem pacjentów z POChP?"

Miejscem, w którym przeprowadzono badania (trwające w okresie od 01.05.2008r. do 30.05.2008r.) był specjalistyczny szpital akredytowany w Rzeszowie. Przeprowadzone badania miały charakter anonimowy, po uzyskaniu dobrowolnej zgody respondenta. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Badaniami objęto grupę 110 chorych z rozpoznaną przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP). Przeważającą część 76,4% badanych stanowili mężczyźni, zaś 23,6% kobiety. Średnia wieku w badanej grupie wyniosła 57,98 ± 10,27 lat (zakres od 41-87). Większość (81,8%) ankietowanych stanowiły mężatki i żonaci, zaś 18,2% osoby stanu wolnego. Pod względem miejsca zamieszkania najliczniejszą grupą byli mieszkańcy wsi (56,4%). Wśród ankietowanych przeważali chorzy z wykształceniem podstawowym (36,4 %), zaś z wykształceniem zawodowym była to grupa stanowiąca 20,9% badanych. Osoby z wykształceniem średnim stanowiły 31,8% ankietowanych, zaś z wyższym tylko10,9%. Wśród badanych 64,5% stanowiły osoby bierne zawodowo, natomiast 35,5% pracujące. Respondenci chorowali na schorzenia układu oddechowego średnio 5,31 ± 5,42 lat. Wśród badanych do roku czasu chorowało 28,2% ankietowanych, od 2 do 5 lat 37,3% i powyżej 5 lat 34,5% . W trakcie przeprowadzanych badań ankietowani przebywali w szpitalu średnio 12,26 ± 5,75 dni.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej i odchylenia standardowego a dla niemierzalnych przy pomocy liczności 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. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia zależności między badanymi cechami użyto testu niezależności χ^2. Przyjęto poziom istotności $p<0,05$ wskazujący na ist-

nienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 10.0 (StatSoft, Polska).

Wyniki

Podczas pobytu w szpitalu (zaostrzenie objawów POChP), przeważająca część chorych podała, że radzi sobie w podejmowanych działaniach związanych ze zdrowiem: umiarkowanie samodzielni (60,9%), osoby całkowicie samodzielne (29,1%) natomiast 10,0% stanowiły osoby mało samodzielne. Nie stwierdzono istotnego związku pomiędzy stopniem radzenia sobie w działaniach dotyczących bezpośrednio zdrowia a płcią (p=0,76), wiekiem (p=0,74), stanem cywilnym (p=0,82), poziomem wykształcenia (p=0,89) oraz liczbą osób wspierających (p=0,82).Oznacza to, że w badanej grupie chorych zmienne demograficzne nie miały istotnego wpływu na zachowania samoopiekuńcze. Nie wykazano także istotnego związku pomiędzy samoopieką, a czynnikami medycznymi tj.: liczba pobytów w szpitalu (p=0,99), sposoby radzenia sobie z nałogiem palenia (p=0,19), źródła informacji na temat choroby (p=0,87). Stwierdzono natomiast, że osoby, które podały, że korzystały z informacji udzielanych przez lekarza lub pielęgniarkę na temat jak radzić sobie z konkretnymi problemami zdrowotnymi, miały istotnie lepszy poziom samoopieki (72,64pkt.) w porównaniu z chorymi, którzy podali że czerpali informacje z innych źródeł (66,93pkt.). Różnica ta była istotna statystycznie (p=0,02), co przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Poziom samodzielności w samoopiece pacjentów z POChP z uwzględnieniem źródeł informacji na temat jak żyć z chorobą.

Źródła informacji	średnia	odch.std.
Lekarz, pielęgniarka	**72,64**	**9,76**
Inne	**66,93**	**6,50**
Analiza statystyczna: Z= -2,40; p=0,02*		

Podejmując próbę uzyskania odpowiedzi na pytanie: **„**Co wpływa na działania samoopiekiekuńcze pacjentów z POChP podczas pobytu w szpitalu?" stwierdzono, że jest to aktywny udział profesjonalistów (lekarz, pielęgniarka). Z badań wiadomo, że przeważająca część chorych uważa, że radzi sobie w działaniach samoopiekuńczych. Przemawia to na korzyść aktywności pacjentów z POChP skierowanej na własne zdrowie i samopoczucie.

Radzenie sobie w działaniach bezpośrednio związanych ze zdrowiem

Ponad połowa respondentów (51,8%) na pytanie dotyczące korzystania z podręcznego inhalatora odpowiedziało, że *zdecydowanie tak* radzi sobie, natomiast, że *raczej tak* radzi sobie w działaniach dotyczących: obserwowania samego siebie (50,9%), stosowania ćwiczeń ruchowych (49,1%), stosowania ćwiczeń oddechowych (43,7%) i ćwiczeń usprawniających cały układ oddechowy (46,4%). Wyniki badań przedstawiono w tabeli 2.

Występowanie zależności pomiędzy osobami pomagającymi a miejscem pobytu pacjenta

Przeprowadzone badanie wykazało występowanie istotnej statystycznie zależności (p<0,001) pomiędzy osobami pomagającymi w zdobywaniu wiedzy i umiejętności z zakresu: dawkowania leków wziewnych, przygotowania się do nebulizacji i umiejętności z zakresu łagodzenia dolegliwości związanych z odkrztuszaniem wydzieliny, stosowania ćwiczeń ruchowych dla poprawienia sprawności organizmu, postępowania podczas nasilenia się duszności a miejscem pobytu pacjenta (dom, szpital). Powyższe dane zestawiono w tabeli 3.

Tabela 2. Radzenie sobie pacjentów z POChP w działaniach bezpośrednio związanych ze zdrowiem.

Działania związane ze zdrowiem	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Zdecydowanie nie	Raczej nie	Nie mam zdania
	%	%	%	%	%
Dawkowanie leków wziewnych (ilość wdechów w czasie inhalacji)	38,2	29,1	4,5	6,4	21,8
Przygotowanie się do nebulizacji	38,2	40,9	2,7	5,5	12,7
Korzystanie z podręcznego inhalatorka	51,8	30,0	1,8	4,6	11,8
Stosowanie ćwiczeń oddechowych	22,7	43,7	2,7	10,0	20,9
Stosowanie ćwiczeń usprawniających układ oddechowych	17,3	46,4	3,6	10,9	21,8
Stosowanie ćwiczeń ruchowych dla poprawienia sprawności organizmu	28,2	49,1	2,7	5,5	14,5
Obserwowanie samego siebie	36,4	50,9	0,9	3,6	8,2

Tabela 3. Występowanie zależności pomiędzy osobami pomagającymi a miejscem pobytu pacjenta z POChP.

Dawkowanie leków wziewnych (ilość wdechów w czasie inhalacji)	**Szpital**	**Dom**
	%	**%**
Sam	15,5	40,0
Lekarz lub pielęgniarka	83,6	56,4
Inny pacjent lub inna osoba	0,9	3,6
Test niezależności χ^2	**19,59 p<0,001**	
Przygotowanie się do nebulizacji	**Szpital**	**Dom**
	%	**%**
Sam	9,1	34,5
Lekarz lub pielęgniarka	87,3	49,1
Inny pacjent lub inna osoba	3,6	16,4
Test niezależności χ^2	**37,00 p<0,001**	
Łagodzenie dolegliwości związanych z odkrztuszaniem wydzieliny	**Szpital**	**Dom**
	%	**%**
Sam	18,2	69,1
Lekarz lub pielęgniarka	80,0	26,4
Inny pacjent lub inna osoba	1,8	4,5
Test niezależności χ^2	**63,70 p<0,001**	
Stosowanie ćwiczeń ruchowych dla poprawienia sprawności organizmu	**Szpital**	**Dom**
	%	**%**
Sam	18,2	51,8
Lekarz lub pielęgniarka	40,0	36,4
Inny pacjent lub inna osoba	41,8	11,8
Test niezależności χ^2	**36,43 p<0,001**	
Postępowanie podczas nasilenia się duszności	**Szpital**	**Dom**
	%	**%**
Sam	10,0	37,3
Lekarz lub pielęgniarka	90,0	57,3
Inny pacjent lub inna osoba	2,7	5,5
Test niezależności χ^2	**26,27 p<0,001**	

Wykazano występowanie istotnej statystycznie zależności (p=0,003) pomiędzy osobami pomagającymi w zdobywaniu wiedzy i umiejętności z zakresu korzystania z podręcznego inhalatora a miejscem pobytu pacjenta. Wykazano również występowanie istotnej zależności pomiędzy osobami pomagającymi w zdobywaniu wiedzy i umiejętności z zakresu stosowania ćwiczeń usprawniających układ oddechowy (p=0,001), pomagającymi

w zdobywaniu wiedzy i umiejętności z zakresu obserwowania samego siebie (p=0,049), z zakresu szukania informacji na temat choroby (p=0,006) oraz pomiędzy osobami pomagającymi w zdobywaniu wiedzy i umiejętności z zakresu szukania pomocy edukacyjnej (p=0,023) a miejscem pobytu pacjenta (Tabela 3 a).

Tabela 3 a. Występowanie zależności pomiędzy osobami pomagającymi a miejscem pobytu pacjenta z POChP.

Korzystanie z podręcznego inhalatorka	**Szpital**	**Dom**
	%	**%**
Sam	26,4	44,5
Lekarz lub pielęgniarka	70,0	47,3
Inny pacjent lub inna osoba	3,6	8,2
Test niezależności χ^2	**11,90 p=0,003**	
Stosowanie ćwiczeń usprawniających układ oddechowy	**Szpital**	**Dom**
	%	**%**
Sam	12,7	32,7
Lekarz lub pielęgniarka	48,2	45,5
Inny pacjent lub inna osoba	39,1	21,8
Test niezależności χ^2	**15,16 p=0,001**	
Obserwowanie samego siebie	**Szpital**	**Dom**
	%	**%**
Sam	49,1	65,5
Lekarz lub pielęgniarka	45,5	30,9
Inny pacjent lub inna osoba	5,5	3,6
Test niezależności χ^2	**6,02 p=0,049**	
Szukanie informacji na temat choroby	**Szpital**	**Dom**
	%	**%**
Sam	51,8	68,2
Lekarz lub pielęgniarka	40,9	20,9
Inny pacjent lub inna osoba	7,3	10,9
Test niezależności χ^2	**10,37 p=0,006**	
Szukanie pomocy edukacyjnej	**Szpital**	**Dom**
	%	**%**
Sam	32,7	50,9
Lekarz lub pielęgniarka	30,0	20,9
Inny pacjent lub inna osoba	37,3	28,2
Test niezależności χ^2	**7,52 p=0,023**	

Przeprowadzone badanie nie udowodniło występowania istotnej statystycznie zależności (p=0,598) pomiędzy osobami pomagającymi w zdobywaniu wiedzy i umiejętności z zakresu szukania pomocy społecznej a miejscem pobytu pacjenta (Tabela 3 b).

Tabela 3 b. Występowanie zależności pomiędzy osobami pomagającymi a miejscem pobytu pacjenta z POChP.

Szukanie pomocy społecznej	Szpital	Dom
	%	%
Sam	30,9	37,3
Lekarz lub pielęgniarka	4,5	3,6
Inny pacjent lub inna osoba	64,5	59,1
Test niezależności χ^2	**1,03 p=0,598**	

Dyskusja

Z przeprowadzonych badań wynika (w ujęciu całościowym), że 80,9 % respondentów radzi sobie w podejmowanych działaniach związanych z ich stanem zdrowia. Nie stwierdzono istotnego związku pomiędzy stopniem radzenia sobie w działaniach dotyczących zdrowia a płcią (p=0,76), wiekiem (0,74), stanem cywilnym (p=0,82), poziomem wykształcenia (p=0,89) oraz liczbą osób wspierających (p=0,82). W badanej grupie chorych zmienne demograficzne nie wywierają istotnego wpływu na zachowania pacjentów z POChP, związane ich stanem zdrowia. Nie wykazano także istotnego związku pomiędzy samoopieką, a czynnikami medycznymi tj.: liczbą pobytów w szpitalu (p=0,99), sposobami radzenia sobie z nałogiem palenia (p=0,19), źródłami informacji na temat choroby (p=0,87). Wykazano występowanie istotnej statystycznie zależności (p<0,001) pomiędzy osobami pomagającymi w zdobywaniu wiedzy i umiejętności z zakresu: dawkowania leków wziewnych, przygotowania się do nebulizacji, łagodzenia dolegliwości związanych z odkrztuszaniem wydzieliny, stosowania ćwiczeń ruchowych dla poprawienia sprawności organizmu, postępowania podczas nasilenia się duszności a miejscem pobytu pacjenta (dom, szpital).

W czasie pobytu w szpitalu w zdobywaniu wiedzy i umiejętności pomagali ankietowanym w przeważającej większości profesjonaliści: lekarz i pielęgniarka. Udział ich stanowił około 80% - 90% i dotyczył przekazywania informacji na temat: dawkowania leków wziewnych, przygotowania się do nebulizacji, łagodzenia dolegliwości związanych z odkrztuszaniem wydzieliny, postępowania podczas nasilenia się duszności, natomiast był już znacznie mniejszy w usprawnianiu chorych, stosowaniu ćwiczeń ruchowych dla poprawienia sprawności organizmu (40%) i stosowaniu ćwiczeń usprawniających układ oddechowy (48,2%). W opinii ankietowanych udział profesjonalistów był także znaczący w środowisku domowym chorego, stanowił około 45,5% - 57,3% i dotyczył stosowania ćwiczeń usprawniających układ oddechowy, korzystanie z podręcznego inhalatora, postępowania podczas nasilenia się duszności, dawkowania leków wziewnych (ilość wdechów w czasie inhalacji), przygotowywania się do nebulizacji. Jednakże w środowisku domowym chore-

go, w dużej mierze przeważała własna aktywność pacjentów w podejmowaniu czynności samoopiekuńczych związanych ze zdrowiem, a wyrażała się w szczególności w szukaniu informacji na temat choroby, szukaniu pomocy społecznej, edukacyjnej, a także samoobserwacji, w postępowaniu podczas nasilenia się duszności, łagodzeniu dolegliwości związanych z odkrztuszaniem wydzieliny i w usprawnianiu, stosowaniu ćwiczeń ruchowych dla poprawienia sprawności organizmu. Należy zaznaczyć, że zarówno w szpitalu jak i w domu nieprofesjonaliści (inny pacjent czy osoba bliska) w przeważającej większości uczestniczyli w poszukiwaniu wsparcia edukacyjnego, pomocy społecznej co stanowiło 64,5% w szpitalu oraz 59,1% w domu. Natomiast udział profesjonalistów w tym zakresie, był bardzo niewielki i wynosił 4,5% w szpitalu oraz 3,6% w domu. W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że osoby, które korzystały z informacji na temat jak żyć z chorobą, udzielanych przez lekarza lub pielęgniarkę miały istotnie lepszy poziom samoopieki (72,64) w porównaniu do chorych, którzy czerpali informacje z innych źródeł (66,93), różnica ta była istotna statystycznie (p=0,02), co wydaje się mieć duże znaczenie. Jednocześnie w świetle uzyskanych wyników**,** pojawia się potrzeba zwiększenia oddziaływań edukacyjnych w zakresie usprawniania, stosowania ćwiczeń ruchowych, ogólnie wzmacniających dla poprawienia sprawności organizmu oraz ćwiczeń usprawniających układ oddechowy (wzmacniających mięśnie oddechowe). W pracy J. Lewczuka i współautorów wskazano na korzyści wynikające z prowadzenia rehabilitacji w tym zakresie, przejawiające się m.in. w poprawie tolerancji wysiłku i zmniejszeniu poczucia lęku, depresji (Lewczuk i wsp.1998).

Znane są również doniesienia na temat wpływu rehabilitacji oddechowej na poprawę jakości życia chorych na POChP (Kasibowska-Kuźniar i wsp., 2007). Udowodniono również zmniejszenie poczucia duszności chorych w umiarkowanej i ciężkiej postaci POChP po stosowaniu półrocznego cyklu kinezyterapii oddechowej (Osiadło, Dzierżęga, 2007). Należy dodać, że według zaleceń Amerykańskiego Stowarzyszenia Rehabilitacji Kardiologicznej i Pulmonologicznej w chorobach układu oddechowego, realizowane są programy rehabilitacji oddechowej, których celem jest m.in. poprawa w zakresie samoobsługi chorych**,** a tym samym poprawa ich jakości życia (Franik i wsp., 2008). Włączenie edukacji zdrowotnej do całościowej opieki leczniczo-pielęgniarskiej wydaje się niezbędne i konieczne (Trojanowska, Emeryk, 2005). Według K. Kieczki**,** edukacja pacjenta powinna zajmować pierwsze miejsce w zmaganiu się z chorobą przed właściwym leczeniem, gdyż według niej**,** podawanie leków nie wyedukowanym pacjentom jest mało skuteczne (Kieczka, 2008). Tworzenie środowisk wspierających zdrowie, pozwala pacjentowi pokonywać trudności związane z chorobą (Brusk,1999). Natomiast kształtowanie zachowań prozdrowotnych przez profesjonalistów kształtuje pozytywną modyfikację zachowań zdrowotnych chorych przewlekle.(Wrońska, Kurowska, 2005). Należy również zaznaczyć**,** jak dużą rolę odgrywa przekaz informacji pomiędzy zespołem terapeutycznym a pacjentem. V**.** Kochańska uważa, że wpływa on na świadomy udział chorego w procesie leczniczo-pielęgnacyjnym i jest jednocześnie niezbędnym elementem psychoterapeutycznym**,** a nie jedynie źródłem

informacji o chorobie (Kochańska, 2005). Badania M. Motyki i J**.** Surmackiej wskazują na rosnące oczekiwania pacjentów na wsparcie informacyjne (Motyka, Surmacka, 2005), co potwierdzają również wyniki otrzymanych badań prowadzonych wśród pacjentów hospitalizowanych z powodu POChP. Dlatego zwiększenie oddziaływań edukacyjnych personelu medycznego i nieprofesjonalistów (inny pacjent, osoby z najbliższego otoczenia) w celu wzmocnienia pozytywnych zachowań zdrowotnych pacjentów hospitalizowanych z powodu POChP, wydaje się być priorytetowe.

Wnioski

1. Własna aktywność pacjentów z POChP skierowana na zdrowie przejawia się w podejmowanych przez nich działaniach bezpośrednio związanych z ich stanem zdrowia.
2. Na działania samoopiekuńcze pacjentów z POChP wywierają istotny wpływ osoby z ich najbliższego otoczenia (profesjonaliści i nieprofesjonaliści), a w szczególności oni sami.

Piśmiennictwo

1. Bruśk I.1999. Jakość życia pacjentów z chorobą przewlekła. Zdrowie publiczne, CIX,11.
2. Franik M., Trzaska-Sobczak M., Pierzchała W. 2008. Kwalifikacja i ocena przebiegu rehabilitacji w chorobach układu oddechowego. Acta Balneologia, L, 2. str. 102-109.
3. Górajek-Jóźwik J. 2001, 2002. Pielęgniarstwo. (red) Ciechaniewicz. Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa., str. 46.
4. Kasibowska-Kuźniar K., Jankowska R., Kuźniar T.2007.Wpływ rehabilitacji oddechowej na jakość życia chorych na przewlekła obturacyjną chorobę płuc (POChP). Wiadomości Lekarskie, LX, 3-4, str. 158-161.
5. Kieczka K.2008.Edukacja chorych na astmę i przewlekła obturacyjną chorobę płuc. Pielęgniarstwo XXI Wieku nr 4(25), str. 61-63.
6. Kochańska V. 2005. Rola przekazu informacji pomiędzy zespołem terapeutycznym a pacjentem (na przykładzie Szpitala Zakonu Bonifratrów Św. Jana Grandego w Krakowie). Pielęgniarstwo XXI Wieku nr 4(13), str. 53-60.
7. Lewczuk J., Piszko P., Kowalska-Superlak M., Knap J. 1998. Rehabilitacja chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Fizjoterapia tom 6, nr 4, str. 3-7.
8. Motyka M., Surmacka J. 2005. Zapotrzebowanie na informacje o chorobie i przebiegu leczenia w opinii hosipalizowanych pacjentów. Pielęgniarstwo XXI Wieku nr 4 (13), str. 103-106.

9. Niżankowska-Mogilnicka E., Zieliński J., Małolepszy J., Pirożyński M., Roszkowski K. 2001. Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Medycyna Praktyczna, 5 (123).
10. Osiadło G.M., Dzierżęga J.E. 2007.Skuteczność kinezyterapii oddechowej w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. Wiadomości Lekarskie, LX, 9-10, str. 418-421.
11. Płaszewska-Żywko L. 2004. Wybrane teorie pielęgniarstwa. /w:/ Zahradniczek K.(red) : Pielęgniarstwo. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, str.134.
12. Szewczyk M.T., Cierzniakowska K., Ślusarz R., Cwajda J., Stodolska A. 2005. Modele opieki pielęgniarskiej. Przewodnik Lekarza, 2 (74)., str. 84-85.
13. Trojanowska A., Emeryk A. 2005. Rola edukacji zdrowotnej w podnoszeniu jakości życia dzieci chorych na astmę oskrzelową. Pielęgniarstwo XXI Wieku nr 1(9), str. 11-15.
14. Wrońska I., Kurowska K. 2005. Przewlekła choroba a zmiana zachowań zdrowotnych. Pielęgniarstwo XXI Wieku nr 1(9), str. 37-42.