

Ocena jakości życia chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP)

(The quality of life evaluation of the patients suffering from obstructive pulmonary disease)

M Zielińska¹, J Kowalik¹, W Uracz¹, Z Kopanski^{1,2}, F Furmanik¹

Streszczenie – Wstęp - Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) to zespół chorobowy charakteryzujący się postępującym i niecałkowicie odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Ocena wpływu POChP na funkcjonowanie fizyczne i psychospołeczne pacjentów była do tej pory przedmiotem nielicznych badań.

Materiał i metody: W badaniu ankietowym uczestniczyło 50 pacjentów z POChP jednego z warszawskich szpitali. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem ankiety. Pytania zawarte w kwestionariuszu miały zobrazować wpływ POChP na funkcjonowanie w sferze fizycznej, społecznej i psychicznej chorych.

Wyniki i wnioski: Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że POChP wywiera znacząco negatywny wpływ na funkcjonowanie fizyczne i społeczne respondentów. Choroba wyraźnie obniża również jakość życia chorych. Najmniejszy wpływ POChP ma na funkcjonowanie psychiczne ankietowanych. 2/3 chorych uzależniona jest od pomocy innych, co staje się trudne wobec faktu, że 42% uznaje, że ich dolegliwości chorobowe stają się uciążliwe dla najbliższego środowiska.

Słowa kluczowe - przewlekła obturacyjna choroba płuc, jakość życia, badania ankietowe

Abstract - Introduction- Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a syndrome whose characteristics are progressing and not entirely reversible limitation on the air flow through airways. The assessment of COPD's impact on patients' physical and psychosocial functioning was taken up by only few studies.

Afiliacja:

1. Collegium Masoviense Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu (korespondencja; e-mail: zkopanski@o2.pl).
2. Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

The material and methods: 50 patients suffering from COPD from one of the hospitals in Warsaw participated in the questionnaire research. The examination was in the form of a diagnostic poll (using a questionnaire). The questions in the survey were to present the influence of COPD on physical, social and mental functioning.

The results and conclusions: On the basis of the research, it was observed that COPD's influence on physical and social functioning of the responders is significantly negative. The illness also decreases the patients' quality of life in a relevant way. The least of COPD's influences was on the mental condition of the participants. Because of COPD, 2/3 of the patients are dependent on others for help, which is even more difficult for them considering the fact that 42% of them see their condition as a burden for those close to them.

Key words - chronic obstructive pulmonary disease, quality of life, questionnaire research

I. WSTĘP

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) to zespół chorobowy charakteryzujący się postępującym i niecałkowicie odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Ograniczenie to wynika z choroby małych dróg oddechowych i zniszczenia miąższu płucnego prowadzącego do rozedmy oraz w różnym nasileniu odpowiedzią zapalną ze strony układu oddechowego na szkodliwe substancje, z jakimi chory ma do czynienia w ciągu swojego życia. Najczęstszą przyczyną POChP jest dym tytoniowy oraz inne substancje drażniące z powietrza, a także stany wrodzone, jak na przykład niedobór alfa1-antytrypsyny. Zmianom płucnym towarzyszą istotne zmiany pozapłucne, które mogą się przyczyniać do ciężkości stanu poszczególnych chorych [1,2].

POChP jest jedną z najczęściej występujących chorób przewlekłych w Polsce i na świecie. Według Światowej Organizacji Zdrowia POChP stanowi obecnie szóstą, a w roku 2020 będzie już trzecią przyczyną umieralności na świecie. Bardzo niepokojący jest dynamiczny wzrost zachorowań stwierdzony

w ciągu ostatnich lat [3]. W Polsce szacuje się, że ok. 20% społeczeństwa powyżej 40 roku życia choruje na POChP. Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest schorzeniem nieuleczalnym, prowadzącym do przedwczesnego inwalidztwa oddechowego, odizolowania rodzinnego i społecznego oraz śmierci. Na POChP oraz powikłania w Polsce umiera rocznie ok. 15000 osób [4,5].

W leczeniu POChP ogromną rolę odgrywa nie tylko łagodzenie objawów choroby, zapobieganie powikłaniom, zapobieganie zaostrzeniom oraz zwolnienie postępu choroby, ale również zapewnienie jak najlepszej sprawności psychospołecznej i fizycznej. U chorych na POChP obniżenie jakości życia w dużym stopniu uzależnione jest od ciężkości choroby oraz częstości występowania zaostrzeń. Stosunkowo rzadko podejmowane są badania oceniające jakość życia chorych na POChP. Istniejąca luka tematyczna skłoniła autorów do podjęcia badań własnych.

Cel pracy:

Ocena wpływu POChP na funkcjonowanie fizyczne i psychospołeczne osób chorych, a w szczególności poznanie subiektywnych odczuć chorego, jego samopoczucia oraz ocena wpływu stosowanych metod leczenia na funkcjonowanie chorego.

II. MATERIAŁ I METODY

Material

Badania wykonano wśród 50 chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc o różnym stopniu zaawansowania choroby, w tym 20 kobiet (40%) i 30 mężczyzn (60%). Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci powyżej 70 roku życia– 25 osób (50%), w przedziale 56-70 lat było 21 osób (42%), a w przedziale 30-55 lat– 4 osoby (8%). Najliczniejszą grupą byli mieszkańcy miast pow. 100 tys. mieszkańców– 29 osób (58%). Najmniejszą grupę stanowiły osoby mieszkające na wsi– 8 osób (16%), mieszkańcy miast do 40 tys.– 6 osób oraz mieszkańcy miast pomiędzy 40, a 100 tys. mieszkańców– 7 osób. 42 respondentów (84%) biorących udział w badaniu to emeryci i renciści. 5 osób (10%) deklarowało, że są czynni zawodowo, a 3 osoby (6%) w ogóle nie pracują. Wśród chorych biorących udział w badaniu pracujących fizycznie było 38 (76%) osób, a pracowników umysłowych– 12 osób (24%). U 20 ankietowanych (40%) POChP rozpoznano między 61, a 70 rokiem życia, u 16 osób (32%) między 51, a 60 rokiem życia, u 5 badanych (10%) powyżej 70 roku życia.

Metody

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety projektu autorskiego, który posłużył do gromadzenia danych. Badanie było dobrowolne i anonimowe. Zostało ono przeprowadzone w Klinice Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii w jednym z warszawskich szpitali, w okresie od 1.06. do 31.10. 2011 roku. Ankieta składała się z 29 pytań.

III. WYNIKI

Wyniki badań z uwzględnieniem zadawanych respondentom pytań przedstawiono poniżej.

Jakie objawy występowały u Pana/Pani przed rozpoznaniem choroby?

Najczęstszym objawem występującym przed rozpoznaniem choroby, który wymieniali ankietowani był kaszel– 31 osób (60%) i duszność wysiłkowa– 14 osób (28%), zmęczenie i duszność spoczynkowa występowała tylko u 6 osób (12%).

Czy Pan/Pani pali papierosy?

W chwili badania tytoniu nie paliło 30 osób (60%), 12 osób (24%) deklarowało, iż pali tytoń, a 8 osób (16%) nigdy nie paliło tytoniu.

Jak ocenia Pan/Pani stan swojego zdrowia w porównaniu ze stanem sprzed roku?

20 osób (40%) oceniło swój stan zdrowia trochę gorzej niż rok temu, dużo gorzej niż rok temu– 12 osób (22%), podobnie jak rok temu 13 osób (26%), tylko 5 ankietowanych (10%) czuło się lepiej niż rok temu.

Jak często w ciągu ostatniego roku występowały u Pana/Pani zaostrzenia choroby?

W ciągu ostatniego roku najliczniejszą hospitalizowaną grupę stanowili chorzy, u których zaostrzenia dolegliwości występowało co 4-6 miesięcy– 22 osoby (44%), jeden raz w miesiącu– 14 badanych (28%), co 2-3 miesiące– 11 osób (22%), a częściej niż raz w miesiącu u 3 osób (6%).

Jak często korzysta Pan/Pani z porad lekarza rodzinnego?

Wśród badanych 19 osób (38%) deklarowało korzystanie z porad lekarza rodzinnego jeden raz w miesiącu, 15 osób (30%) co 3 miesiące, a tylko 3 chorych (6%) jeden raz w roku.

Czy jest Pan/Pani pod stałą opieką lekarza pulmonologa?

Większość respondentów– 39 osób (78%) znajduje się pod stałą opieką lekarza pulmonologa, 11 osób (22%) nie korzystała jednak w ogóle z pomocy pulmonologa.

Czy z powodu zaostrzeń POChP był Pan/Pani w ciągu ostatnich kilku miesięcy leczony/a w szpitalu?

Większość biorących udział w badaniu– 38 osób (76%) była hospitalizowana w ciągu ostatnich kilku miesięcy z powodu zaostrzeń POChP.

Jak często Pan/Pani przyjmuje leki?

Najliczniejszą grupę stanowili chorzy przyjmujący leki trzy razy dziennie– 23 osoby (46%) i przyjmujący leki dwa razy dziennie– 15 osób (30%). Tylko 4 respondentów (8%) przyjmują leki raz dziennie.

W jakim stopniu przyjmowanie leków jest dla Pana/Pani uciążliwe?

Dla większości badanych– 37 osób (74%) przyjmowanie leków nie stanowi żadnej uciążliwości, dla 13 ankietowanych (24%) jest to uciążliwe lub bardzo uciążliwe.

Czy przyjmuje Pan/Pani leki systematycznie o stałych porach?

Prawie wszyscy biorący udział w badaniu systematycznie przyjmowali leki– 46 osób (92%), tylko 4 osoby (8%) przyznało się do niesystematyczności. Wśród chorych, którzy nie przyjmują leków systematycznie 50% osób twierdzi, że przyczyną tego jest zapominanie, a dla pozostałych 50% przyczyną była zbyt wysoka cena tych leków.

Czy aktualnie stan Pana/Pani zdrowia pozwala na wykonywanie takich czynności jak: przesuwanie przedmiotów, sprzątanie, dźwiganie i podnoszenie rzeczy, pokonywanie pieszo kilku pięter, pokonywanie pieszo jednego piętra, schyłanie się lub przyklęknięcie, spacer ok. 1 km, spacer ok. 200 - 300 metrów, kąpiel, ubieranie się.

26 pacjentów oceniło, że w obecnym stanie zdrowia mogą przesuwać przedmioty i sprzątać, natomiast 24 badanych ma już problemy z wykonywaniem tych czynności. 17 pacjentów stwierdziło, że nie mają trudności w dźwiganiu i podnoszeniu przedmiotów, 33 pacjentów jest już innego zdania. 12 pacjentów mogło pokonać pieszo kilka pięter, 38 pacjentów nie mogło tego wykonać. Natomiast jedno piętro mogło pokonać pieszo 39 pacjentów, a 11 stwierdziło, że choroba im na to nie pozwala. 27 ankietowanych oceniło, że w obecnym stanie mogą schylać się lub przyklękać, natomiast 23 pacjentów miało problemy z wykonywaniem tych czynności. 15 badanych stwierdziło, że mogą spacerować około 1 kilometra, 35 pacjentów natomiast nie. 41 osób mogło pokonać pieszo 200-300

metrów, 9 pacjentów nie mogło tego wykonać. Kąpiel nie była problemem dla 40, a ubieranie się dla 46 respondentów.

Jakie odczucia, objawy towarzyszą występowaniu u Pana/Pani kaszlu i duszności?

U 40 osób kaszel nie wywoływał bólu, natomiast 42 chorych (84%) uskarża się na męczący kaszel. Prawie połowa badanych– 22 osoby twierdziła, że kaszel przeszkadza im w spaniu, 25 osób ma odczucie braku tchu podczas mówienia, 28 osób odczuwa brak tchu podczas schyłania się, a 27 badanych łatwo się męczy. Dla 26 osób biorących udział w badaniu kaszel i problemy z oddychaniem są krępujące w obecności innych.

Jakie odczucia towarzyszą Panu/ Pani w związku z chorobą?

21 chorych uważa, że choroba jest uciążliwa dla ich rodziny i znajomych. 37 osób odczuwa strach i lęk, gdy nie mogą zaczerpnąć tchu. 28 badanych uważa, że stali się inwalidami z powodu trudności w oddychaniu. Z pośród ankietowanych 40 osób (80%) jest pogodzonych z chorobą, a tylko 7 (14%) deklaruje, że nigdy nie pogodzą się z chorobą.

Czy widzi Pan/Pani różnicę w podejściu innych osób w stosunku do siebie przed zachorowaniem i teraz?

33 chorych(58%) nie widzi różnicy w podejściu innych do siebie przed zachorowaniem i teraz, tylko 17 osób (42%) widzi zmianę podejścia.

Ile razy odczuwał/a Pan/Pani w ciągu ostatniego miesiąca przygnębienie z powodu zachorowania?

Najliczniejszą grupę stanowiły osoby, które czasami odczuwają przygnębienie w związku z zachorowaniem– 20 osób (40%), często i bardzo często „złe chwile nachodzą” 12 osób (24%), a 18 badanych (36%) rzadko lub nigdy nie odczuwa przygnębienia związanego z chorobą.

Czy choroba ma wpływ na Pana/Pani samopoczucie i stan psychiczny?

35 ankietowanych(70%) ocenia, że choroba wpływa na ich samopoczucie i stan psychiczny, a u 15 (30%) schorzenie nie ma wpływu.

Jeżeli tak, to jak często w ciągu ostatniego miesiąca choroba wpływała na Pana/Pani stan emocjonalny?

W ciągu ostatniego miesiąca 28 osób (70%) przeżywało zadowolenie czasami lub często, 19 osób (23%) nie było nigdy zadowolonymi lub tylko rzadko, natomiast 3 badanych (7%) zadowolenie odczuwało bardzo często.

Jak często towarzyszyły Panu/Pani poniższe uczucia w ciągu ostatniego miesiąca? (zadowolenie, spokój, wyciszenie, smutek, załamanie, złość, obniżony nastrój, szczęście).

36 ankietowanych (72%) spokój odczuwali czasami lub często, natomiast 10 osób (20%) - rzadko lub nigdy, tylko 3 osoby (8%) spokojnymi było bardzo często. 37 osobom (74%) wyciszenie towarzyszyło często i czasami, 10 ankietowanym (20%) - rzadko i nigdy, a tylko 3 osobom (6%) - bardzo często. 32 respondentów (64%) szczęście odczuwało często lub czasami, tylko 2 osoby (4%) nigdy nie odczuwały szczęścia, a 16 osób (32%) rzadko. 31 ankietowanym (62%) smutek towarzyszył często lub czasami, 17 osobom (34%) - rzadko lub nigdy, natomiast za bardzo szczęśliwych uznało się tylko 2 (4%) respondentów. 29 osób (58%) załamanie odczuwało czasami lub rzadko, nigdy nie było załamanymi 12 osób (24%), a często lub bardzo często przeżywało załamanie - 9 badanych (18%). 31 osobom (62%) złość towarzyszyła czasami lub rzadko, 13 osób (26%) przyznało się do bardzo częstych lub częstych złych emocji, 6 ankietowanych (12%) określa się jako wolnych od złości. Obniżony nastrój towarzyszy czasami lub rzadko 36 badanych (66%), 13 osobom (23%) bardzo często lub często.

Czy w ciągu ostatniego miesiąca Pana/Pani problemy zdrowotne miały wpływ na pogorszenie kontaktów towarzyskich z rodziną, z sąsiadami?

POCHP nie miało wpływu na kontakty z rodziną u 27 osób (54%), u 18 badanych (36%) choroba ta czasami kontakty te utrudnia, u 5 osób (10%) na skutek choroby kontakty stały się niemożliwe lub bardzo utrudnione.

Jak obecnie ocenilby/aby Pan/Pani możliwość samoopieki?

Wśród badanych 7 (14%) uważa, że choroba spowodowała ich uzależnienie od pomocy innych, 26 osób (52%) oczekuje pomocy tylko przy wykonywaniu cięższych czynnościach, 17 osób (34%) jest całkowicie samodzielnych.

Jak obecnie ocenia Pan/Pani stan swojego zdrowia?

23 osoby (46%) oceniło swój stan zdrowia jako dostateczny, 8 osób (16%) jako dobry lub dość dobry, 16 respondentów (32%) jako zły i 3 osoby (6%) jako bardzo zły.

IV. DYSKUSJA

Światowe badania epidemiologiczne na temat przewlekłej obturacyjnej choroby płuc dowodzą, że schorzenie w przeważającej większości dotyczy mężczyzn [2,3]. Potwierdzają to także wyniki badań polskich autorów, jak na przykład Majdy i Józefowskiej [4]. Również w naszym materiale chorych istniała przewaga mężczyzn, którzy stanowili 60% ogółu.

Wśród badanych przez nas, najliczniejszą grupę stanowili chorzy powyżej 50 r.ż. Wiek ten przekroczyło, aż 91% naszych respondentów. Większość (72%) ankietowanych była mieszk-

kańcami dużych miast. W naszym materiale dominowali (84%) emeryci/renciści, a jedynie 10% było czynnymi zawodowo. 76% naszych chorych pracowało w przeszłości fizycznie, głównie w gospodarstwach rolnych, zakładach budowlanych, ślusarskich lub hydraulicznych, tylko 24% było pracownikiem umysłowy.

Uzyskane przez nas wyniki potwierdzają opinię, że grupą wysokiego ryzyka POChP są osoby wykonujące prace fizyczne w trudnych warunkach atmosferycznych (niska temperatura, opady) oraz osoby przebywające w zadymionych i zanieczyszczonych pomieszczeniach z racji wykonywanego zawodu.

Znaczenie palenia tytoniu jest powszechnie podkreślane w etiopatogenezie choroby [6,7,8]. Malinowska-Lipień i wsp. w pracy „Poziom wiedzy pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc” na temat wpływu nikotynizmu na rozwój choroby, zwracają uwagę, że POChP jest najczęstszą chorobą u palących tytoń, a grupę ryzyka stanowią także bierni palacze oraz osoby przebywające w zanieczyszczonych i zadymionych pomieszczeniach [9].

Obserwacje te potwierdzają również wyniki naszych badań. 60% respondentów przyznaje się, że paliło w przeszłości, 24% pali obecnie, jednak 16% nie brało w ogóle papierosa do ust.

Przebieg przewlekłej obturacyjnej choroby płuc jest zmienny i podstępny [1,3]. Pierwsze objawy są niecharakterystyczne i często bagatelizowane. U 60% naszych badanych pierwszym objawem chorobowym był uporczywy kaszel, u 28% duszność wysiłkowa.

Na postępujący i nieodwracalny charakter POChP zwraca uwagę wielu autorów [2,10,11], podobnie, jak i opinie naszych respondentów, wśród których 64% czuje się obecnie gorzej lub dużo gorzej niż przed rokiem.

Jedną z najbardziej uciążliwych cech tej choroby jest nawrotowość objawów [2,8]. 76% ankietowanych właśnie z powodu zaostrzenia dolegliwości była hospitalizowana, przy czym u 56% osób nawroty chorobowe występowały 2-3 razy na rok. Podobną częstość nawrotów w swoich badaniach rejestrowały Majda i Józefowska [4].

Pewnie nawracające zaostrzenia dolegliwości chorobowych zmuszają chorych do częstych wizyt u lekarza. 68% badanych przez nas deklaroowało, że muszą co 2 miesiące zasięgać porady lekarskiej, a tylko 6% ma komfort pojawienia się u lekarza raz na rok.

Niestety postęp choroby decyduje o tym, że 78% ankietowanych jest zmuszonych być pod stałą opieką pulmonologiczną, 22% jednak w ogóle nie korzysta z porad pulmonologa. Czyżby to oznaczało brak w ich regionie takiego specjalisty?

POCH wymaga stałej terapii, zwraca na to uwagę 62% badanych, zmuszonych do przyjmowania leków trzy lub więcej razy na dzień. 92% podkreśla konieczność systematyczności prowadzonego leczenia. Na szczęście rzadko (8%) chorzy

rezygnują z odpowiedniej terapii. Jeśli jednak tak się zdarzy, to w 50% przypadków za sprawą zbyt kosztownych leków.

Być może już powstałe przyzwyczajenie decyduje, że 74% ankietowanych uznaje jednak, że prowadzona przez nich terapia nie jest uciążliwa i nie sprawia trudności, ostatecznie dla 26% częste zażywanie leków jest problemem.

Postęp choroby decyduje o stopniowej rezygnacji z różnych czynności. Stopniowe ograniczanie aktywności fizycznej jest u tych chorych najczęściej (w 84% przypadków) następstwem męczącego kaszlu, a następnie duszności i bólu w klatce piersiowej (80% chorych).

Pojawiające się objawy chorobowe, krępują chorych ograniczając ich kontakty z rodziną i obcymi. 52% badanych narzeka głównie na męczący i bardzo krępujący ich kaszel, a 42% uznaje, że ich dolegliwości stają się uciążliwe dla rodziny. U większości nawracająca się duszność buduje strach i lęk, a prawie połowa ankietowanych czuje się inwalidą z powodu tych dolegliwości.

POChP jest procesem przewlekłym, trwającym wiele lat [1,2,3], dlatego pacjentom w przebiegu choroby towarzyszą różne odczucia. Zdecydowana większość (80%) jest pogodzona z chorobą, 14% podkreśla jednak, że nigdy nie podda się chorobie. Podobny wskaźnik akceptacji choroby przedstawiają Majda i Józefowska [4].

Może cieszyć opinia respondentów, że POChP nie stygmatyzuje chorych, bowiem 58% nie zauważyło żadnej formy izolowania ich przez środowisko po zachorowaniu. Bycie przewlekle chorym jednak źle wpływa na samopoczucie i stan psychiczny. Takiego zdania jest aż 70% badanych. Chorzy na ogół przyzwyczaili się jednak do istniejących w związku z chorobą ograniczeń. Pewnie dlatego smutkom, obniżeniu nastroju czy złości podlegają rzadko.

W przeprowadzonych badaniach oceniono również stopień samoopieki chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Około 1/3 pacjentów deklaruje, że jest całkowicie samodzielni, 2/3 z przykrością jednak stwierdza, że jest uzależniona od pomocy innych. Stopień tego uzależnienia zależy od ciężkości przebiegu POChP oraz rodzaju pracy koniecznej do wykonania przez chorego. Ma to związek ze stanem zdrowia chorego. 46% badanych ocenia swój stan zdrowia jako dostateczny, jednak już 38% jako zły lub bardzo zły.

Przedstawione badania miały na celu zwrócenie uwagi na jakość życia chorych na POChP. Pogłębianie wiedzy na temat różnych aspektów życia tych chorych, stwarza możliwości skuteczniejszej im pomocy. Pamiętać przy tym należy, że na znaczne obniżenie jakości życia tych osób może wpływać także nasilenie depresji i lęku w czasie duszności oraz stan psychiczny i wiek chorych.

V. WNIOSKI

1. Przewlekła obturacyjna choroba płuc w znacznym stopniu ogranicza funkcjonowanie fizyczne, natomiast w niewielim stopniu funkcjonowanie psychiczne pacjentów.
2. POChP 2/3 chorych uzależniona od pomocy innych, co staje się trudne wobec fakty, że 42% uznaje, że ich dolegliwości chorobowe stają się uciążliwe dla rodziny.

VI. PIŚMIENNICTWO

- [1] Szczeklik A. Choroby wewnętrzne. Kraków; Medycyna Praktyczna, 2005.
- [2] Zieliński J. Przewlekła obturacyjna choroba płuc (PChP). Warszawa; Górnicki Wydawnictwo Medyczne, 2007.
- [3] Plusa T. Astma oskrzelowa i przewlekła obturacyjna choroba płuc. Warszawa; Medpress, 2001.
- [4] Majda A, Józefowska H. Zasoby osobiste pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Probl Pielęg* 2009; 17: 283-293.
- [5] Wiatr E. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumologicznego rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). *Pneumon Alergol Pol* 2004; 72: 1-28.
- [6] Tashkin D, Kanner R, Bailey W *et al.* Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial. *Lancet* 2001; 357: 1571-1575.
- [7] Torres-Duque C, Maldonado D, Perez-Padilla R *et al.* Forum of International Respiratory Studies (FIRS) Task Force on Health Effects of Biomass Exposure. Biomass fuels and respiratory diseases: a review of evidence. *Proc Am Thorac Soc* 2008; 5: 577-590.
- [8] Bednarek M, Gorecka D, Wielgomas J *et al.* Smokers with airway obstruction are more likely to quit smoking. *Thorax* 2006; 61: 869-873.
- [9] Malinowska-Lipień I, Starzec G, Gabryś T *i wsp.* Poziom wiedzy pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc na temat wpływu nikotynizmu na rozwój choroby. Wyniki wstępne. *Probl Pielęg* 2007; 15, 1: 39-43.
- [10] Chrobak M. Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. *Probl Pielęg* 2009; 17 (2): 123- 127.
- [11] Muszalik M, Kędzióra-Kornatowska K, Sury P *i wsp.* Ocena funkcjonowania pacjentów w starszym wieku w odniesieniu do jakości życia w świetle kwestionariusza Oceny Przewlekłe Chorych. *Probl Hig*, 2009; 90 4: 569-576.