



Moje życie z POChP

Dominika Łęcka
Piotr Dąbrowiecki

Moje życie z POChP

dr n. hum. Dominika Łęcka
dr hab. n. med. Piotr Dąbrowiecki

WARSZAWA 2026

Konsultacja merytoryczna

Prof. dr hab. n. med. Anna Doboszyńska
Dr n. med. Dr n. hum Małgorzata Farnik

Redakcja

Anna Andrałojć

Projekt okładki

Anna Andrałojć
Podczas prac graficznych korzystano zasobów Canva. www.canva.com

Skład

Małgorzata Gumularz

Wydawca

Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP

ISBN 978-83-979619-1-3

Wydanie I, Warszawa 2026

Druk

Poligrafia Salezjańska
ul. Bałuckiego 8, 30-318 Kraków

Wydawca jest wdzięczny partnerom korporacyjnym
Sanofi Sp. z o.o. i AstraZeneca Pharma Poland Sp. z o.o.
za wsparcie finansowe, które umożliwiło powstanie tej publikacji.

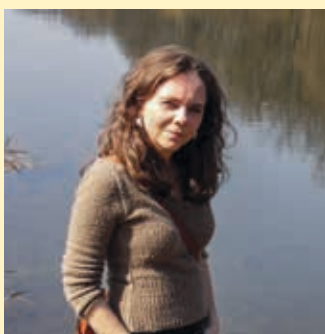


Spis treści

O autorach	5
Wstęp	7
Portrety pacjentów	9
1. Czynniki ryzyka w życiu pacjentów z POChP	11
2. Palenie papierosów u chorych na POChP	13
2.1. Co papieros daje pacjentowi z POChP?	13
2.2. Próby rzucania palenia w narracjach pacjentów z POChP	14
2.3. A gdyby nikotynizm był jak alkoholizm?	16
3. Życie, które gaśnie powoli i etapami	19
4. Świat emocji pacjenta z POChP	22
5. Codzienne życie pacjentów z POChP	25
5.1. Życie z budzącą się chorobą	25
5.2. Faza cichej adaptacji	26
5.3. Faza narastających ograniczeń	26
5.4. Faza zaostrzenia szpitalnego	27
5.5. Wyjście ze szpitala jako moment graniczny	27
5.6. Faza ograniczenia przestrzeni życia / uwięzienie domowe	28
6. Diagnostyka	30
6.1. Przewlekła droga do diagnozy w pierwszych etapach rozwoju POChP	30
6.2. Wiele diagnoz w rękach przypadku	33
6.3. Moment diagnozy POChP – doświadczenie pacjenta vs obserwacje lekarza	35
7. Leczenie	37
7.1. Początek leczenia – perspektywa pacjenta i lekarza	37
7.2. Publiczna a prywatna opieka zdrowotna w doświadczeniach pacjentów z POChP	38
7.3. Farmakoterapia w codziennym życiu pacjenta	39
7.4. Realizacja zaleceń lekarskich przez pacjentów z POChP	41
7.5. Leczenie nikotynizmu w praktyce ambulatoryjnej	43
7.6. Zaostrzenia choroby jako utracone szanse	44

8. Edukacja	47
8.1. Potrzeby edukacyjne pacjentów z POChP	47
8.2. Aktywne poszukiwanie wiedzy przez pacjentów a inicjatywa lekarza	49
8.3. Edukacja o nikotynizmie	50
9. Zaostrzenie szpitalne jako punkt zwrotny.....	52
 Dodatek. Życie pacjenta z POChP, które gaśnie powoli – ujęcie etapowe.....	55
Wnioski końcowe dla praktyki	56
Nota metodologiczna	58
Literatura.....	60

O autorach



Dr n. hum. Dominika Łęcka

Certyfikowana psychoterapeutka systemowa oraz certyfikowana psychoterapeutka terapii skoncentrowanej na emocjach.

Kierowniczką w Ośrodku Rozwoju Osobistego i Zawodowego dla Kobiet „Motylarnia” w Toruniu.

Twórczyni programów rehabilitacyjnych i profilaktycznych.

Autorka publikacji naukowych i popularnonaukowych w zakresie socjosomatyki, socjofizjologii i socjologii zdrowia.



Dr hab. n. med. Piotr Dąbrowiecki

Specjalista chorób wewnętrznych, alergolog. Absolwent Wojskowej Akademii Medycznej, Wydział Lekarski. Stopień doktora habilitowanego nauk medycznych i nauk o zdrowiu uzyskał w 2024 roku w Wojskowym Instytucie Medycznym Państwowym Instytucie Badawczym.

Od 20 lat prowadzi szkolenia dla chorych na astmę i POChP. Edukuje również lekarzy i pielęgniarki w zakresie opieki nad chorymi z astmą i przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, współpracując z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie.

Członek zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Alergologicznego. Członek Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc.

Przewodniczący Polskiej Federacji Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP.

Członek Rady Organizacji Pacjentów działającej przy Ministrze Zdrowia.

Aktualnie pracuje w Klinice Chorób Wewnętrznych Infekcyjnych i Alergologii w Wojskowym Instytucie Medycznym Państwowym Instytucie Badawczym.

Wstęp

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) stanowi jedno z najpoważniejszych wyzwań współczesnej pulmonologii oraz zdrowia publicznego. Wpisuje się ona w globalny problem chorób przewlekłych, które każdego roku odpowiadają za około 41 milionów zgonów na świecie, stanowiąc blisko 74% wszystkich przypadków śmiertelnych. Wśród nich przewlekłe choroby układu oddechowego zajmują jedno z czołowych miejsc, obok chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów i cukrzycy.

W Polsce choroby płuc, w tym POChP, należy postrzegać jako „niewidzialną epidemię XXI wieku”, której konsekwencje zdrowotne, społeczne i ekonomiczne pozostają wciąż niedostatecznie dostrzegane. Analizy wskazują, że choroby układu oddechowego generują rocznie koszty społeczne przekraczające 79 miliardów złotych, obejmujące zarówno wydatki na leczenie, jak i pośrednie straty wynikające z absencji zawodowej, niepełnosprawności oraz przedwczesnej śmiertelności.

Choroby płuc są trzecią przyczyną zgonów w Polsce. POChP jest jedną z głównych przyczyn hospitalizacji i przewlekłej niewydolności oddechowej, a u znacznej części chorych prowadzi do konieczności długoterminowego leczenia tlenem lub stosowania domowej wentylacji mechanicznej. Choroba ta stopniowo odbiera pacjentom samodzielność, ogranicza aktywność społeczną i zawodową oraz wpływa negatywnie na funkcjonowanie rodzin i opiekunów. W tym sensie POChP „zabiera nie tylko oddech, lecz także jakość życia”.

Szczególnie istotnym problemem klinicznym pozostają zaostrzenia POChP, których konsekwencje wykraczają daleko poza układ oddechowy. Badania populacyjne wskazują, że w okresie bezpośrednio po zaostrzeniu istotnie wzrasta ryzyko ostrych zdarzeń sercowo-naczyniowych, utrzymujące się nawet przez wiele miesięcy. Zaostrzenia przyspieszają progresję choroby, pogarszają rokowanie oraz zwiększają śmiertelność, stanowiąc jeden z kluczowych czynników determinujących długofalowe wyniki leczenia.

Pomimo rosnącej wiedzy na temat patofizjologii i leczenia POChP, opieka nad pacjentami w Polsce nadal napotyka liczne bariery. Należą do nich m.in. późne rozpoznawanie choroby, ograniczony dostęp do specjalistycznej diagnostyki, niewystarczająca koordynacja opieki, a także niedostateczne wykorzystanie rehabilitacji pulmonologicznej, rekomendowanej przez międzynarodowe towarzystwa naukowe jako integralny element terapii chorób układu oddechowego.

W odpowiedzi na te wyzwania środowisko medyczne oraz organizacje pacjenckie od lat podkreślają potrzebę wdrożenia kompleksowej strategii pulmonologicznej w Polsce, obejmującej wczesną diagnostykę, skuteczne leczenie farmakologiczne, systemowe wsparcie w rzucaniu palenia, rehabilitację oddechową oraz szeroko zakrojoną edukację zdrowotną. Postulaty te znajdują odzwierciedlenie

w „Manifeście na rzecz Zdrowych Płuc”, który wskazuje na konieczność traktowania przewlekłych chorób płuc jako wspólnego problemu pacjentów, lekarzy i decydentów systemowych.

Niniejszy raport wpisuje się w te działania, prezentując wielowymiarowy obraz życia z POChP w Polsce – od czynników ryzyka i drogi do rozpoznania, przez doświadczenia leczenia i rehabilitacji, po konsekwencje psychospołeczne choroby. Jego celem jest nie tylko opis rzeczywistości klinicznej, lecz także wskazanie obszarów wymagających pilnych interwencji systemowych, tak aby poprawa opieki nad pacjentami z POChP stała się realnym priorytetem zdrowotnym.

Portrety pacjentów

Elżbieta, 82 lata, diagnoza 15 lat temu, zaawansowany etap choroby. Paliła 40 lat, nałóg rzuciła skutecznie. We wczesnej młodości pracowała w zakładzie produkującym lampy elektryczne, gdzie miała kontakt z ołowiem i rtęcią. Korzysta z respiratora, bez zaostrzeń szpitalnych. Dominujące objawy to zmęczenie, duszność (poziom 3 w teście mMRC), bez kaszlu i bólu w klatce piersiowej. Choruje także na cukrzycę, ma poszerzenie aorty wstępującej. Przebyty zawał 17 lat temu. Pani Elżbieta mieszka samotnie. Objawy choroby utrudniają jej wyjście do sklepu, który ma naprzeciwko domu. Idąc po zakupy musi robić kilka przystanków, a ich przyniesienie powoduje zmęczenie. POChP zdiagnozowano u niej przez przypadek. Lekarz pulmonolog, u którego leczyła się przez ponad 10 lat nie postawił diagnozy, a leki, które były przepisywane nie przynosiły poprawy.

Ewa, 79 lat, diagnoza 2 lata temu, emerytka. Paliła 60 lat. Nałóg rzuciła skutecznie 2 lata temu. Ma duży dom, do którego przeprowadziła się z jednego z największych miast w Polsce. Całe swoje życie zawodowe narażona była na zanieczyszczenia powietrza wynikające z miejsca zamieszkania. Jako dziecko żyła z palącą matką. Obecnie mieszka na terenach leśnych. Spirometria wykonywana raz w roku przed wizytą u pulmonologa zlecana jest przez lekarza rodzinnego. Dominujące objawy POChP w jej przypadku to zmęczenie oraz duszność (poziom 2 w teście mMRC). Nie zgłasza kaszlu ani bólu w klatce piersiowej. Korzysta z wszystkich zalecanych szczepień, bez zaostrzeń szpitalnych.

Jan, 76 lat, diagnoza 2 lata temu. Palił przez 60 lat, średnio dwie paczki dziennie. Pomimo emerytury nadal pracuje dorywczo. Jego POChP rozpoznane jest jako wczesne stadium. Dominujące objawy to duszność (poziom 1 w teście mMRC). Nie zgłasza kaszlu ani bólu w klatce piersiowej. Nie doświadczył zaostrzeń szpitalnych. Z powodu zadyszki zwykłe czynności życiowe wykonuje wolniej dostosowując tempo do aktualnych możliwości. Spirometrię ma robioną raz do roku, zawsze przed wizytą u pulmonologa. Przez większość życia mieszkał w mieście liczącym powyżej 500 tys. mieszkańców, tam narażony był na smog. W trakcie pracy zawodowej przebywał w miejscach działania środków chemicznych. Pomimo diagnozy nadal pracuje narażając się na kontakt z trującymi substancjami. Jego aktywność fizyczna jest niska.

Jolanta, 74 lata, diagnoza 30 lat temu. Paliła czynnie ćwierć wieku. Jako dziecko była biernym palaczem. W jej domu rodzinnym palili wszyscy członkowie rodziny. Przerwała palenie 20 lat temu. Dominujące objawy to zmęczenie i duszność (poziom 3 w teście mMRC). W jej historii brak zaostrzeń wymagających hospitalizacji. Choruje na nadciśnienie i osteoporozę. Kiedy była młoda, wielokrotnie chorowała na zapalenie płuc oraz zapalenie oskrzeli. Przypomina sobie, że w dzieciństwie często przeziębiona.

Wspomina też, że w młodości miała reakcje skórne po zjedzeniu malin lub truskawek. Wykonuje wszystkie zalecane szczepienia, gdyż boi się przeziębień. Skorzystała z możliwości przejścia na szybszą emeryturę w wieku 53 lat, gdyż zmęczenie i zadyszki były już na zaawansowanym poziomie. Uwielbia spędzać czas nad morzem.

Paweł, 67 lat, diagnoza 15 lat temu, w wieku 52 lat. Palenie papierosów rozpoczął w szkole średniej, pali do dnia dzisiejszego. Zmienił papierosy analogowe na elektroniczne. W szczytowym momencie palenia wypalał paczkę dziennie. Jako mieszkaniec dużego miasta narażony był przez całe życie na zanieczyszczenia powietrza. Będąc pracownikiem zakładów drukarskich wdychał szkodliwe substancje. Opisuując objawy wskazuje przede wszystkim na krótszy oddech i zwiększoną męczliwość (poziom 1 w teście mMRC). Spirometrię wykonuje co roku. Choroba nie utrudnia mu znacząco życia. Dostosowuje swój wysiłek do możliwości.

Halina, lat 68, diagnozę otrzymała 5 lat temu. Paliła tradycyjne papierosy 50 lat. Miała kilka prób rzucenia palenia. Obecnie używa papierosy elektroniczne. Od trzech lat jest na emeryturze. Dominującymi objawami u niej są zmęczenie i kaszel. Duszność w teście mMRC mierzona jest na poziomie 2. Nie doświadczyła zaostrzeń szpitalnych. Zanim nastąpiła diagnoza POChP, przez 15 lat pacjentka zmagająca się z kaszlem, a w dzieciństwie chorowała wielokrotnie na anginy. Nie wykonuje regularnie spirometrii, gdyż lekarze nie proponują jej tego badania. Nie została poinformowana o tym, jaki przebieg ma choroba ani o rehabilitacji. Korzysta z proponowanych szczepień na grypę i pneumokoki. Pracowała w zakładzie produkującym folie, gdzie miała kontakt z trującymi gazami.

Irena, lat 81, diagnozę otrzymała 10 lat temu przez przypadek. Miało to miejsce w trakcie robienia badań związanych z sarkoidozą (obecnie IV stadium). Paliła 61 lat. Przestała, kiedy zdiagnozowano u niej sarkoidozę. Ograniczała papierosy stopniowo. Jedynie w trakcie ciąży zrobiła to z dnia na dzień. Gdy była dzieckiem chorowała na zapalenie płuc, anginy, miała usunięte migdały. Podczas pracy zawodowej przez wiele lat pracowała przy nawiewie. Sama zastanawia się, czym ona wtedy oddychała. Według niej z powodu sterydów, które brała, zniszczyła się jej tarczyca oraz zachorowała na cukrzycę. Przeszła zatorowość płucną. Dominującym objawem POChP jest duszność (poziom 3 w teście mMRC). Saturacja spada także w momencie mówienia. Choruje na nadciśnienie oraz chorobę wieńcową. W 2000 roku przeszła zawał. Doświadczyła zaostrzeń szpitalnych, w trakcie których reanimowano ją. Czasami jeździ samochodem poza miejsce zamieszkania, ale tylko wtedy, kiedy mąż ją zabierze.

Wiesław, 72 lata, 12 lat po diagnozie. Pacjent z licznymi obciążeniami, m.in. ze schyłkowym POChP, przewlekłą niewydolnością oddychania, cukrzycą. Dominującym objawem choroby jest duszność na poziomie 4 w teście mMRC oraz kaszel. Jako dziecko często chorował na anginę, przeziębiał się. Przez początkowe sześć lat choroby nie zauważył jakiegoś mocnego pogorszenia stanu zdrowia. W 2019 roku nastąpiło zaostrzenie, najprawdopodobniej związane z COVID-em. Obecnie korzysta ze wszystkich szczepień, które mu przysługują. Od 2015 roku nie pali papierosów, przestał po 54 latach. Pracował w firmie budowlanej i miał kontakt z pyłem, a następnie z azbestem. Obecnie 16 godzin dziennie przebywa pod respiratorem, także w nocy. W tygodniu odwiedza go rehabilitant oraz pielęgniarka. Uwielbia uprawiać pomidory. W tym roku jedynie je wysiał i przesadzał sadzonki, resztę prac wykonywała żona.

1. Czynniki ryzyka w życiu pacjentów z POChP

Choroba obturacyjna płuc rozwija się w wyniku skumulowanego działania wielu czynników, które kształtują zarówno jej przebieg, jak i tempo narastania objawów. Wywiady jakościowe z pacjentami chorującymi na POChP pozwoliły zidentyfikować trzy główne obszary ryzyka, które powtarzały się w relacjach osób badanych: długotrwałe palenie papierosów, wieloletnia ekspozycja na szkodliwe substancje w pracy lub środowisku domowym oraz częste infekcje dróg oddechowych w dzieciństwie. Analiza tych doświadczeń pozwala lepiej zrozumieć, jak codzienne nawyki, warunki życia i przeszłe doświadczenia zdrowotne kształtują przebieg choroby.

Palenie papierosów

Najbardziej powszechnym czynnikiem ryzyka, wskazywanym przez pacjentów, jest palenie tytoniu. Wywiady ujawniły, że wielu chorych zaczynało palić w młodości, często w wieku nastoletnim lub wczesnej dorosłości, postrzegając papierosy jako element życia społecznego, sposób na relaks lub radzenie sobie ze stresem. W początkowych latach palenia pacjenci praktycznie nie odczuwali negatywnych skutków zdrowotnych – kaszel, lekką duszność lub zmniejszoną tolerancję wysiłku przypisywali codziennemu zmęczeniu czy „normalnemu starzeniu się”. Dopiero po wielu latach palenia objawy zaczynały narastać. Pacjenci opisywali momenty, w których wchodzenie po schodach, szybki spacer do sklepu czy wnoszenie zakupów stawało się coraz trudniejsze. W relacjach pojawiał się początkowo nieświadomy mechanizm minimalizacji ryzyka – pacjenci porównywali się do znajomych palaczy, którzy mimo wieloletniego nałogu wydawali się zdrowi. Z czasem jednak, gdy duszność, kaszel i ograniczenia wysiłkowe stawały się codziennością, wiele osób zaczynało dostrzegać bezpośredni związek między paleniem a nasileniem objawów, choć zmiana nawyków wciąż była trudna z powodu silnego uzależnienia od nikotyny. Wywiady pokazały również, że palenie pozostaje dominującym czynnikiem ryzyka w całym przebiegu choroby. Długotrwałe doświadczenie z nałogiem wpływa na codzienne życie pacjentów, ich poczucie sprawczości i komfort funkcjonowania.

Ekspozycja zawodowa i środowiskowa

Drugim istotnym czynnikiem ryzyka, wyraźnie obecnym w doświadczeniach pacjentów, była ekspozycja na pyły, dymy, spaliny i chemikalia w pracy lub w domu. Pacjenci, którzy przez lata pracowali w zawodach fizycznych, takich jak budownictwo, przemysł metalowy, prace w kopalniach czy warsztatach samochodowych, często nie byli świadomi wpływu tych czynników na swoje płuca. W codziennym funkcjonowaniu drobny kaszel czy zmęczenie były przypisywane ciężkiej pracy, a nie szkodliwym

substancjom. Równie istotne były czynniki środowiskowe w domu – używanie opału węglowego, częste gotowanie na otwartym ogniu czy mieszkanie w zanieczyszczonym powietrzu miejskim. Pacjenci opisywali, że przez wiele lat nie zdawali sobie sprawy, jak znaczący wpływ ma ciągła ekspozycja na dym i pył. Dopiero w późniejszych latach choroby, gdy pojawiały się trudności z oddychaniem podczas wykonywania nawet prostych czynności, zaczęli zauważać zależność między objawami a środowiskiem pracy lub domowym. Wywiady ujawniają też emocjonalny wymiar tej ekspozycji – pacjenci często odczuwali poczucie bezradności wobec czynników, które przez dekady wpływały na ich płuca, szczególnie gdy nie mieli możliwości ich modyfikacji. Wspomnienia o wieloletniej pracy w zapyłonym środowisku czy mieszkaniu w warunkach sprzyjających inhalacji zanieczyszczeń często wiązały się z frustracją i poczuciem utraconych możliwości zapobiegania chorobie.

Częste infekcje dróg oddechowych w dzieciństwie

Trzecim czynnikiem ryzyka, który wyłaniał się w wywiadach, były powtarzające się infekcje układu oddechowego w dzieciństwie. Pacjenci opisywali, że w młodości często chorowali na zapalenia oskrzeli, zapalenia płuc czy przewlekłe przeziębienia, które wymagały wielokrotnych wizyt u lekarza i długotrwałego leczenia. Choć objawy ustępowały, wiele osób zauważało, że już w dzieciństwie ich wydolność oddechowa była niższa niż u rówieśników, a odporność – osłabiona. Wywiady ujawniły, że doświadczenia te mogły kształtować zarówno wrażliwość płuc, jak i późniejsze nawyki zdrowotne. Pacjenci wskazywali, że dzieciństwo spędzone w warunkach sprzyjających infekcjom, np. w domu z dymem papierosowym, w wilgotnych mieszkaniach lub wśród dużej liczby chorych rówieśników, pozostawiło trwałe ślady w funkcjonowaniu ich układu oddechowego. Wielu z nich zauważało, że w okresie dorosłości nawet drobne infekcje nasilały objawy POChP i powodowały dłuższe okresy zmniejszonej wydolności. Częste infekcje w dzieciństwie w połączeniu z paleniem i ekspozycją zawodową lub

środowiskową tworzyły kumulatywny efekt ryzyka – pacjenci, którzy doświadczyli wszystkich tych czynników, często zauważali szybsze narastanie objawów i większe ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu niż osoby, u których ryzyka były pojedyncze.

Komentarz lekarski

Opis czynników ryzyka jest spójny z aktualną wiedzą: POChP najczęściej wynika z kumulacji ekspozycji (tytoń, zanieczyszczenia, czynniki zawodowe) oraz „deficytu rezerwy płucnej” budowanego w dzieciństwie. W praktyce klinicznej oznacza to, że pacjent może mieć ciężkie objawy przy pozornie „umiarkowanej” obturacji, jeśli choroba nakłada się na słaby wyjściowy potencjał oddechowy (np. po nawracających infekcjach, ekspozycjach domowych). GOLD kładzie nacisk na aktywne wyszukiwanie chorych („case finding”) w grupach ryzyka, bo to jedyna realna droga do wczesnego rozpoznania.

W polskich realiach istotne jest też to, że ekspozycje środowiskowe i domowe bywają niedoszacowane.

Analiza wywiadów pokazuje, że w życiu pacjentów z POChP kluczowe czynniki ryzyka to palenie papierosów, ekspozycja zawodowa i środowiskowa oraz częste infekcje w dzieciństwie. Każdy z tych elementów oddzielnie zwiększa podatność na chorobę, ale w połączeniu tworzy skumulowany efekt, który przyspiesza pojawienie się objawów i narastanie ograniczeń. Wywiady ujawniły, że pacjenci często nie byli świadomi wpływu tych czynników w młodości czy w początkowych latach choroby – zauważają je dopiero w późniejszych etapach, kiedy ograniczenia stają się widoczne w codziennym funkcjonowaniu. Zrozumienie tych doświadczeń pozwala uchwycić wielowymiarowy charakter ryzyka i podkreśla, jak złożony jest kontekst życia pacjentów z POChP.

2. Palenie papierosów u chorych na POChP

2.1. CO PAPIEROS DAJE PACJENTOWI Z POChP?

Analiza wywiadów z pacjentami z POChP pokazuje, że papieros w ich codziennym życiu pełni funkcje wykraczające poza przyjemność czy uzależnienie chemiczne. Choć pacjenci są świadomi, że palenie pogarsza stan ich płuc i przyspiesza rozwój choroby, wielu z nich opisuje papierosa jako element radzenia sobie ze stresem, chwilowej ulgi czy utrzymania rytuałów dnia codziennego. Dla niektórych pacjentów papieros jest sposobem na chwilę wytchnienia w trudnym dniu – przerywa rutynę i pozwala na „małą przerwę”, w której mogą zebrać myśli. Pacjenci opisują, że palenie towarzyszy im w momentach napięcia, frustracji czy poczucia bezradności nie tylko wobec choroby. Są świadomi, że pogarsza ona ich objawy. W takich narracjach papieros staje się swoistym buforem emocjonalnym, sposobem na kontrolowanie stresu w ich codziennym życiu.

Ewa:

Mój syn miał poważny wypadek samochodowy – jechał razem z żoną i dziećmi. Bardzo mnie to zdenerwowało. W trakcie rozmowy z nim byłam tak wzburzona, że nawet nie zauważyłam momentu, w którym, przekonana, że coś przede mną ukrywa, wypaliłam całą paczkę papierosów w ciągu godziny. To było skrajnie nerwowe zachowanie – robiłam to automatycznie, bez świadomości, co właściwie się dzieje.

Jednocześnie papieros pełni funkcję społeczną i rytualną. Wywiady pokazują, że pacjenci często palą w określonych sytuacjach – przy porannej kawie, po posiłku czy w towarzystwie znajomych – co nadaje rytm ich dniu i tworzy poczucie przewidywalności. Dla osób z POChP, których aktywność fizyczna i zdolność do codziennego funkcjonowania są ograniczone, te małe rytuały mają znaczenie psychologiczne i pozwalają utrzymać poczucie normalności w życiu, które choroba stopniowo ogranicza.

Halina:

Kiedy przyszła wiosna, pojawiły się grille i spotkania towarzyskie. Jednego dnia, przy piwku sięgnęłam po papierosa – i smakował wyjątkowo dobrze. Szybko uświadomiłam sobie, że w myślach zaczęłam wyobrażać sobie, że chciałabym, aby te grille odbywały się codziennie. To doświadczenie uświadomiło mi, jak mocno mózg powiązał przyjemność z alkoholem i z paleniem papierosów od dawna – przy winie czy piwku papieros po prostu smakuje.

Zdaniem psychologa

Uzależnienie jest chorobą, o nawrotowym przebiegu. Po zarzuceniu nałogu konieczne jest wspieranie chorego w abstinencji, wskazywanie na fakt, że 'wypalenie jednego papierosa' pod pretekstem sytuacji kryzysowej jest mitem i prowadzi do nawrotu nałogu ze względu na trwale zaburzone mechanizmy nagrody. Największej uwagi wymagają chorzy o złożonych uzależnieniach np. dodatkowo alkohol /benzodiazepiny/ hazard. W tej grupie ryzyko nawrotu jest większe.

Wywiady wskazują także, że papieros daje poczucie kontroli, choć jest to kontrola pozorna. Pacjent świadomie wybiera, kiedy zapalić, decyduje o ilości, sposobie palenia, a nawet traktuje ten rytuał jako „nagrodę” po przebyciu trudnych czynności dnia codziennego lub po wysiłku. To poczucie autonomii jest szczególnie ważne w sytuacji, gdy choroba ogranicza niezależność i wpływ pacjenta na codzienne funkcjonowanie.

Nie można jednak pominąć mechanizmu uzależnienia – papieros zapewnia szybkie zaspokojenie głodu nikotynowego, które u wielu pacjentów wzrasta w sytuacjach napięcia emocjonalnego czy zmęczenia fizycznego. W wywiadach pacjenci często przyznają, że czasami palą „dla spokoju nerwów”, co niekoniecznie jest postrzegane jako przyjemność, lecz jako sposób na uniknięcie dyskomfortu psychicznego.

W rezultacie papieros dla pacjenta z POChP pełni wiele funkcji: emocjonalną, społeczną, rytualną i fizjologiczną. Wywiady wyraźnie pokazują, że rezygnacja z palenia to nie tylko kwestia wiedzy o zagrożeniach zdrowotnych, ale także konieczność poradzenia sobie z utraconymi mechanizmami radzenia sobie, utraconym rytuałem dnia i momentami autonomii. Z tego powodu decyzja o rzuceniu papierosów, nawet po rozpoznaniu choroby, jest procesem złożonym, wymagającym nie tylko świadomości zagrożeń, lecz także wsparcia w zastępowaniu funkcji psychologicznych i rytualnych, które papieros dotychczas pełnił.

2.2. PRÓBY RZUCANIA PALENIA W NARRACJACH PACJENTÓW Z POChP

Próby rzucania palenia wśród pacjentów z POChP są doświadczeniem złożonym i silnie osadzonym w osobistych historiach życia. Wywiady jakościowe pokazują, że decyzje o zaprzestaniu palenia rzadko pojawiają się spontanicznie – najczęściej związane są z konkretnymi wydarzeniami, które uwidaczniają realne konsekwencje zdrowotne nałogu lub wpływają na refleksję nad własnym życiem i bliskimi. Momentami przetomowymi dla pacjentów były nasilenie objawów choroby, hospitalizacja w związku z zaostrzeniem POChP, ale także doświadczenia osobiste, takie jak ciąża u kobiet lub własne obawy o zdrowie dzieci czy choroba i śmierć bliskiej osoby, np. rodzica lub współmałżonka z powodu nowotworu płuc.

Pacjenci podkreślali, że wcześniejsze próby rzucania były często nieudane z powodu silnego uzależnienia, codziennych rytuałów związanych z paleniem oraz presji społecznej – papieros wciąż funkcjonował jako element integracji towarzyskiej czy mechanizm redukcji stresu. Z perspektywy psychologicznej, próby te wymagały zarówno zmiany nawyków, jak i przepracowania emocji związanych z uzależnieniem. Niektóre osoby odnosiły sukces przy zastosowaniu strategii stopniowego ograniczania liczby papierosów lub wyznaczeniu symbolicznych dat „końca palenia”, jednak trwała zmiana pojawiała się głównie wtedy, gdy pojawił się silny motyw wewnętrzny – np. lęk o własne życie w obliczu zaostrzenia choroby lub poczucie odpowiedzialności wobec dzieci w okresie ciąży. Jeden z naszych rozmówców przestał palić w dość nieoczekiwanych okolicznościach:

Wiestaw:

Podczas mojego pobytu w szpitalu została podjęta decyzja za mnie, jeśli chodzi o papierosy. Włączyli się w to lekarze, pielęgniarki oraz rodzina. W trakcie hospitalizacji

zastosowano u mnie plastry nikotynowe. Gdy leżałem dochodząc do siebie po za-
ostrzeniu, obklejono mnie tymi plastrami. Nie byłem tego świadomy. Po 23 dniach, gdy
wyszedłem ze szpitala, już następnego dnia pojechałem z żoną na zakupy. Pamiętam,
że kupowałem gazetę i nawet przez myśl mi nie przeszło, żeby kupić papierosy. To
była jedna, zdecydowana decyzja – de facto przymusowe odstawienie palenia. Żona
dodatkowo dokładnie wysprzątała cały dom, tak aby nie było w nim zapachu papiero-
sów. Wszystko zostało umyte i wyczyszczone, z wyjątkiem książek, bo tam mogłoby to
grozić zniszczeniem. Było to rzeczywiście wspólne działanie wielu osób i miało ogromne
znaczenie. Po wyjściu ze szpitala bardzo wyraźnie to odczułem.

Wywiady ujawniły również, że pacjenci **praktycznie nie korzystali z pomocy specjalistycznej** w rzuca-
niu palenia. Nie zgłaszano ani terapii nikotynowej, ani wsparcia psychologicznego, ani udziału w grupach
wsparcia. Próby ograniczały się do samodzielnych strategii – redukcji liczby papierosów, stopniowego
odchodzenia od rytuałów palenia, wyznaczania dat „końca palenia”, czasem zastępowania papierosa
innymi czynnościami.

Wiesław:

Na papierosach jest napisane, że palenie zabija. Tak – ale nie jest napisane, że już. W moim
przypadku wygląda to tak, że im gorszy jest mój stan, tym silniej podświadomie staram
się to wyprzeć. Zajmuję się wtedy różnymi bezmyślnymi czynnościami, żeby o tym nie
myśleć. I tak jakoś trwam – tak to właśnie wygląda.

Zmiana papierosów analogowych na elektroniczne jest postrzegana w tym wypadku albo jako mniejsze
zło, albo jako mały sukces na drodze do rzucenia palenia.

Halina:

To nie jest łatwa sprawa – kilkakrotnie próbowałam rzucić palenie i za każdym razem bez
większego skutku. W ostatniej chwili zdecydowałam się więc na przejście na papierosa
elektronicznego. Mój pulmonolog nie skakał z radości, ale przyznał, że nie jest to idealne
rozwiązanie, natomiast traktuje je jako „mniejsze zło”. I tego się trzymam – choć zdaję
sobie sprawę, że wciąż pozostaje to problem, to jednak w porównaniu z tradycyjnym
paleniem jest to dla mnie mniej szkodliwe.

Motywacja do rzucenia palenia jest różna i często zależy od płci. Kobiety częściej wskazywały na
znaczenie wydarzeń rodzinnych i opiekuńczych – szczególnie ciąży własnej oraz troski o zdrowie
dzieci – jako impulsu do podjęcia próby rzucenia. Mężczyźni natomiast częściej koncentrowali się
na funkcjonalnych aspektach życia codziennego, takich jak wydolność fizyczna, zachowanie moż-
liwości pracy czy aktywności dnia codziennego oraz odczuwalny wpływ objawów choroby na ich
niezależność.

Czynniki sprzyjające skutecznemu rzuceniu obejmowały silny motyw wewnętrzny, doświadczenie
kryzysu zdrowotnego lub wydarzeń życiowych nadających paleniu nowy kontekst – np. hospitalizacja
w związku z POChP, nasilenie duszności, zaostrzenia choroby czy choroba i śmierć bliskiej osoby.
Natomiast czynniki utrudniające to silny stres, powtarzające się objawy, presja społeczna, brak
akceptacji choroby czy głęboko zakorzenione rytuały związane z paleniem.

Narracje pacjentów pokazują, że próby rzucania palenia są procesem kumulatywnym, dynamicznym
i wieloetapowym. Każda próba, niezależnie od sukcesu, wpływa na kolejne decyzje – doświadcze-
nie nieudanej próby często przygotowuje grunt do bardziej przemyślanej strategii w przyszłości.
Moment kryzysu, emocjonalny lub zdrowotny, bywa punktem zwrotnym, kiedy pacjent staje się
bardziej otwarty na zmianę i gotowy do podejmowania działań w kierunku ograniczenia lub za-
przestania palenia.

2.3. A GDYBY NIKOTYNIZM BYŁ JAK ALKOHOLIZM?

Wywiady z pacjentami z POChP ujawniają interesującą obserwację dotyczącą charakteru uzależnienia od nikotyny w porównaniu z innymi substancjami, takimi jak alkohol. Jeden z pacjentów podkreślił, że papieros jest „łatwiejszy do zignorowania”, ponieważ nie wywołuje dramatycznych, natychmiastowych konsekwencji dla życia społecznego czy fizycznego w takim stopniu, w jakim dzieje się to w przypadku alkoholizmu. W codziennym doświadczeniu palacza, skutki palenia – choć realne i postępujące – rozwijają się powoli i często są mniej namacalne niż konsekwencje nadużywania alkoholu, które mogą ujawniać się gwałtownie, prowadząc do widocznych problemów zdrowotnych, konfliktów rodzinnych lub utraty pracy.

Paweł:

Bo człowiekowi potrzebny jest „dupowstrząs”, aby przestał palić. Trochę jak w alkoholizmie. Ja jestem trzeźwym alkoholikiem, coś o tym wiem. Jeżeli alkoholik tego nie przeżyje, to nie przestanie pić. Natomiast ja przeżyłem, bo któregoś pięknego dnia mój dyrektor powiedział: jutro cię wywalę z roboty, jak nie przestaniesz pić. To mną wstrząsnęło. Palenie nie grozi takimi konsekwencjami. Przez to jest trudniej rzucić. W przypadku alkoholu przypominam sobie to, co spieprzyłem albo straciłem w życiu przez wódę. I mi odchodzi chęć picia. A w związku z papierosami, ja nie poniosłem, żadnych strat. Nikomu krzywdy nie zrobiłem przez palenie, a przez wódę zdarzyło się.

Z perspektywy psychologicznej oznacza to, że uzależnienie od nikotyny jest bardziej subtelne, osadzone w codziennych rytuałach, a jednocześnie trudne do dostrzeżenia i zmierzenia przez samego pacjenta. Pacjenci z POChP wskazują, że papieros towarzyszy im w wielu chwilach – podczas pracy, relaksu, spotkań towarzyskich czy samotności – i choć wiedzą o zagrożeniach dla zdrowia, ryzyko wydaje się odległe lub stopniowe. W przeciwieństwie do alkoholu, którego skutki bywają natychmiastowe i alarmujące, palenie papierosów nie „zmusza” do refleksji w tym samym stopniu.

Komentarz lekarski

Narracje pacjentów pokazują uzależnienie nikotynowe jako proces wieloletni, powiązany z regulacją emocji, stresem i relacjami społecznymi – i to jest klinicznie kluczowe. W POChP zaprzestanie palenia pozostaje interwencją o najwyższej wartości prognostycznej, ale skuteczność „samej porady” antynikotynowej jest ograniczona. Standardem powinno być: krótka interwencja + wsparcie behawioralne + farmakoterapia (NRT, wareniklina, bupropion – dobór indywidualny) oraz powtarzanie interwencji w każdej styczności z systemem, szczególnie po zaostrzeniu. W raporcie warto dodatkowo zauważyć perspektywę „momentów krytycznych”: hospitalizacja i silne uczucie duszności często tworzą okno motywacyjne, ale bez wdrożenia strukturalnego wsparcia (poradnictwo antynikotynowe, plan po wypisie) motywacja wygasa. To łączy rozdział o paleniu z rozdziałem o zaostrzeniach.

Porównanie obu uzależnień wskazuje na ważne różnice w mechanizmach motywacyjnych i podejmowaniu decyzji o zmianie zachowań. Pacjent zauważa, że trudniej zmobilizować się do rzucenia palenia, bo nie ma gwałtownej interwencji społecznej ani dramatycznego sygnału ostrzegawczego – konsekwencje ujawniają się stopniowo, a ciało zdaje się tolerować nawyk przez długi czas. Alkoholizm, dzięki swoim natychmiastowym, często widocznym skutkom, generuje presję do działania zarówno od samego uzależnionego, jak i od otoczenia. W analizowanych narracjach pacjentów oraz w szerszym kontekście społecznym wyraźnie widoczna jest asymetria pomiędzy społecznym i prawnym traktowaniem palenia papierosów a picia alkoholu. Choć oba zachowania niosą istotne konsekwencje zdrowotne, zakres regulacji prawnych, sankcji oraz społecznych reakcji na ich skutki jest wyraźnie nierówny. Ta różnica ma znaczenie nie tylko normatywne, lecz także psychologiczne i kliniczne – wpływa bowiem na sposób postrzegania ryzyka, odpowiedzialności i granic własnych zachowań przez pacjentów z POChP.

W przypadku alkoholu system prawny jednoznacznie definiuje sytuacje, w których spożycie jest niedopuszczalne lub sankcjonowane. Picie alkoholu w miejscach publicznych, prowadzenie pojazdów pod wpływem alkoholu czy wykonywanie obowiązków zawodowych w stanie nietrzeźwości wiąże się z jasno określonymi konsekwencjami prawnymi: mandatami, utratą uprawnień, odpowiedzialnością karną lub dyscyplinarną. Co istotne, sam stan upojenia alkoholowego jest społecznie rozpoznawalny i stygmatyzowany – widoczne objawy, takie jak zaburzenia mowy, chwiejny chód czy utrata kontroli nad zachowaniem, są traktowane jako sygnał przekroczenia normy. Społeczna reakcja bywa natychmiastowa: wezwanie służb, interwencja otoczenia, wykluczenie z określonych ról.

W odniesieniu do palenia papierosów podobny mechanizm praktycznie nie występuje. Choć wprowadzono zakazy palenia w określonych przestrzeniach publicznych, sankcje mają ograniczony zakres i rzadko są egzekwowane z taką samą stanowczością jak w przypadku alkoholu. Co więcej, **nie istnieje prawnie ani społecznie rozpoznawalny odpowiednik „stanu upojenia nikotynowego”**. Palenie – nawet intensywne – nie prowadzi do natychmiastowych, widocznych zaburzeń zachowania, które wymagałyby reakcji otoczenia lub interwencji instytucjonalnej. Pacjent może palić regularnie, nawet w obecności objawów choroby, nie naruszając formalnie żadnych norm poza zakazami miejscowymi.

Z perspektywy pacjentów z POChP oznacza to, że palenie funkcjonuje jako zachowanie **społecznie tolerowane**, a jego konsekwencje są rozciągnięte w czasie i pozbawione jednoznacznych punktów granicznych. W przeciwieństwie do alkoholu, gdzie „przekroczenie granicy” bywa jednoznaczne i sankcjonowane, palenie pozwala na długotrwałe funkcjonowanie w stanie przewlekłego ryzyka bez konieczności konfrontacji z jego skutkami. Brak natychmiastowej reakcji systemowej wzmacnia przekonanie, że zachowanie – choć niekorzystne – pozostaje pod kontrolą i nie wymaga pilnej zmiany.

Ta różnica ma istotne znaczenie dla sposobu, w jaki pacjenci interpretują własną odpowiedzialność za zdrowie. Alkoholizm, ze względu na wyraźne ramy prawne i społeczne, jest częściej postrzegany jako problem wymagający interwencji, leczenia i ograniczeń. Nikotynizm natomiast pozostaje w sferze „prywatnego wyboru”, nawet wtedy, gdy prowadzi do ciężkiej choroby przewlekłej. W konsekwencji pacjenci z POChP mogą przez długi czas nie odczuwać presji zmiany zachowania, mimo pogarszającego się stanu zdrowia.

Paweł:

Nie doświadczyłem bezpośrednich konsekwencji mojego palenia – nie wyrządziłem nikomu krzywdy, podczas gdy w przeszłości alkohol bywał przyczyną problemów. W związku z tym brak jest spektakularnych, natychmiastowych skutków nałogu tytoniowego. Oczywiście są konsekwencje zdrowotne, finansowe czy związane z uzależnieniem, ale pozostają one w sferze mojego wyboru i nie szkodzą innym.

Z punktu widzenia praktyki klinicznej i zdrowia publicznego oznacza to, że brak silnych sankcji prawnych wobec palenia papierosów przenosi ciężar odpowiedzialności niemal wyłącznie na jednostkę i relację terapeutyczną. Lekarz pracuje z pacjentem, który funkcjonuje w systemie społecznym niejednoznacznie reagującym na jego nałóg. W odróżnieniu od alkoholu, gdzie prawo i normy społeczne często wspierają proces zmiany, w przypadku palenia pacjent pozostaje w środowisku, które – pośrednio – umożliwia podtrzymywanie zachowania ryzykownego. To dodatkowo tłumaczy, dlaczego palenie papierosów bywa postrzegane przez pacjentów jako uzależnienie „łatwiejsze do utrzymania” i trudniejsze do jednoznacznego zakwestionowania, nawet w obliczu choroby zagrażającej życiu. Dla pacjentów z POChP ta percepcja ma istotne znaczenie w codziennym radzeniu sobie z chorobą. Palenie pozostaje „bezpiecznym” sposobem radzenia sobie ze stresem, lękiem czy nudą, mimo że jego długofalowe skutki są poważne. Wielu pacjentów przyznaje, że dopiero pogorszenie stanu zdrowia lub doświadczenie ostrzeżenia lekarskiego, np. hospitalizacji z powodu zaostrzenia POChP, powoduje, że zagrożenie staje się realne i widać sens zmiany. Z perspektywy interwencji terapeutycznej oznacza to, że wsparcie pacjentów w rzucaniu palenia musi uwzględniać tę subtelną dynamikę uzależnienia.

Lekarz czy pielęgniarka nie mogą liczyć na natychmiastową reakcję wynikającą z bezpośredniego zagrożenia, jak ma to miejsce w przypadku alkoholu. Konieczne jest powolne, stopniowe uświadamianie konsekwencji, wprowadzanie realistycznych strategii ograniczania palenia i akcentowanie drobnych korzyści zdrowotnych. Kluczowe jest także zrozumienie psychologicznych funkcji papierosa – ulgę w napięciu, poczucie kontroli, rytuał – oraz włączanie pacjenta w proces refleksji nad tym, co jest dla niego ważne, aby decyzja o zmianie była świadoma i możliwa do utrzymania w czasie.

Wnioski z wywiadów pokazują, że uzależnienie od nikotyny wymaga innego podejścia niż inne nałogi – jego skutki nie są natychmiastowe, a więc motywacja do zmiany często pojawia się dopiero w momentach krytycznych, takich jak hospitalizacja lub pogorszenie funkcjonowania. Zrozumienie tej specyfiki jest kluczowe dla skutecznego wsparcia pacjentów z POChP w procesie ograniczania lub rzucania palenia.

Pacjenci zauważają, że to „powolne działanie” uzależnienia sprawia, że decyzje o rzuceniu palenia są odraczane. Nawet przy rosnących ograniczeniach oddechowych i świadomości ryzyka, papieros wciąż daje poczucie kontroli i chwilowej ulgi, a konsekwencje zdrowotne wydają się odległe. W rezultacie mechanizmy obronne – zaprzeczanie, minimalizowanie zagrożenia, porównywanie się z innymi palaczami – działają skutecznie, utrudniając zmianę zachowań. Z perspektywy klinicznej oznacza to, że lekarze i pielęgniarki pracują z pacjentem w sytuacji, w której uzależnienie jest „ciche” i nie wymusza natychmiastowego działania. Edukacja i interwencje muszą być prowadzone konsekwentnie, etapowo i dostosowane do percepcji pacjenta oraz jego aktualnej motywacji do zmiany. Podczas zaostrzeń lub hospitalizacji, kiedy skutki choroby stają się namacalne, pojawia się tzw. „okno motywacyjne” – moment, w którym pacjent jest bardziej gotowy do przyjęcia informacji o ryzyku i podjęcia działań ograniczających szkodliwe zachowania. Wywiady pokazują, że brak dramatycznych skutków codziennych decyzji związanych z paleniem sprawia, iż pacjent często odczuwa, że „może jeszcze zdążyć” – co wydłuża okres utrzymywania nałogu, mimo świadomości choroby i doświadczenia ograniczeń w funkcjonowaniu. Dlatego podejście do pacjenta z POChP wymaga nie tylko dostarczania rzetelnej wiedzy, ale także budowania refleksji nad skutkami długoterminowymi oraz wspierania go w dostrzeganiu niewielkich, ale istotnych zmian w zdrowiu i jakości życia, które mogą wynikać z ograniczenia palenia.

3. Życie, które gaśnie powoli i etapami

Pacjent z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) nie jest „jednorodnym” pacjentem – jego doświadczenie choroby zmienia się w czasie, w zależności od charakteru objawów, długości trwania choroby i zmian, jakie w jego życiu wprowadza choroba. Między pacjentami widoczne są w tym zakresie podobieństwa, które pozwalają wyodrębnić pewne charakterystyczne **etapy życia z POChP**. To jak dany pacjent przyjmie diagnozę, jak będzie współpracował z lekarzem, jak będzie przyjmował leki i jak będzie sobie radził w codziennym życiu będzie zależało od tego, na jakim etapie życia z POChP się znajduje.

Życie pacjenta z POChP można porównać do powoli gasnącego światła – zmiany zachodzą stopniowo, etap po etapie. Choroba nie pojawia się nagle – jest procesem przewlekłym, który rozwija się przez lata, często niezauważalnie na początku. Na wczesnym etapie objawy są subtelne. Z czasem jednak światło życia powoli przygasa, a objawy wzmagają się. W miarę postępu choroby powoli gaśnie wiele aspektów życia pacjenta. Najpierw wyraźnie zmniejsza się **energia fizyczna** – codzienne czynności, które kiedyś wykonywano bez wysiłku, stają się wyzwaniem. Równocześnie powoli zanika **samodzielność**, a pacjent coraz częściej potrzebuje wsparcia rodziny lub opiekunów w prostych obowiązkach. Z czasem gaśnie przestrzeń, którą pacjent poświęcał swoim **pasjom i zainteresowaniom** – ulubione hobby czy sport stają się niemożliwe do wykonywania, a czas wolny zaczyna podporządkowywać się planowi odpoczynku i kontroli objawów. Stopniowo

Komentarz socjologa zdrowia

Znajomość wymienionych etapów jest kluczowa dla oddziaływań lekarza, jak i innego personelu medycznego. Traktowanie pacjenta z POChP jako pacjenta o tych samych cechach przez cały okres chorowania jest błędem i może powodować, że pacjent będzie wydawał się niewspółpracujący. Chory na każdym z tych etapów to inny pacjent, pomimo tego, że to ta sama osoba. Znajomość kolejnych etapów, przez które on przechodzi umożliwia lekarzowi:

- **Dopasowanie komunikacji i edukacji do poziomu świadomości pacjenta**, tak aby była skuteczna i zrozumiała.
- **Wczesne wykrywanie subtelnych zmian**, zanim choroba znacząco ograniczy codzienne funkcjonowanie.
- **Lepsze planowanie leczenia i wsparcia**, w tym momentu wprowadzenia nowych leków czy rehabilitacji.
- **Zrozumienie zachowań pacjenta**, np. zaprzeczania objawom, unikania wizyt lub minimalizowania problemów, które wynikają z mechanizmów psychologicznych.

Dzięki świadomości tych etapów lekarz może nie tylko skuteczniej prowadzić leczenie, ale również **wspierać pacjenta w adaptacji do choroby**, minimalizując straty jakości życia i zwiększając jego zaangażowanie w proces terapeutyczny. W ten sposób proces gaśnięcia jego życia ma szansę przebiegać w godności.

Komentarz lekarski

Etapowość opisu jest klinicznie trafna: POChP jest chorobą z okresami względnej stabilizacji przerywanymi epizodami gwałtownego pogorszenia.

Z punktu widzenia medycznego warto dodać, że **zaostżenia nie są wyłącznie „epizodem”** – każde z nich pozostawia trwałe spadek funkcji płuc i sprawności, zwiększając ryzyko kolejnych zaostżeń (mechanizm błędnego koła). Dlatego współczesne standardy koncentrują się nie tylko na leczeniu objawów, ale na prewencji zaostżeń oraz na leczeniu dostosowanym do fenotypu choroby (eozynofilia, zaostżenia, niewydolność oddechowa).

zmniejszają się też **kontakty społeczne** – spotkania z przyjaciółmi, wyjścia i aktywności towarzyskie stają się rzadsze, a izolacja narasta. Powoli gaśnie również **radość i satysfakcja z codziennego życia**. Pojawiają się frustracja, poczucie straty i smutek związany z ograniczeniami, a wraz z nimi stopniowo **maleje poczucie kontroli nad własnym życiem**. Każdego dnia trudniej jest podejmować decyzje samodzielnie, a codzienne aktywności podporządkowane są objawom choroby i potrzebie odpoczynku. Z czasem obniża się też **motywacja i odporność psychiczna** – pacjent może czuć się przytłoczony chorobą, mniej chętny do podejmowania wysiłku i inicjatywy. Nieustannie, choć subtelnie, gaśnie również **komfort fizyczny i zdrowie** – narasta duszność, zmęczenie staje się przewlekłe, za-

ostżenia choroby pojawiają się coraz częściej, a codzienny sen i regeneracja nie przynoszą już pełnej regeneracji. Wszystkie te zmiany razem tworzą obraz życia, które powoli traci blask i stabilność, a każdy dzień staje się coraz bardziej podporządkowany ograniczeniom wynikającym z choroby. Proces gaśnięcia następuje etapami, a każdy kolejny z nich to „jeden stopień niżej” od poprzedniego w wymienionych kontekstach.

Życie z POChP składa się z następujących etapów:

- **Etap 1. Życie z budzącą się chorobą**

Na tym etapie choroba zaczyna się rozwijać, ale jest jeszcze ledwie zauważalna dla chorego. Pacjent może doświadczać przewlekłego kaszlu, lekkiej duszności przy wysiłku lub poczucia szybkiego zmęczenia, ale najczęściej ignoruje te objawy lub przypisuje je codziennym trudom, zmęczeniu czy procesowi starzenia się. Funkcjonowanie w pracy, w domu i w relacjach pozostaje niemal niezmienione. Jest to pierwszy „stopień w dół” – choć obniżenie sprawności jest minimalne, pojawia się już ukryta zmiana, której pacjent często nie dostrzega.

- **Etap 2 – Cicha adaptacja (faza dostosowywania codzienności)**

W tym etapie objawy są coraz bardziej widoczne dla pacjenta, są częstsze i mocniejsze. Nie można przejść obok nich obojętnie. Pacjent zaczyna dostosowywać codzienne życie do ograniczeń. Stosuje on własne strategie, by radzić sobie z objawami. Obowiązki są rozkładane w czasie, niektóre aktywności ograniczane lub wykonywane w wolniejszym tempie. Duszność czy zmęczenie stają się bardziej odczuwalne, ale pacjent nadal stara się zachować poczucie samodzielności. To drugi „stopień w dół” – funkcjonowanie nieco się obniża, ale pacjent utrzymuje kontrolę nad codziennym rytmem.

- **Etap 3 – Narastające ograniczenia (faza utraty rezerwy)**

Objawy stają się coraz bardziej dokuczliwe – pacjent odczuwa ograniczenia w domu, w pasjach i w kontaktach społecznych. Codzienne czynności wymagają planowania i częstych przerw. Pojawia się frustracja i poczucie straty możliwości, a świadomość choroby wzrasta. Pacjent uświadamia sobie, że choroba wpływa na życie w coraz większym stopniu. Ten „stopień w dół” oznacza wyraźne obniżenie sprawności – pacjent zaczyna poszukiwać wsparcia i współpracować z lekarzem.

- **Etap 4 – Zaostrzenie szpitalne (faza konfrontacji z przewlekłością)**

Nagłe pogorszenie stanu zdrowia wymaga hospitalizacji. Pacjent konfrontuje się w pełni z przewlekłym charakterem choroby i ograniczeniami funkcjonalnymi. W tym momencie jego gotowość do współpracy z personelem medycznym i do przyjmowania leków jest najwyższa, motywowana lękiem i chęcią poprawy stanu zdrowia. Ten „stopień w dół” jest wyraźny – codzienne życie podporządkowane jest leczeniu, monitorowaniu stanu zdrowia i odpoczynkowi. Etap ten może powtarzać się wiele razy, a wraz z kolejnym zaostrzeniem szpitalnym świadomość braku kontroli nad chorobą wzrasta.

- **Etap 5 – Ograniczenie przestrzeni życia (faza uwięzienia domowego)**

Na tym etapie aktywność pacjenta skupia się niemal wyłącznie na domu i podstawowych czynnościach. Kontakty społeczne, hobby i samodzielne poruszanie się są mocno ograniczone, a pacjent w dużej mierze zależy od rodziny i opiekunów. Najważniejsze staje się bezpieczeństwo, poczucie kontroli i zachowanie godności oraz autonomii w codziennym życiu. Ten ostatni „stopień w dół” oznacza największe ograniczenie funkcjonowania, a jednocześnie moment, w którym wsparcie i adaptacja środowiska mogą znacząco poprawić komfort życia pacjenta.

4. Świat emocji pacjenta z POChP

Choroba przewlekła nie jest wyłącznie zbiorem objawów somatycznych ani problemem stricte medycznym – stanowi doświadczenie egzystencjalne, które stopniowo przenika sposób myślenia, odczuwania i interpretowania własnego życia. W przypadku POChP proces ten ma szczególny charakter: choroba rozwija się powoli, często przez długi czas pozostaje „niewidzialna”, a jej objawy są bagatelizowane lub włączane w narrację codziennej normalności. To sprawia, że świat emocji pacjenta kształtuje się stopniowo, nierzadko poza świadomością samego chorego.

Emocje pacjentów z POChP nie pojawiają się nagle wraz z rozpoznaniem, lecz ewoluują wraz z kolejnymi fazami choroby – od zaprzeczania i minimalizacji, przez ambiwalencję i narastający lęk, aż po konfrontację z ograniczeniami i próbę adaptacji do nowej rzeczywistości. Co istotne, emocje te często wyprzedzają gotowość poznawczą: zanim pacjent będzie w stanie przyjąć wiedzę o chorobie, zmienić zachowania zdrowotne, czy wejść w aktywną współpracę terapeutyczną, musi najpierw zmierzyć się z własnym lękiem, stratą, poczuciem winy lub bezradności.

Faza życia z budzącą się chorobą

Na tym etapie emocje są słabo nazwane i rozproszone. Pacjent najczęściej nie myśli o sobie jako o osobie chorej, a pojawiające się objawy wywołują raczej irytację niż lęk. Duszność czy kaszel bywają traktowane jako coś „normalnego”, „z wieku”, „z palenia, ale bez przesady”. Dominuje psychiczny dystans do zagrożenia. Emocjonalnie jest to faza zaprzeczania i minimalizacji, często podszyta przekonaniem o własnej odporności. Pojawia się myślenie porównawcze („inni mają gorzej”), które chroni przed niepokojem, ale jednocześnie blokuje refleksję. Lęk – jeśli się pojawia – jest krótkotrwały i szybko zagłuszany. W tle może funkcjonować nieuświadomiony strach przed utratą kontroli, lecz pacjent nie dopuszcza go do głosu.

Faza cichej adaptacji

W tej fazie emocje stają się bardziej obecne, ale nadal słabo werbalizowane. Pacjent zaczyna zauważać, że jego ciało „nie działa jak dawniej”, co rodzi niepokój o codzienne funkcjonowanie, a nie o przyszłość, czy chorobę jako taką. Dominującym doświadczeniem emocjonalnym jest ambiwalencja: z jednej strony pojawia się zaniepokojenie, z drugiej – silna potrzeba utrzymania normalności. Pacjent uczy się „żyć obok objawów”, a emocjonalnym mechanizmem regulacyjnym staje się unikanie – nie tyle faktów, co ich znaczenia. Często obecne jest ciche zmęczenie, frustracja związana z ograniczeniami oraz poczucie niesprawiedliwości, które jednak rzadko bywa artykułowane. Emocje są przeżywane indywidualnie, bez dzielenia się nimi z otoczeniem.

Faza narastających ograniczeń

Na tym etapie świat emocjonalny pacjenta wyraźnie się zagęszcza. Objawy przestają być „tłem” i zaczynają realnie ingerować w życie, co wywołuje lęk, złość i poczucie straty. Pacjent coraz częściej doświadcza, że nie panuje nad swoim ciałem tak, jak wcześniej. Pojawia się lęk antycypacyjny – obawa przed wysiłkiem, dusznością, kolejnym pogorszeniem. Emocjom często towarzyszy poczucie winy (zwłaszcza u palaczy), choć bywa ono wypierane lub racjonalizowane.

Jolanta:

Raczej czuję złość skierowaną do siebie samej. Myślę o tym, że gdybym żyła inaczej – mniej paliła, była wcześniej bardziej świadoma – być może sytuacja wyglądałaby dziś inaczej. Zastanawiam się też, czy nie należało wcześniej uważniej przyjrzeć się mojemu częstemu chorowaniu w młodości. Przecież chorowałam właściwie bez przerwy i być może należało wtedy bardziej drążyć ten temat. Dziś pozostaje mi już tylko takie myślenie „co by było, gdyby”, choć mam świadomość, że niewiele mogę z tym zrobić. Mogę co najwyżej mieć żal – do siebie albo do lekarzy – ale to nie zmienia obecnej sytuacji.

W tej fazie pacjent zaczyna emocjonalnie konfrontować się z chorobą, choć często robi to fragmentarycznie – „na raty”. Równolegle może narastać złość: na siebie, na ciało, na system ochrony zdrowia. To moment, w którym emocje bywają intensywne, ale też bardziej dostępne dla rozmowy, jeśli pacjent czuje się bezpiecznie.

Faza zaostrzenia i hospitalizacji

Hospitalizacja jest zwykle emocjonalnym punktem zwrotnym. Dominuje silny lęk, czasem wręcz poczucie zagrożenia życia. Pacjent doświadcza bezradności, zależności od innych i utraty sprawczości.

Świat emocji staje się reaktywny: strach, napięcie, niepewność przeplatają się z chwilową ulgą, gdy objawy ustępują. Często pojawia się potrzeba sensu – pytania „dlaczego”, „co dalej”, „czy to się powtórzy”. Jednocześnie emocje są niestabilne: zdolność do ich regulacji bywa obniżona przez zmęczenie, duszność i stres. Pacjent może być emocjonalnie otwarty, ale jednocześnie łatwo przeciążony. To faza wysokiej podatności emocjonalnej.

Faza ograniczenia przestrzeni życia (życie domowe)

W tej fazie emocje ulegają pewnej stabilizacji, ale nie oznacza to ich osłabienia. Dominuje smutek związany z utratą dawnego życia, czasem żałoba po utraconych rolach i możliwościach. Pojawia się poczucie zależności, które bywa trudne do zaakceptowania. U części pacjentów rozwija się rezygnacja lub zobojętnienie emocjonalne, u innych – przewlekły lęk, szczególnie przed kolejnym zaostrzeniem. Emocje często koncentrują się wokół poczucia bezpieczeństwa: oddechu, leków, obecności bliskich.

Zdaniem psychologa

W sytuacji występowania lęku mogą być wykorzystywane techniki behawioralne np. trening autogenny Schultza. Dzięki ich poznaniu chory może wpływać na redukcję negatywnych emocji, przerwać błędne koło – gdy lęk przyczynia się do hiperwentylacji i zwiększonego wysiłku oddechowego, co wtórnie zwiększa poczucie duszności i lęk.

Komentarz lekarski

Lęk, depresja, poczucie winy i wstyd są w POChP częste i klinicznie „wysokokosztowe”: pogarszają adherencję, nasilają odczuwanie duszności, zwiększają ryzyko izolacji społecznej i ograniczają gotowość do rehabilitacji. Medycznie ważne jest podkreślenie, że duszność ma komponent fizjologiczny i percepcyjny – dlatego skuteczna opieka obejmuje równoległe leczenie inhalacyjne, trening wysiłkowy, techniki oddechowe i wsparcie psychologiczne.

Jednocześnie możliwe jest pojawienie się dojrzałej akceptacji – nie jako pogodzenia się z chorobą, lecz jako znalezienia nowego sposobu bycia w jej ramach. W tej fazie emocje są mniej gwałtowne, ale głębokie i trwałe.

Świat emocji pacjenta z POChP nie rozwija się liniowo, lecz falowo – od zaprzeczania, przez ambiwalencję i lęk, aż po konfrontację i adaptację. Emocje są ściśle powiązane z tym, jak pacjent rozumie chorobę i jak bardzo wpływa ona na jego codzienność. Z perspektywy klinicznej kluczowe jest to, że emocje wyprzedzają gotowość poznawczą: zanim pacjent będzie gotów przyjąć wiedzę czy podjąć zmianę, musi najpierw przeżyć i owoić to, co czuje.

5. Codzienne życie pacjentów z POChP

Życie z Przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) nie zmienia się gwałtownie ani jednorazowo. To proces rozciągnięty w czasie, w którym choroba stopniowo wnika w codzienność pacjenta, wpływając nie tylko na oddech, ale na wszystkie obszary jego funkcjonowania: sposób poruszania się, planowania dnia, przeżywania relacji, czerpania radości i poczucie wpływu na własne życie. Wraz z postępem choroby zmienia się nie tylko to, co pacjent może zrobić, ale także jak myśli o sobie, o swojej sprawczości i o przyszłości. Każdy kolejny etap przynosi gaśnięcie różnych obszarów życia. Na początku zmiany są subtelne i często niezauważane – zarówno przez pacjenta, jak i przez otoczenie. Z czasem jednak choroba zaczyna narzucać własny rytm, zawężać przestrzeń działania, ograniczać relacje i zmieniać sposób przeżywania codzienności. To, co początkowo jest jedynie drobną korektą tempa czy zakresu aktywności, może z biegiem lat przerodzić się w trwałe ograniczenie samodzielności i poczucia kontroli nad własnym życiem.

Przedstawione poniżej opisy kolejnych etapów z punktu widzenia codzienności pacjenta chorującego na POChP pozwala zobaczyć go nie jako „nosiciela objawów”, lecz jako osobę, której życie stopniowo się zmienia – często w sposób trudny do uchwycenia w trakcie krótkiej wizyty lekarskiej. Zrozumienie tych etapów jest kluczowe, ponieważ pacjent na każdym z tych etapów inaczej postrzega chorobę, inaczej reaguje na zalecenia, inaczej współpracuje z personelem medycznym i potrzebuje innego wsparcia. To właśnie codzienne funkcjonowanie – a nie tylko parametry spirometryczne – pokazuje, na jakim etapie choroby znajduje się pacjent i jak bardzo POChP wpłynęła już na jego życie.

5.1. ŻYCIE Z BUDZĄCĄ SIĘ CHOROBA

Kartka z pamiętnika

Dzisiaj wstałam o siódmej rano. Trochę pokastywałam, ale pewnie przeziębłam się po wczorajszej wizycie na działce. Zrobiłam sobie kawę i śniadanie, podlewałam kwiaty w domu, a potem wyszłam na krótki spacer po ogrodzie. Wnuki dzwoniły, że chcą przyjechać w weekend – uśmiechnęłam się, że znowu będziemy bawić się jak zwykle. Wieczorem posadziłam kilka nowych pomidorów na działce i poczułam lekkie zmęczenie, ale w sumie dzień był zwyczajny.

Etap ten jest pierwszym sygnałem, że w organizmie pacjenta zaczyna dziać się coś istotnego, choć on sam tego jeszcze nie zauważa w pełni lub bagatelizuje. W porównaniu do życia sprzed choroby, kiedy codzienna aktywność była w pełni spontaniczna, bez ograniczeń i poczucia ryzyka, teraz pojawiają się subtelne sygnały: drobny, przewlekły kaszel, lekkie zmęczenie przy większym wysiłku, chwilowa duszność

po wchodzeniu po schodach czy szybkim marszu. Te objawy są na tyle łagodne, że łatwo je zignorować, a pacjent często tłumaczy je stylem życia, pogodą, starzeniem się czy paleniem papierosów.

To jest moment „cichej zmiany”, w którym ciało zaczyna sygnalizować ograniczenia, ale psychika i codzienne przyzwyczajenia nie nadążają za tym sygnałem. Pacjent wciąż funkcjonuje niemal normalnie: wstaje samodzielnie, wykonuje swoje obowiązki, spędza czas w sposób dotychczasowy. Różnica między tym etapem a okresem sprzed choroby polega na tym, że pojawiają się pierwsze ograniczenia fizyczne i subtelne objawy, których skutki są na razie minimalne, ale już zaczynają kształtować nawyki i wybory.

5.2. FAZA CICHEJ ADAPTACJI

Kartka z pamiętnika

Dziś rano wstałam powoli, po kilku minutach odpoczynku. Kaszel i lekkie duszności są częstsze, więc przygotowałam śniadanie w mniejszych porcjach i robiłam przerwy przy podlewaniu kwiatów w domu. Na działce spędziłam tylko godzinę – zrobiłam to, co najważniejsze, a resztę zostawiłam na później. Wnuki przyszły na obiad, bawiłam się z nimi, ale po chwili musiałam usiąść i odpocząć. Wieczorem czytałam książkę i robiłam krótki spacer po ogrodzie – staram się nie rezygnować z moich przyjemności.

Faza cichej adaptacji to moment, w którym choroba zaczyna realnie wpływać na codzienne życie pacjenta, choć on sam nadal stara się funkcjonować „normalnie”. W porównaniu do etapu wcześniejszego zmiany stają się bardziej wyraźne i świadome. Pacjent zaczyna **dostosowywać swoje działania do ograniczeń fizycznych**, reorganizuje rytm dnia, wprowadza przerwy, unika wysiłków, które wcześniej nie stanowiły problemu. Na tym etapie pacjent jest już świadomy, że coś w jego organizmie się zmienia – pojawiają się **częstsze epizody duszności, męczenia się czy kaszlu**. Zaczyna też zauważać, że energia fizyczna nie jest już taka sama jak wcześniej. Jednak pomimo tego, że świadomość choroby wzrasta, pacjent **nie definiuje jeszcze siebie jako osoby przewlekle chorej**, a codzienne życie wciąż kręci się wokół obowiązków, pasji i kontaktów społecznych. Jest to jednocześnie faza, w której kształtują się pierwsze trwałe mechanizmy adaptacyjne – organizm i psychika uczą się „oszczędzać siły”, a pacjent nieświadomie planuje aktywności tak, aby ograniczyć dyskomfort i poczucie zmęczenia.

5.3. FAZA NARASTAJĄCYCH OGRANICZEŃ

Kartka z pamiętnika

Rano trudno było mi wstać z łóżka. Duszność pojawiła się już przy samym ubieraniu się. Na działce byłam tylko pół godziny – podlewałam kwiaty siedząc na krześle, a resztę pracy zostawiłam na kolejny dzień. Wnuki przyszły popołudniu i trochę się z nimi pobawiłam, ale szybko zmęczenie mnie dopadło i musiałam odpocząć w fotelu. Wieczorem czytałam trochę książki. Na koniec dnia czułam się bardzo zmęczona, chociaż zrobiłam niewiele.

Faza narastających ograniczeń stanowi punkt przełomowy w przebiegu choroby. W odróżnieniu od fazy cichej adaptacji, w której pacjent wciąż skutecznie „zarządzał” objawami poprzez planowanie i oszczędzanie sił, na tym etapie rezerwy organizmu zaczynają się wyczerpywać. Adaptacje, które dotąd wystarczały, przestają być skuteczne. Pacjent coraz częściej doświadcza sytuacji, w których mimo ostrożności, przerw i modyfikacji aktywności pojawia się duszność, silne zmęczenie i poczucie fizycznej niewydolności. Choroba przestaje być „tłem codzienności” – zaczyna ją aktywnie ograniczać. To etap, w którym pacjent po raz pierwszy wyraźnie odczuwa, że nie wszystko da się już obejść czy zaplanować, a codzienne funkcjonowanie wymaga realnych kompromisów.

5.4. FAZA ZAOSTRZENIA SZPITALNEGO

Kartka z pamiętnika

Dziś nie wstałam sama z łóżka – duszność i kaszel były silne już od rana. Musiałam poprosić męża o pomoc przy podstawowych czynnościach – ubraniu się, przygotowaniu śniadania. Wnuki nie mogły przyjść, więc rozmawialiśmy przez telefon. Na działkę nie mogę jechać, a nawet krótki spacer po domu sprawia mi trudność. Czuję się zmęczona i przestraszona, ale staram się współpracować z lekarzem. Przyjmuję leki i wykonuję ćwiczenia oddechowe, bo wiem, że to teraz jedyna droga, by zachować choćby minimalną sprawność.

Faza zaostżenia szpitalnego jest momentem gwałtownej konfrontacji z chorobą, który wyraźnie odróżnia się od fazy narastających ograniczeń. W poprzednim etapie pacjent doświadczał stopniowego pogarszania się funkcjonowania, ale wciąż próbował utrzymać kontrolę poprzez adaptacje. Zaostżenie natomiast zrywa ciągłość tego procesu – pojawia się nagle, intensywnie i w sposób, którego pacjent nie jest w stanie sam opanować. To etap, w którym choroba przestaje być przewlekłym tłem codzienności, a staje się ostrą sytuacją zagrożenia, wymagającą hospitalizacji, intensywnego leczenia i całkowitego podporządkowania się decyzjom personelu medycznego. Dla wielu pacjentów jest to pierwszy moment, w którym nie można już zaprzeczać przewlekłości choroby ani jej postępującemu charakterowi.

5.5. WYJŚCIE ZE SZPITALA JAKO MOMENT GRANICZNY

Wyjście ze szpitala nie jest powrotem do wcześniejszego życia. Jest **momentem przejścia**, w którym pacjent formalnie przestaje być chorym „ostрым”, ale nie odzyskuje dawnej sprawności ani poczucia bezpieczeństwa. To punkt graniczny między nadzieją na poprawę a uświadomieniem sobie trwałej zmiany. W czasie hospitalizacji pacjent funkcjonował w przestrzeni całkowitej opieki: monitorowany, zabezpieczony, otoczony personelem, z jasno wyznaczonym rytmem dnia. Decyzje były podejmowane za niego, a odpowiedzialność za zdrowie – przynajmniej częściowo – spoczywała na systemie. Moment wypisu oznacza **nagłe przeniesienie tej odpowiedzialności z powrotem na pacjenta**, często szybciej, niż jest on na to gotowy.

Zderzenie poprawy klinicznej z realnością codzienności

Pacjent opuszcza szpital w stanie „lepszem”, ale nie w stanie „dobrym”. Duszność jest mniejsza niż w momencie przyjęcia, ale większa niż kiedykolwiek wcześniej przed zaostżeniem. Zmęczenie utrzymuje się, a rezerwa sił jest wyraźnie ograniczona. To właśnie tutaj pojawia się pierwsze doświadczenie nowej codzienności: kilka schodów staje się wyzwaniem, droga z parkingu do mieszkania wymaga przerwy, a zwykłe czynności domowe powodują duszność. Pacjent po raz pierwszy konfrontuje się z faktem, że szpital „naprawił” sytuację ostrą, ale nie przywrócił dawnej sprawności.

Zmiana perspektywy psychicznej

Psychicznie jest to moment silnego napięcia. Z jednej strony pojawia się ulga – kryzys minął, oddychanie się poprawiło, zagrożenie życia zostało zażegnane. Z drugiej strony narasta lęk: „A co, jeśli znowu się pogorszy?”, „Czy dam sobie radę w domu?”, „Co, jeśli znów zabraknie powietrza?”. Pacjent zaczyna postrzegać swoje ciało jako nieprzewidywalne i zawodne. To zasadnicza różnica w porównaniu do etapu sprzed hospitalizacji, gdzie ograniczenia były stopniowe, a kontrola – choć słabnąca – nadal obecna. Po wyjściu ze szpitala pojawia się świadomość, że kolejne zaostżenie jest realną możliwością, a nie abstrakcyjnym zagrożeniem.

Zdaniem psychologa

Nieznane budzi lęk. Poznanie zjawisk wiążących się z chorobą, a zwłaszcza możliwości oddziaływania na jej przebieg, wpływa pozytywnie zmniejszenie lęku i może poprawić stosowanie się do zaleceń lekarskich. Zjawiska nieznane i niekontrolowalne powodują większy lęk, strategie unikowe w trakcie terapii.

Komentarz lekarski

W tym rozdziale perspektywy, kliniczna i socjologiczna, najbardziej się zbliżają. W praktyce lekarskiej „codziennosc” pacjenta (schody, zakupy, wyjście z domu) jest realnym miernikiem skuteczności terapii. Zgodnie z podejściem rekomendowanym w GOLD, celem leczenia jest poprawa objawów i tolerancji wysiłku oraz redukcja ryzyka zaostrzeń – co wymaga oceny CAT/mMRC i planowania działań nefarmakologicznych, w tym rehabilitacji. Brak aktywności to nie tylko skutek duszności, ale też przyczyna dalszego pogorszenia stanu ogólnego, gorsza ekonomika oddychania, zwiększona duszność przy mniejszym wysiłku). Stąd rehabilitacja oddechowa powinna być traktowana jako leczenie podstawowe, a nie dodatek.

Nowe znaczenie domu

Dom, który wcześniej był przestrzenią bezpieczeństwa i odpoczynku, zaczyna pełnić nową rolę. Staje się obszarem chronionym, ale jednocześnie ograniczonym. Pacjent porusza się ostrożniej, planuje każdy wysiłek, unika wychodzenia bez wyraźnej potrzeby. To moment, w którym zawężenie przestrzeni życia zaczyna się faktycznie, choć jeszcze nie jest nazwane. Pacjent nie mówi: „jestem uwięziony w domu”, ale zaczyna funkcjonować tak, jakby dom był jedyną bezpieczną strefą. Wyjście ze szpitala jest więc momentem granicznym, w którym:

- kończy się etap ostrej walki o stabilizację,
- zaczyna się życie z trwałym ograniczeniem,
- pacjent przestaje mieć złudzenie pełnej kontroli, a codzienność zostaje trwale przededefiniowana.

To właśnie ten moment otwiera fazę ograniczenia przestrzeni życia / uwięzienia domowego – etap, w którym pacjent żyje już nie „między zaostrzeniami”, lecz w cieniu kolejnego, reorganizując swoje życie wokół domu, leczenia i minimalizowania ryzyka pogorszenia. W tych pierwszych dniach w domu pacjent jest bardzo blisko siebie. Czasem aż za blisko. Nie ma już ucieczki w obowiązki, stały rytm. Wszystko zwalnia, a wraz z tym pojawia się świadomość: ciało stawia granice, a życie będzie musiało się do nich dostosować. To nie jest jeszcze akceptacja. To raczej ostrożne osvajanie się z nową rzeczywistością.

Faza zaostrzenia szpitalnego to moment ostrego załamania dotychczasowej równowagi. W przeciwieństwie

do fazy narastających ograniczeń, w której pacjent stopniowo tracił rezerwy, tutaj utrata kontroli jest nagła i jednoznaczna. Choroba przestaje być czymś, z czym można sobie radzić samodzielnie – staje się doświadczeniem granicznym, wymagającym hospitalizacji i intensywnej opieki. Choć zaostrzenie bywa czasowo odwracalne, jego konsekwencje są trwałe. Po wypisie pacjent rzadko wraca do wcześniejszego poziomu funkcjonowania. To doświadczenie otwiera drogę do kolejnego etapu – fazy ograniczenia przestrzeni życia / uwięzienia domowego, w której codzienność po hospitalizacji ulega trwałemu zawężeniu, a życie pacjenta zaczyna toczyć się głównie w obrębie domu, pod stałym wpływem zmniejszonej wydolności i lęku przed kolejnym zaostrzeniem.

5.6. FAZA OGRANICZENIA PRZESTRZENI ŻYCIA / UWIEZIENIE DOMOWE

Kartka z pamiętnika

Cały dzień spędzam w domu. Wstaję powoli, większość czynności wymaga pomocy męża – przygotowanie jedzenia, podlewanie kwiatów w domu, ubieranie się. Działka i ogród są poza moim zasięgiem, wnuki przychodzą tylko na krótko albo rozmawiamy przez telefon. Czasem patrzę przez okno na ogród i wspominam,

jak kiedyś sadziłam warzywa i kwiaty godzinami. Czuję zmęczenie, czasem smutek, że nie mogę funkcjonować jak kiedyś. Większość dnia podporządkowana jest leczeniu, odpoczynkowi i kontroli objawów.

Ten etap nie zaczyna się nagle. Nie ma jednej daty ani wyraźnej granicy. Przychodzi powoli, niemal niezauważalnie jako suma drobnych rezygnacji i decyzji podejmowanych „na wszelki wypadek”. Pacjent orientuje się, że jego świat realnie się skurczył – nie dlatego, że nie chce wychodzić, ale dlatego, że każde wyjście stało się logistycznym i fizycznym wyzwaniem. Przestrzeń życia zamyka się w ścianach domu, a czas zaczyna płynąć inaczej.

Komentarz socjologa zdrowia

Codzienne życie pacjenta z POChP nie jest jednorodne ani stałe. Zmienia się wraz z przebiegiem choroby, jej czasem trwania, nasileniem objawów oraz doświadczeniami, które pacjent gromadzi na kolejnych etapach. To, co z zewnątrz może wyglądać jak stopniowe „pogarszanie się stanu zdrowia”, od wewnątrz jest procesem głębokiej transformacji sposobu funkcjonowania, myślenia o sobie i relacji ze światem. Choroba nie tylko ogranicza oddech – z czasem reorganizuje całe życie. W pierwszych etapach POChP wpisuje się w codzienność niemal niezauważalnie. Objawy są tłumaczone wiekiem, trybem życia, kondycją lub „normalnym zmęczeniem”. Pacjent zachowuje poczucie sprawczości, samodzielności i kontroli, a choroba pozostaje na marginesie świadomości. Życie toczy się dalej, choć już zaczyna się zmieniać – wolniej, ostrożniej, z pierwszymi nieuświadomianymi rezygnacjami. W kolejnych fazach pacjent stopniowo dostosowuje codzienność do swoich możliwości. Zmiany nie są dramatyczne, lecz systematyczne: skracanie aktywności, upraszczanie dnia, unikanie sytuacji wymagających wysiłku. Choroba zaczyna wpływać na decyzje, choć nadal bywa minimalizowana lub racjonalizowana. Na tym etapie pacjent często funkcjonuje „pozornie dobrze”, ponosząc jednak rosnący koszt fizyczny i emocjonalny.

Moment zaostrenia i hospitalizacji stanowi punkt zwrotny. Codzienne życie zostaje gwałtownie przerwane, a pacjent po raz pierwszy doświadcza choroby jako takiej. W kolejnych fazach pacjent stopniowo dostosowuje codzienność do swoich możliwości. Zmiany nie są dramatyczne, lecz systematyczne: skracanie aktywności, upraszczanie dnia, unikanie sytuacji wymagających wysiłku. Choroba zaczyna wpływać na decyzje, choć nadal bywa minimalizowana lub racjonalizowana. Na tym etapie pacjent często funkcjonuje „pozornie dobrze”, ponosząc jednak rosnący koszt fizyczny i emocjonalny.

Moment zaostrenia i hospitalizacji stanowi punkt zwrotny. Codzienne życie zostaje gwałtownie przerwane. Pacjent żyje w stałym napięciu między chęcią zachowania niezależności a koniecznością akceptacji ograniczeń.

Opisane etapy pokazują, że pacjent z POChP nie jest „tym samym pacjentem” przez cały czas trwania choroby. Zmienia się jego ciało, psychika, sposób interpretowania objawów, gotowość do współpracy z personelem medycznym oraz oczekiwania wobec leczenia. To, co jest możliwe, zrozumiałe i akceptowalne na jednym etapie, na innym może być nieosiągalne lub niewystarczające.

Zdaniem psychologa

Ograniczenie codziennego życia do przestrzeni własnego mieszkania staje się wyzwaniem – pacjent jest osobą izolowaną społecznie, ma mniejsze możliwości udziału w życiu kulturalnym. Potrzeby chorych są pod tym względem zróżnicowane, dotyczą jednak wszystkich chorych dla których spędzanie czasu poza domem jest trudne lub niemożliwe. Często do tego ograniczenia dochodzi w sposób nagły, gdy po kolejnym zaostreniu okazuje się, że pacjent wymaga stałej tlenoterapii. W takiej sytuacji adaptacja do zmian jest trudniejsza. Zwykle pomoc ze strony środowiska dotyczy potrzeb podstawowych, związanych z egzystencją codzienną, rzadko chory rozmawia o innych potrzebach. Często zależność od otoczenia w zakresie czynności wysiłkowych (sprząatanie, gotowanie) lub wymagających wyjścia poza dom stanowi dla pacjenta źródło stresu, wstydu, pojawia się poczucie winy, niskiej samooceny. Może wpływać na unikanie zgłaszania potrzeb społecznych, kulturalnych, religijnych.

6. Diagnoza

6.1. PRZEWLEKŁA DROGA DO DIAGNOZY W PIERWSZYCH ETAPACH ROZWOJU POChP

Droga do diagnozy POChP w Polsce trwa średnio 10–15 lat licząc od pojawienia się pierwszych objawów. Jest procesem przewlekłym jak sama choroba, co może mieć związek z występującymi progami zwalniającymi, które możemy zaobserwować w około 75% przypadków. Ich obecność na ścieżce do diagnozy POChP danego pacjenta znacznie wydłuża proces uzyskania diagnozy, a im więcej ich występuje w danym przypadku, tym szanse na diagnozę POChP w początkowej fazie rozwoju maleją. Pierwszą z kwestii jest to, że objawy wydają się pacjentom mało znaczące. Nie wpływają znacząco na ich życie, są przez pacjentów rejestrowane, ale następnie chorzy o nich zapominają.

Jan:

Mniej więcej 10 lat temu sąsiadka powaliła las i powiedziała, że mogę sobie zabrać drewno na opał na zimę. No i jak poszedłem brać to drewno, to mi się łało z nosa i pomyślałem, coś jest nie tak, bo ja się nigdy nie pociłem. Tu na zrębie chłodno, nie ma upału i tak dalej, a ze mnie się leje. No i pomyślałem, że coś jest nie tak i na tym się skończyło diagnozowanie jakiejś choroby.

• PRÓG ZWALNIAJĄCY NR 1 Fałszywa atrybucja objawów POChP w pierwszej fazie ich rozwoju

Doświadczeniem wspólnym dla pacjentów są objawy POChP, które nie wzbudzają zaniepokojenia ani u lekarzy i innego personelu medycznego, ani u samych pacjentów i w początkowym etapie w ogóle nie wywołują zainteresowania żadnej ze stron. Pojawiające się wtedy zmęczenie lub kaszel interpretowane jest przez pacjentów jako skutek starzenia się organizmu lub innych chorób, które już mają zdiagnozowane. Nie jest ono zgłaszane lekarzowi jako coś, co niepokoi pacjenta.

Jan:

Choroba mi nie dokucza w żaden sposób. Oprócz tego, że jestem wolniejszy, ale wolniejszy jestem, bo mam PESEL też – nieświeży. Muszę teraz coraz częściej wyjść i usiąść na chwilę, ale to może wynikać właśnie z peselu. A że stoję nachylony w jedną stronę i zgarbiony, to może już mięśnie tego nie wytrzymują.

Bardzo szybko dostosowują oni obowiązki dnia codziennego i styl życia do własnych możliwości. W tym czasie następuje normalizacja objawów, a pacjenci w sposób adaptacyjny funkcjonują z nierozpoznaną chorobą. Dla nich skutkiem pierwszych objawów jest po prostu wolniejsze wykonywanie czynności.

W związku z tym, że pojawienie się pierwszych objawów pokrywa się z etapem okołomerytalnym lub w momencie, gdy pęd życia nie jest już tak duży (np. dzieci są dorosłe), zmiany stylu życia, które wprowadzają pacjenci, a które objawiają się „zwolnieniem”, traktują jako pozytywną zmianę w swoim życiu. Proces ten może trwać nawet 7 lat i nosi nazwę fałszywej atrybucji objawów, a więc przypisanie początkowym objawom POChP niewłaściwej przyczyny. Pacjenci ci przechodzą w tym okresie pierwszy z wielu procesów adaptacji do tej choroby nie mając jeszcze formalnej diagnozy. Kończą go jednak z pewnego rodzaju akceptacją objawów i uczą się z nimi na nowo żyć. Z tego powodu nie pojawiają się u lekarza, nie szukają powodu swojego spowolnienia przez wiele lat. Choroba jednak ciągle się rozwija. Po procesie adaptacji do jednego objawu pojawiają się takie, które powodują większe zaniepokojenie pacjenta, a tym samym rozpoczynają kolejny proces adaptacji.

- **PRÓG ZWALNIAJĄCY NR 2**
Nie ten lekarz, co trzeba

Częstsze zatrzymywania się, czy problemy z wejściem po schodach, zadyszki i przymus uspokojenia oddechu zaczynają niepokoić część pacjentów i w tym momencie trafiają do lekarza, szukając odpowiedzi na pytanie, co się z nimi dzieje. W tej sytuacji zwolnienie może przyjąć dwie formy. W pierwszym przypadku pacjenci trafiają do niewłaściwego lekarza. W zależności od tego, jaką przypiszą przyczynę objawom, trafiają ambulatoryjnie do specjalistów różnych specjalizacji. Jeżeli wybierają ścieżkę w ramach NFZ zaczynają ten proces od lekarza rodzinnego lub internisty („potrzebuję skierowanie do specjalisty”). W przypadku wyboru opcji prywatnej wachlarz wyborów jest szerszy. W tej sytuacji wybierają kardiologa („serce bije mi szybciej”), alergologa („może to astma”), neurologa („nie chodzę płynnie”), psychiatrę („mam ataki paniki”). Wybór lekarza z niewłaściwą specjalizacją wydłuża znacznie czas uzyskania prawidłowej diagnozy. Lekarz specjalista po dokonaniu diagnozy z własnej specjalizacji i wyczerpaniu możliwości leczenia z tej dziedziny zaczyna kierować pacjenta do innych specjalistów. W ten sposób przy okazji mogą zostać zdiagnozowane choroby współistniejące i leczenie ich może dać pacjentowi fałszywe poczucie, że leczy objawy, z którymi przyszedł. Z drugiej strony POChP dalej się rozwija, nie jest jednak nadal rozpoznane.

W drugiej sytuacji pacjent napotyka na swojej drodze ku diagnozie lekarza lub lekarzy, którzy pomimo zgłaszanych objawów POChP nie kierują pacjenta na spirometrię lub do pulmonologa. Można powiedzieć, że ignorują takie informacje w wywiadzie jak: palenie tytoniu, kaszel trwający przynajmniej 2 miesiące czy uczucie duszności przy wysiłku fizycznym. Pacjent nieświadomy tego, że trafił do lekarza mającego trudność z diagnozą POChP leczy się u niego do momentu, gdy w jego opinii czas na poprawę stanu zdrowia już dawno minął. Wtedy zazwyczaj zmienia on lekarza, co nie musi gwarantować uzyskania diagnozy.

- **PRÓG ZWALNIAJĄCY NR 3**
Lekarz właściwy, błędna diagnoza lub jej brak

Część pacjentów zaniepokojona swoimi objawami trafia jednak do lekarza, który w ramach swojej specjalizacji posiada kompetencje, aby dokonać rozpoznania POChP. Nie ma ono jednak miejsca. Pacjenci w swoich historiach wskazują na wiele takich sytuacji. Wśród nich jest ignorowanie objawów zgłaszanych przez pacjentów, robienie spirometrii, ale nie wyciąganie z jej wyników wniosków lub nie zlecanie badań mogących doprowadzić do diagnozy.

Elżbieta:

Pan doktor źle mnie leczył. Ja mówię, że jest gorzej. No to powinien lekarz zareagować. A on nie. On nie zlecił tomografu i tych badań. Nie, to było na tej zasadzie, że aha bierze pani to, to, to. Aha. No to już mnie szlag trafił jak z nim rozmawiałam. Miałam słabą spirometrię. On tylko mi potrafił mówić: proszę pani, co pani przyjdzie do mnie, to ta spirometria jest coraz gorsza. Mnie się wydaje, że powinien wiedzieć co robić, żeby ją poprawić, ewentualnie mnie jakoś pokierować.

Bardzo często stawiane są błędne diagnozy albo pacjenci dostają leki, ale nie są informowani na jaką chorobę są leczeni. Zazwyczaj budzi to ich poirytowanie, co pokazuje sytuacja opisana powyżej przez panią Elżbietę.

• PRÓG ZWALNIAJĄCY NR 4

Są wyniki, ale wizyta potwierdzająca u lekarza za pół roku

Mamy do czynienia także z sytuacją odwrotną, tzn. właściwy lekarz zleca właściwe badania, ale termin wizyty, na której ma dojść do oceny wyników tych badań i być może postawienia diagnozy POChP, jest bardzo odległy. Niepewność, którą odczuwają przez ten czas pacjenci, pcha ich do szukania interpretacji swoich wyników w innych miejscach niż gabinet lekarski. Grupy wsparcia dla pacjentów w sieci są pełne postów, w których pacjenci proszą innych chorych o interpretację wyników badań, które zlecił lekarz. Wstawiają zdjęcia RTG płuc, wyników spirometrii czy tomografii. W części przypadków otrzymują informację o tym, aby poczekać na wizytę u lekarza, ale bardzo wiele osób zostaje uspokojona, że nie należy się martwić wynikami. Często też opinie czytających post są sprzeczne. Taka sytuacja powoduje, że pacjenci odwołują wizytę u lekarza zostając praktycznie bez diagnozy.

Anonimowy członek grupy wsparcia:

Zrobiłam rtg klatki piersiowej i wyszło mi splotowy kąt przeponowo-żebrowy. Co to może być?

lub wkleją wyniki surowe i proszą o interpretację:

Anonimowy członek grupy wsparcia:

Mam 37 lat. Nie palę. Mam czasami takie napady, że ciężko mi nabrać oddech, myślałam, że to nerwica. Dziś byłam u lekarza i na rtg. W spirometrii słabo, wynik wklejam. Dostałam skierowanie do szpitala na badania, muszę się położyć. Może ktoś mi powiedzieć co to by znaczyło?

• PRÓG ZWALNIAJĄCY NR 5

Zaostrzenie POChP w szpitalu bez rozpoznania

U pacjentów, którzy już chorują na POChP, ale nie mają jeszcze rozpoznania, bardzo często szybciej dochodzi do diagnozy innych chorób. Z ich powodu dochodzi do zaostrzenia i pacjent trafia do szpitala. Z badań wykonanych pacjentowi w tej sytuacji wynika, że chory cierpiący np. na niewydolność serca, może mieć też POChP, ale lekarze nie stawiają tej diagnozy w szpitalu. Zamiast tego kierują go do poradni specjalistycznej. W założeniu pacjent ma trafić tam w ciągu miesiąca, jednak z różnych powodów tam nie trafia. To powoduje, że nadal nie otrzymuje diagnozy POChP, pomimo tego, że przy okazji zaostrzenia choroby współtowarzyszącej doszło już do zaostrzenia POChP. Pacjent nadal jest przekonany, że to, co mu dolega jest związane ze zdiagnozowaną już u niego chorobą i tak naprawdę nic nie robi z tym skierowaniem. Objawy po zaostrzeniu uspokajają się, pacjent uznaje, że wizyta u pulmonologa, do którego dostał skierowanie ze szpitala, jest niepotrzebna. Jego szansa na diagnozę zostaje przesunięta do momentu kolejnego zaostrzenia. Jego objawy mogą wtedy osiągnąć ciężki stan.

6.2. WIELE DIAGNOZ W RĘKACH PRZYPADKU

W trakcie rozmów z pacjentami okazało się, że około połowa z nich otrzymała diagnozy POChP przez przypadek. Mówiąc o przypadku mam tutaj na myśli rozpoznania, które dokonały się poza ścieżkami diagnoz, które wydają się być najszybsze, czyli:

- **W poradni rodzinnej**

Lekarz rodzinny w poradni ambulatoryjnej otrzymuje informację, że pacjent pali papierosy (tradycyjne lub elektroniczne), a jednocześnie obserwuje typowe objawy POChP (kaszel trwający 2 miesiące czy uczucie duszności przy wysiłku fizycznym). Efektem tego jest wystawienie skierowania na spirometrię albo do poradni pulmonologicznej. W tej sytuacji nie ma znaczenia, czy pacjent pojawił się w poradni z własnej inicjatywy, bo niepokoją go wymienione tutaj objawy, czy dzieje się to z inicjatywy lekarza, dla którego palenie papierosów jest czerwoną flagą, a z wywiadu wie o występowaniu typowych objawów POChP.

Paweł:

Była zima i siedłem mocno zmachany. Miałem wizytę u mojego internisty. I ten internista tak się popatrzył na mnie, posłuchał. I on tak mówi do mnie: pan ma takie płuca – dwa razy większe od moich, a oddech dwa razy krótszy od mojego. Pan ma chyba POChP i skierował mnie do pulmonologa, no i wyszło, że faktycznie miał rację.

- **W szpitalu – rozpoznanie incydentalne w trakcie hospitalizacji z innego powodu**

W sytuacji zaostrzenia choroby współistniejącej, w wywiadzie okazuje się, że pacjent ma duszności i pali papierosy. Lekarz prowadzący (np. kardiolog) ze względu na te objawy zleca spirometrię oraz prosi o konsultację pulmonologiczną. Na tej podstawie dokonywane jest rozpoznanie POChP i pacjent ze szpitala wychodzi z diagnozą POChP.

Taką sytuację doświadczyła pani Irena, która będąc w szpitalu z powodu sarkoidozy, po zrobieniu spirometrii miała postawioną diagnozę POChP. Taka oto wspomina tę sytuację.

Irena:

POChP, w moim przypadku, wyszło dodatkowo do mojej choroby podstawowej, jaką jest sarkoidoza płuc. Wyszła z dwadzieścia parę lat temu. Byłam leczona na sarkoidozę, która dewastowała mi te płuca. Miało to miejsce przy okazji badań w szpitalu. Wielokrotnie miałam robione różne badania, w tym bronchoskopię. W pewnym momencie zrobiono mi spirometrię. No i wyszło, że oprócz tego jest jeszcze POChP.

Sytuacje diagnoz, które moglibyśmy nazwać przypadkowymi bardzo często mają miejsce po doświadczeniu co najmniej jednego z progów zwalniających opisanych powyżej. Z jednej strony mamy do czynienia z sytuacjami, gdzie pacjenci mierzą się od dłuższego czasu z osłabieniem i spowolnieniem, objawy te mylnie przypisują innym przyczynom, są w procesie adaptacji do nich i np. w ramach **akcji profilaktycznych** („Biała Sobota” w szpitalach lub „Dni Spirometrii”), wykonana jest im spirometria, której wyniki wskazują na POChP. W ten sposób trafiają do lekarza pulmonologa. Nagle okazuje się, że objawy, które wydawały im się bez znaczenia lub łączyli je z czymś nieuniknionym są objawem już rozwijającej się choroby. Innym przykładem są pacjenci, którzy trafiają do pulmonologa **od specjalistów, którzy skojarzyli podstawowe objawy POChP** z tą chorobą i nie zignorowali faktu palenia papierosów, pomimo tego, że objawy te nie są w centrum ich zainteresowania (np. dermatolog, psychiatra, diabetolog). Jedna z pacjentek opowiedziała o swoim doświadczeniu z lekarzem zakładowym.

Jolanta:

Moja lekarka zakładowa, jakieś 40 lat temu skierowała mnie do pulmonologa. Ona powiedziała, że ją niepokoi to, że ja ciągle jestem chora i ciągle przeziębiona. Wystarczyło, że się spociłam, coś mnie zawiąło i ja już byłam chora.

Jedna z pacjentek chodziła 15 lat do pulmonologa i nie miała postawionej diagnozy. Dopiero lekarz rodzinny widząc, że leczenie nie przynosi skutku skierował ją na odpowiednie badania.

Jolanta:

Nie pamiętam już, w którym to było roku. Co roku robiłam prześwietlenie płuc w tej samej przychodni, więc było to dla mnie coś rutynowego. Po jednym z takich badań poszłam na wizytę i wtedy – co ciekawe – to nie pulmonolog, ale internista – pediatra zasugerowała, żeby skierować mnie na tomografię. Usłyszałam: „No dobrze, to dam pani skierowanie na tomograf”. I dopiero wtedy, po wykonaniu tomografii, wyszło, że mam chore płuca. Ja już wcześniej czułam, że coś jest nie tak, że „coś nie gra”, ale w zwykłych prześwietleniach to się nie ujawniało. Wszystko wyszło właściwie przez przypadek – dopiero tomografia pokazała zmiany w płucach.

W przypadku jednego z anonimowych członków grupy wsparcia online, proces diagnozy w kierunku POChP zaczął się od początkowo mało znaczącej rozmowy z panią rejestratorką w poradni ambulatoryjnej, która sama chorując na POChP, po opisanu przez pacjenta objawów zapisała go do pulmonologa, czego efektem była diagnoza tej choroby na jej wczesnym etapie.

Opisane tutaj „przypadkowe” diagnozy POChP, są tak naprawdę wynikiem czujności lekarskiej. Medycy, którzy mieli kontakt z pacjentem nie zignorowali faktu palenia przez nich papierosów oraz pierwszych objawów POChP. To, co powinno być standardem, w odczuciu pacjentów było przypadkiem, gdyż jako normę traktowali doświadczenia z poprzednimi lekarzami. Niech przykład sytuacji „przypadkowego” działania, opisanego poniżej będzie tego przykładem.

Jan:

Lekarz rodzinny, ciągle nagabywał nas, że śmierzemy z żoną tymi fajkami, że wytrzymać nie można. Powiedziała: słuchajcie na spirometrię idziecie. No to my grzecznie tup tup i poszliśmy.

W procesie leczenia osobami inicjującymi diagnozę w tym przypadku powinni być lekarze ze względu na bardzo długi czas „niewidzenia objawów” przez pacjentów. Jeżeli diagnoza dzieje się z inicjatywy pacjenta to zazwyczaj mija wiele lat, w trakcie których choroba mogła się już rozwinąć, a pacjent zgłasza się, bo:

- objawy w postaci duszności mocno wpływają na codzienne życie, a proces adaptacji do nich nie przebiega prawidłowo,
- pacjent doświadczył zaostrzeń szpitalnych i w związku z tym objawów tych nie może już ignorować.

Inicjatywa lekarska obejmuje przede wszystkim opisaną powyżej czujność, która to właśnie może uchronić pacjenta przed przewlekłością procesu diagnostycznego, który został tutaj opisany. Mowa tutaj nie tylko o czujności specjalistów pulmonologów, ale zwłaszcza lekarzy rodzinnych i lekarzy innych specjalizacji, dla których fakt palenia papierosów powinien być czynnikiem inicjującym tę czujność.

6.3. MOMENT DIAGNOZY POChP – DOŚWIADCZENIE PACJENTA VS OBSERWACJE LEKARZA

Kiedy pacjent siada w gabinecie specjalisty z kompletem badań w ręku, a lekarz wypowiada słowa „ma Pan/Pani POChP”, wydarzenie to nie jest jednorazowym punktem w czasie. To raczej kulminacja długiego, często nieuświadomionego procesu, który toczył się w codziennym życiu pacjenta przez miesiące, a czasem lata. Reakcja pacjenta zależy w dużej mierze od tego, jak wcześniej interpretował swoje objawy i jakie strategię radzenia sobie już przyjął.

Niektórzy pacjenci długo tłumaczyli sobie duszność, przewlekły kaszel czy szybkie zmęczenie codziennymi przyczynami – wiekiem, przeziębieniami, stresem czy zmęczeniem. Dla nich diagnoza bywa nagłym zaskoczeniem. Choroba „pojawia się” w gabinecie, choć od dawna obecna była w ich codzienności. Pierwszym odruchem jest zdziwienie i niedowierzanie: „To niemożliwe, przecież jakoś funkcjonuję”. Z punktu widzenia lekarza reakcja ta może przypominać wyparcie, ale w rzeczywistości jest naturalną konsekwencją długiego procesu adaptacyjnego. Przez miesiące pacjent nadawał objawom własne, psychicznie bezpieczne znaczenie, które teraz nagle zostaje zakwestionowane.

Inni pacjenci, którzy już odczuwali ograniczenia, lecz starali się je „opanować” poprzez reorganizację dnia, zmianę tempa życia, ograniczenie wysiłku czy aktywności społecznej, często reagują na diagnozę ambiwalentnie. Często odczuwają ulgę, że objawy zostały wreszcie nazwane, ale równocześnie pojawia się lęk i rozczarowanie, bo POChP oznacza chorobę przewlekłą, nie epizod. Ich reakcją bywa pytanie: „Czy to na pewno to? A może jednak serce?” – próba utrzymania wcześniejszej narracji o sobie jako osobie zasadniczo zdrowej. Lekarz może obserwować prośby o powtórzenie badań lub konsultacje u innych specjalistów, które nie są brakiem zaufania, lecz sposobem ochrony własnego obrazu siebie.

Dla tych pacjentów, którzy już przed diagnozą dostosowali życie do objawów – spowolnili tempo, ograniczyli aktywność fizyczną i społeczną – diagnoza często przychodzi w pozornym spokoju. Dla lekarza wydają się akceptować informację, ale w ich wnętrzu uruchamia się nowy proces adaptacji. Wiedza o przyczynie objawów jest niekomfortowa – zwłaszcza gdy dotyczy palenia tytoniu lub nieodwracalności zmian – dlatego reakcje przybierają subtelne formy zaprzeczania:

Komentarz lekarski

Z punktu widzenia pulmonologii kluczowe są trzy problemy:

- **Niedoszacowanie objawów i „normalizacja” duszności**

Pacjenci latami interpretują kaszel i spadek tolerancji wysiłku jako efekt wieku lub „kondycji”. Klinicznie to klasyczny mechanizm opóźniający diagnostykę i utrudniający wdrożenie leczenia na etapie, gdy można najwięcej zyskać.

- **Niewystarczające wykorzystanie spirometrii w POZ**

Rozpoznanie wymaga potwierdzenia obturacji w badaniu spirometrycznym, a więc dostęp i jakość spirometrii są warunkiem wczesnego wykrywania. W polskich materiałach podkreśla się konieczność zwiększenia dostępności, poprawy jakości i rozważenia certyfikacji spirometrii w POZ.

GOLD 2026 dodatkowo akcentuje podejście „case finding” i właściwą ocenę kliniczną, bo sama spirometria bez kontekstu objawów i ryzyka zaostrzeń jest niewystarczająca do prowadzenia chorego.

- **Diagnostyka różnicowa i ocena fenotypu/cech leczących się**

W praktyce często zdarzają się błędy polegające na: przypisywaniu objawów wyłącznie problemom kardiologicznym (np. choroba niedokrwienna serca, niewydolność serca), myleniu POChP z astmą, pomijanie w rozpoznaniu pacjentów niepalących.

Aktualne standardy wskazują, że u wybranych chorych obrazowanie (np. TK klatki piersiowej) ma znaczenie, gdy objawy są nieproporcjonalne, występują nawracające zaostrzenia lub podejrzewa się inne patologie.

Komentarz socjologa zdrowia

Proces diagnozy POChP w Polsce jest długi, gotrwały i złożony, często rozciągający się na wiele lat od pojawienia się pierwszych objawów. Wczesne symptomy choroby są dla pacjentów nieoczywiste i łatwo reinterpretowane jako efekt wieku, stylu życia czy innych przewlekłych schorzeń, co prowadzi do wieloletniej adaptacji do narastających ograniczeń i opóźnia formalne rozpoznanie. Z perspektywy społecznej i psychologicznej diagnoza staje się nie tylko medycznym faktem, lecz także momentem przejścia w doświadczeniu życia z chorobą przewlekłą – punktem, w którym pacjent musi zmierzyć się z koniecznością redefinicji swojej tożsamości i codziennych możliwości. W tym kontekście rola lekarzy, zarówno rodzinnych, jak i specjalistów, okazuje się kluczowa: ich czujność, interpretacja czynników ryzyka i właściwe kierowanie na badania diagnostyczne mogą skrócić przewlekłą drogę do diagnozy i zapobiec dalszemu postępowi choroby. Zrozumienie tego procesu pozwala lepiej docenić, jak diagnoza POChP wchodzi w interakcję z doświadczeniem pacjenta oraz przygotowuje grunt pod kolejną fazę – leczenie, które wymaga nie tylko działań medycznych, lecz także uwzględnienia indywidualnych strategii adaptacyjnych i społecznych uwarunkowań pacjenta.

bagatelizowanie, żartowanie, minimalizowanie znaczenia choroby. Celem jest utrzymanie poczucia kontroli i ochrona przed psychicznym bólem.

Są też pacjenci, u których diagnoza wywołuje silną reakcję emocjonalną – gniew, żal, poczucie niesprawiedliwości, a czasem lament. Pojawia się myśl: „Dlaczego ja? Gdybym wiedział wcześniej...”. Dla lekarza są to sygnały, że pacjent wchodzi w kolejne etapy adaptacji, których nie da się przyspieszyć ani pominąć. To właśnie wtedy kształtuje się przyszła jakość współpracy terapeutycznej i gotowość do przestrzegania zaleceń.

Wreszcie diagnoza może stać się punktem przejścia – symbolicznym momentem redefinicji tożsamości. Pacjent, który od lat funkcjonował „na granicy wydolności”, staje się osobą chorującą przewlekłe. Dla niego to chwila refleksji, czasem milczenia, czasem nagłego uświadomienia sobie konsekwencji choroby. Dla lekarza – moment krytyczny w procesie leczenia, w którym liczy się tempo, sposób przekazania informacji i wsparcie emocjonalne.

Moment postawienia diagnozy POChP nie jest początkiem choroby, lecz początkiem nowego etapu życia pacjenta – procesu adaptacji i reorganizacji codzienności. Reakcje takie jak zaprzeczanie, bagatelizowanie, gniew czy lament są naturalnymi mechanizmami obronnymi, które pozwalają pacjentowi stopniowo oswoić się z chorobą. Ich zrozumienie przez lekarza i zespół terapeutyczny są kluczowe, aby zapewnić skuteczną współpracę, poprawić jakość życia i przygotować pacjenta do długofalowego leczenia.

7. Leczenie

7.1. POCZĄTEK LECZENIA – PERSPEKTYWA PACJENTA I LEKARZA

W narracjach pacjentów chorujących na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc moment rozpoczęcia leczenia rzadko pokrywa się z tym, co za jego początek uznaje lekarz. Z perspektywy medycznej leczenie zaczyna się w chwili postawienia rozpoznania, wdrożenia farmakoterapii i sformułowania zaleceń terapeutycznych. Dla pacjenta natomiast granica ta jest znacznie bardziej płynna i często przesunięta w czasie.

Analiza wywiadów pokazuje, że pacjenci przez długi okres funkcjonują z objawami, nie nazywając ich chorobą i nie łącząc ich z koniecznością leczenia. Duszność, kaszel czy spadek wydolności są włączane w codzienność jako „stan organizmu”, efekt wieku, trybu życia lub chwilowego osłabienia. W tym czasie pacjent może już wielokrotnie korzystać z systemu ochrony zdrowia, przyjmować leki objawowe lub doraźne, jednak w jego własnym rozumieniu nie oznacza to jeszcze leczenia choroby. Leczenie w sensie subiektywnym nie rozpoczyna się bowiem wtedy, gdy pojawiają się interwencje medyczne, lecz wtedy, gdy pacjent zaczyna postrzegać siebie jako osobę chorą.

W kolejnych etapach rozwoju choroby ten moment przesuwa się stopniowo, często pod wpływem narastających ograniczeń funkcjonalnych. Pacjent zaczyna zauważać, że objawy nie są przejściowe, że powracają i wymagają coraz większego wysiłku adaptacyjnego. Mimo to leczenie nadal bywa rozumiane selektywnie – jako reagowanie na pogorszenia, a nie jako proces ciągły. W tym okresie pacjent może stosować się do zaleceń, ale nie identyfikuje ich jako elementu długofalowej terapii, raczej jako tymczasową pomoc w radzeniu sobie z objawami. Dopiero w sytuacjach granicznych, najczęściej związanych z wyraźnym pogorszeniem stanu zdrowia lub hospitalizacją, następuje przesunięcie znaczeniowe. Leczenie zaczyna być postrzegane jako coś niezbędnego do utrzymania życia i podstawowego funkcjonowania. W tym momencie pacjent często po raz pierwszy łączy w spójną całość diagnozę, objawy i konieczność systematycznego leczenia. To, co dla lekarza było leczeniem od momentu rozpoznania, dla pacjenta staje się nim dopiero wtedy, gdy choroba przestaje być możliwa do ignorowania. Różnica ta wynika nie tylko z odmiennej wiedzy, ale także z odmiennych punktów odniesienia. Lekarz operuje kategoriami klinicznymi, wynikami badań i algorytmami postępowania, natomiast pacjent odnosi się do własnego doświadczenia ciała i codziennego życia. Leczenie w ujęciu pacjenta zaczyna się nie wtedy, gdy pojawia się recepta, lecz wtedy, gdy choroba realnie ingeruje w jego tożsamość, rolę społeczną i poczucie kontroli. Z tego powodu moment rozpoczęcia leczenia jest w narracjach pacjentów procesem rozciągniętym w czasie, a nie jednorazowym wydarzeniem. Uwzględnienie tej różnicy ma istotne znaczenie dla rozumienia dalszych etapów terapii. Leczenie, które z perspektywy lekarza jest

już dawno wdrożone, z perspektywy pacjenta może dopiero się zaczynać – lub wciąż jeszcze nie być w pełni uznane za konieczne. Ta rozbieżność stanowi jeden z kluczowych kontekstów interpretacyjnych np. dla przestrzegania zaleceń i sposobu, w jaki pacjenci nadają sens leczeniu.

7.2. PUBLICZNA A PRYWATNA OPIEKA ZDROWOTNA W DOŚWIADCZENIACH PACJENTÓW Z POChP

W badaniach jakościowych wyraźnie zarysowują się różnice w doświadczeniach pacjentów z POChP korzystających z opieki w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) a tych, którzy decydują się na usługi prywatne. Choć pacjenci w obu systemach mają ten sam problem kliniczny, ich codzienny kontakt z opieką, dostęp do diagnostyki i sposobu prowadzenia terapii różni się znacząco.

Pacjenci leczący się w ramach NFZ podkreślali, że system zapewnia im przede wszystkim dostęp do lekarza, leków refundowanych oraz koniecznych badań laboratoryjnych i obrazowych. Wielu z nich wskazuje, że jest to dla nich kluczowe – nie muszą ponosić dużych kosztów finansowych, a dostęp do leków podtrzymujących terapię POChP jest możliwy. Jednak w narracjach pacjentów pojawia się również poczucie ograniczeń czasowych – wizyty są krótkie, personel medyczny koncentruje się na aktualnych objawach i wypisaniu recepty, a edukacja, instruktaż dotyczący stosowania inhalatorów czy rehabilitacji oddechowej często nie są realizowane. Pacjenci opisują sytuacje, w których mimo nasilonych objawów czy częstych zaostrzeń, terapia pozostaje fragmentaryczna, a dostęp do rehabilitacji czy poradnictwa dotyczącego rzucania palenia wymaga od nich aktywnego poszukiwania lub szczęścia, by trafić na odpowiednie informacje.

Z drugiej strony, pacjenci decydujący się na prywatną opiekę wskazują na możliwość bardziej indywidualnego podejścia – dłuższe konsultacje, szczegółowe wyjaśnienia mechanizmu choroby i sposobu stosowania leków, a także większą dostępność diagnostyki specjalistycznej. Dla wielu osób jest to powiązane z poczuciem kontroli nad chorobą, większą satysfakcją z wizyty i wrażeniem, że ich potrzeby są realnie słyszane. Decyzja o korzystaniu z prywatnych usług często wynika z doświadczenia ograniczeń w systemie publicznym, z rosnących trudności w codziennym funkcjonowaniu czy chęci szybszego dostępu do specjalistów – szczególnie w przypadku pacjentów w fazie narastających ograniczeń lub po zaostrzeniach wymagających hospitalizacji. Pacjenci opisują także motywacje praktyczne: krótszy czas oczekiwania na wizytę, możliwość wyboru lekarza, dostęp do pełnej dokumentacji i konsultacji z pulmonologiem lub specjalistą rehabilitacji oddechowej bez konieczności wielokrotnego skierowania. Jednocześnie wielu zauważa, że opieka prywatna wiąże się z kosztami, które nie każdy może ponieść regularnie, co sprawia, że często korzystają z niej incydentalnie, w momentach kryzysu lub w poszukiwaniu dodatkowych opinii.

Z punktu widzenia choroby, NFZ zapewnia pacjentom podstawową stabilizację, czyli dostęp do leków i leczenie bieżących zaostrzeń, ale nie zawsze daje pełny pakiet wsparcia edukacyjnego i rehabilitacyjnego. W prywatnej opiece pacjenci częściej otrzymują kompleksową informację, mogą uczestniczyć w programach rehabilitacji czy mieć indywidualnie dopasowane schematy leczenia farmakologicznego. Narracje pacjentów pokazują, że wybór między publicznym a prywatnym leczeniem nie jest prosty ani jednoznaczny – często łączy się z rytmem życia pacjenta, jego zasobami finansowymi i doświadczeniem z chorobą. NFZ daje poczucie bezpieczeństwa i podstawowej kontroli nad chorobą, ale jego ograniczenia powodują, że wielu chorych szuka uzupełnienia w prywatnych usługach, szczególnie w momentach krytycznych, kiedy objawy stają się nasilone, a potrzeba indywidualnej uwagi rośnie.

Wnioskiem z tych obserwacji jest to, że system publiczny pełni rolę sieci bezpieczeństwa, zapewniając dostęp do leczenia i leków, natomiast pacjenci szukają prywatnych form opieki, aby uzupełnić braki

w edukacji, diagnostyce i indywidualnym wsparciu – aspekty te mają bezpośredni wpływ na ich zdolność do radzenia sobie z chorobą i codziennym funkcjonowaniem.

7.3. FARMAKOTERAPIA W CODZIENNYM ŻYCIU PACJENTA

W narracjach pacjentów chorujących na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc farmakoterapia rzadko pojawia się jako centralny element leczenia, zwłaszcza na wczesnych etapach choroby. Leki są obecne w życiu pacjenta długo zanim zostaną uznane za terapię przewlekłą – funkcjonują raczej jako narzędzia doraźne, wspierające codzienne radzenie sobie z objawami, niż jako stały fundament leczenia. To, w jaki sposób pacjent rozumie i stosuje farmakoterapię, zmienia się stopniowo wraz z przebiegiem choroby i narastaniem jej konsekwencji.

We wczesnym okresie pacjenci opisują przyjmowanie leków w sposób sytuacyjny. Inhalatory czy tabletki są traktowane jako środki „na duszność” lub „na kaszel”, używane wtedy, gdy objawy zaczynają przeszkadzać w wykonywaniu codziennych czynności. Leki nie są jeszcze elementem planu terapeutycznego, lecz raczej odpowiedzią na chwilowe pogorszenie. Pacjent nie myśli o nich w kategoriach leczenia choroby, ale jako o formie interwencji, która pozwala „przetrwać gorszy moment”. W tym czasie przestrzeganie zaleceń bywa wybiórcze, a regularność przyjmowania leków zależy głównie od subiektywnego nasilenia objawów.

Jan:

Biorę lek Anoro. Obecnie zrobiłem sobie krótką przerwę, ponieważ po jego przyjęciu odczuwam chwilowe ograniczenie ruchu. Planuję wrócić do regularnego stosowania po kilku dniach, żeby mieć to z głowy. To lek wziewny w formie proszku. Zwykle przyjmuję go rano, ponieważ ma wspomagać oddychanie. Obecnie, po czterech dniach przerwy, nie zauważam znaczącej zmiany w swoim samopoczuciu – ewentualnie drobne różnice, które trudno jednoznacznie ocenić.

Wraz z postępem choroby farmakoterapia zaczyna zajmować coraz więcej miejsca w codziennym funkcjonowaniu pacjenta. Pojawia się konieczność planowania dnia wokół godzin przyjmowania leków, noszenia inhalatora przy sobie czy dostosowywania aktywności do ich działania. Pacjenci opisują ten etap jako moment, w którym leki przestają być dodatkiem, a zaczynają być warunkiem względnego komfortu. Jednocześnie narasta ambiwalencja – z jednej strony farmakoterapia przynosi realną ulgę, z drugiej staje się symbolicznym potwierdzeniem przewlekłości choroby. Regularne stosowanie leków bywa odbierane jako znak „bycia naprawdę chorym”, co może budzić opór lub skłaniać do niepełnego stosowania zaleceń.

W codziennym doświadczeniu pacjentów istotne znaczenie ma także relacja między skutecznością leku a jego subiektywnie odczuwanym działaniem. Leki, które szybko przynoszą ulgę w duszności, są oceniane jako „działające” i chętnie stosowane, natomiast te, których efekt jest mniej bezpośredni, bywają pomijane lub traktowane z rezerwą. Farmakoterapia długoterminowa, nastawiona na stabilizację choroby, bywa trudna do zaakceptowania właśnie dlatego, że jej korzyści nie są natychmiastowo odczuwalne. W narracjach pacjentów pojawia się wtedy pytanie o sens regularnego przyjmowania leków, skoro poprawa nie jest jednoznaczna lub spektakularna.

Szczególną rolę w kształtowaniu stosunku do farmakoterapii odgrywają momenty wyraźnego pogorszenia stanu zdrowia. Po epizodach zaostrzeń pacjenci częściej opisują zmianę podejścia do leków – stają się one elementem bezpieczeństwa i ochrony przed kolejnym kryzysem. Farmakoterapia zaczyna być wtedy postrzegana nie tylko jako sposób łagodzenia objawów, ale jako narzędzie zapobiegania utracie kontroli nad chorobą. Jednocześnie zwiększa się zależność pacjenta od leczenia, co bywa źródłem zarówno poczucia stabilizacji, jak i frustracji.

W późniejszych etapach choroby farmakoterapia w narracjach pacjentów zostaje włączona w stały rytm życia. Leki są opisywane jako coś oczywistego, „takiego jak poranna toaleta” czy inne codzienne czynności. Nie oznacza to jednak pełnej akceptacji – raczej pogodzenie się z koniecznością ich stosowania. Pacjenci podkreślają, że leki nie przywracają dawnego funkcjonowania, ale umożliwiają utrzymanie minimalnej samodzielności i przewidywalności dnia. W tym sensie farmakoterapia staje się elementem zarządzania chorobą, a nie jej leczenia w rozumieniu powrotu do zdrowia.

Z perspektywy analizy jakościowej farmakoterapia jawi się więc nie jako jednorodny proces, lecz jako doświadczenie dynamiczne, którego znaczenie zmienia się wraz z rozwojem choroby. To, co dla lekarza jest podstawowym filarem leczenia, dla pacjenta długo pozostaje jedynie jednym z wielu sposobów radzenia sobie z codziennymi ograniczeniami. Zrozumienie tej rozbieżności pozwala lepiej interpretować zachowania pacjentów, ich selektywne stosowanie zaleceń oraz zmienną gotowość do traktowania farmakoterapii jako nieodłącznego elementu życia z chorobą.

Farmakoterapia w życiu pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc rzadko jawi się jako spójny, logicznie prowadzony proces. W narracjach pacjentów leczenie nie zaczyna się w momencie rozpoznania, lecz „rozlewa się” w czasie, fragmentarycznie, często reaktywnie – jako odpowiedź na nasilające się objawy, infekcje lub kolejne wizyty, po których pacjent wychodzi z receptą, ale bez poczucia zrozumienia sensu terapii.

Halina:

Dała na coś leki, nie wiadomo na co. Może coś jest, a może nie jest, nie robiąc ogóle badań tak, jak jest to, że tak powiem, w sztuce, tak jak się to powinna zrobić.

Dla wielu rozmówców kontakt z leczeniem wziewnym sprowadzał się do otrzymania inhalatora, bez jakiegokolwiek edukacji dotyczącej jego stosowania. Pacjenci podkreślali, że wizyta lekarska kończyła się wypisaniem recepty, bez pokazania techniki inhalacji, bez sprawdzenia czy lek jest stosowany prawidłowo, bez omówienia różnic między kolejnymi preparatami. W ich relacjach inhalator bywał traktowany jak „kolejny lek”, którego skuteczność oceniano na podstawie subiektywnego odczucia ulgi, a nie zgodności z zasadami aerozoloterapii. Nieprawidłowa technika inhalacyjna nie była korygowana, ponieważ nikt jej wcześniej nie weryfikował. Pacjenci nie mieli świadomości, że sposób przyjmowania leku może decydować o jego skuteczności. W wielu narracjach pojawiał się rozdzźwięk między nasileniem objawów a zakresem stosowanego leczenia. Osoby opisujące wyraźne ograniczenia codziennego funkcjonowania, relacjonowały leczenie ograniczone do krótko działających leków rozszerzających oskrzela lub teofiliny. W ich doświadczeniu były to leki „na duszność”, stosowane doraźnie, bez poczucia, że są elementem leczenia przewlekłego. Antybiotyki pojawiały się często przy każdej infekcji określanej jako „przeziębienie”, a także przy zaostrzeniach, co wzmacniało przekonanie, że to infekcja – a nie sama choroba – jest głównym problemem wymagającym interwencji.

Irena:

Każda infekcja stanowi dla mnie poważne zagrożenie. Mam poczucie, że z każdej choroby mogę już nie wyjść. Antybiotyki działają na mnie coraz słabiej – zwykle kończy się na pierwszym, drugim, a nawet trzecim leku, a i tak wszystko prowadzi do hospitalizacji, tak jak miało to miejsce ostatnio. Zaczęło się od przeziębienia leczonego kolejnymi antybiotykami, a ostatecznie doszło do zatorowości, w wyniku której zostałam zabrana karetką do szpitala.

Podobny schemat ujawniał się u pacjentów z częstymi zaostrzeniami. Mimo dwóch i więcej epizodów w ciągu roku leczenie bywało ograniczone do jednego leku długodziałającego. Z perspektywy pacjenta nie było to postrzegane jako „niedoleczenie”, lecz jako naturalna kontynuacja dotychczasowych

zaleceń. Brak zmiany terapii nie budził niepokoju, ponieważ pacjenci nie dysponowali ramą odniesienia pozwalającą ocenić, że częste zaostżenia są sygnałem do modyfikacji leczenia.

W narracjach pacjentów wyraźnie obecny był również temat szczepień ochronnych. Większość rozmówców nie łączyła ich z leczeniem POChP, ponieważ – jak podkreślali – lekarze rzadko je rekomendowali. Szczepienia pojawiały się w ich doświadczeniu głównie wtedy, gdy lekarz był wyraźnie stanowczy, a pacjent miał zadaniowy styl funkcjonowania. W takich przypadkach szczepienia były realizowane. W sytuacjach, gdy temat był wspominany mimochodem lub wcale, decyzje pacjentów pozostawały niespójne i przypadkowe.

Podobnie wyglądała kwestia rehabilitacji oddechowej. Pacjenci nie opisywali jej jako elementu standardowego leczenia, lecz jako coś, o czym dowiadawali się przypadkiem – od innych pacjentów, z internetu. Wcześniej nikt nie wspominał o takiej możliwości, a brak dostępności był przedstawiany jako milczące uzasadnienie braku skierowania. W efekcie rehabilitacja pojawiała się w narracjach późno, często wtedy, gdy przestrzeń życia pacjenta była już znacząco ograniczona.

Szczególnie wyraźnym wątkiem była kwestia palenia tytoniu. Pomimo uzależnienia od nikotyny pacjenci nie otrzymywali realnego wsparcia w procesie wychodzenia z nałogu. Lekarze bywali empatyczni wobec trudności, czasem wyrażali zrozumienie, ale temat nie był pogłębiany. Pacjenci nie dostawali informacji o metodach rzucania palenia, nie otrzymywali ulotek, nie byli kierowani do specjalistów. W ich doświadczeniu palenie pozostawało „osobnym problemem”, funkcjonującym obok leczenia POChP, a nie jego integralną częścią. W części narracji pojawiały się również doświadczenia negatywne – zawstydzania, podnoszenia głosu, krzyku, ignorowania. Paradoksalnie niektórzy pacjenci przyznawali, że takie konfrontacyjne reakcje skutkowały chwilową zmianą zachowania, w tym próbą rzucenia palenia. Jednocześnie podkreślali, że nie wspominają tych sytuacji dobrze – były one zapamiętane jako bolesne, naruszające poczucie godności, a nie jako element wspierającego leczenia. Podobne odczucia towarzyszyły pacjentom w sytuacjach, gdy zgłaszali, że czują się gorzej od ostatniej wizyty, ale lekarz wydawał się nie słyszeć ich komunikatu.

Całościowo farmakoterapia POChP w narracjach pacjentów jawi się nie jako jasno prowadzony proces terapeutyczny, lecz jako ciąg decyzji podejmowanych przez system, do których pacjent się adaptuje, często bez pełnego zrozumienia ich sensu. Leczenie jest obecne, ale bywa fragmentaryczne, niespójne i pozbawione ram wyjaśniających, które pozwoliłyby pacjentowi aktywnie w nim uczestniczyć. Wielu pacjentów jako efekt doświadczeń z chorobą i leczeniem snuje marzenia o tym, żeby naukowcy odkryli lek, który pozwoliłby chociażby zahamować rozwój choroby.

Jolanta:

Jestem osobą pełną życia – chciałabym tak wiele zrobić, a jednocześnie tak niewiele mogę. Mimo to się nie poddaję. Cały czas mam nadzieję, że może kiedyś wynajdą jakiś lek, który chociaż zahamuje albo spowolni chorobę. Żeby można było jeszcze coś z tego życia uszczknąć.

7.4. REALIZACJA ZALECEŃ LEKARSKICH PRZEZ PACJENTÓW Z POChP

Wywiady z pacjentami z POChP pokazują, że stosowanie się do zaleceń lekarskich nie jest procesem automatycznym i jest silnie powiązane z percepcją choroby, jej objawami oraz z osobistymi doświadczeniami pacjenta. Pacjenci podchodzą do zaleceń w sposób selektywny, często wybierając te, które wydają im się natychmiastowo użyteczne lub łatwe do wprowadzenia w życie codzienne, natomiast trudniej akceptują zalecenia wymagające zmiany nawyków, czasu lub wysiłku.

W początkowych fazach choroby, kiedy objawy są słabo zauważalne lub bagatelizowane, pacjenci rzadko przywiązują wagę do zaleceń. Leki przepisywane profilaktycznie, np. regularne inhalacje czy

monitorowanie objawów, bywają stosowane nieregularnie albo pomijane. Pacjent często myśli: „Jeżeli czuję się dobrze, nie muszę nic robić”. Zalecenia łatwiejsze do realizacji w tym okresie to te, które nie wymagają dużego wysiłku ani ingerencji w codzienny rytm, np. krótkie ćwiczenia oddechowe czy drobne modyfikacje stylu życia. Trudniej przyjmowane są te, które wymagają systematyczności i świadomości choroby, np. regularne stosowanie inhalatora nawet bez objawów, czy rezygnacja z palenia – tym bardziej, że pacjenci nie łączą jeszcze swoich symptomów z chorobą.

W fazie narastających ograniczeń pacjenci zaczynają świadomie obserwować objawy i ich nasilenie, a zalecenia stają się bardziej widoczne w codziennym życiu. Leki doraźne stosowane w przypadku duszności, są przyjmowane niemal bez oporu, bo natychmiast przynoszą ulgę. Natomiast zalecenia długofalowe, takie jak regularne stosowanie leków podtrzymujących czy monitorowanie objawów, nadal bywają realizowane wybiórczo – pacjent stosuje je, gdy odczuwa pogorszenie, a przy remisji objawów mniej rygorystycznie. Dodatkowo trudność sprawia wdrożenie zaleceń dotyczących stylu życia, np. zmiana aktywności fizycznej czy ograniczenie palenia, które wymagają długotrwałej dyscypliny i zmiany utrwalonych nawyków.

Anonimowy członek grupy wsparcia:

Witam serdecznie, w zeszłym roku miałam zdiagnozowane POChP. Rzuciłam palenie, a paliłam 40 lat...W tym roku miałam dwa epizody duszności. Wylądowałam na Sorze gdzie podano mi leki w inhalacji i steryd dożylnie. I tu moje pytanie, czy leki do inhalacji typu berodual przyjmujecie doraźnie, czy na stałe?

Zaostrzenia choroby, w tym hospitalizacje, wprowadzają wyraźną zmianę w podejściu pacjenta. W tym okresie realizacja zaleceń staje się intensywniejsza, ponieważ pacjent doświadcza realnego zagrożenia życia i odczuwa ograniczenia fizyczne, które uniemożliwiają ignorowanie choroby. Wówczas pacjent chętniej przyjmuje instrukcje dotyczące leczenia farmakologicznego, przyjmuje antybiotyki czy kortykosteroidy w przebiegu zaostrzeń oraz jest bardziej skłonny do przestrzegania harmonogramu leków wziewnych. Zwykle trudniejsze pozostają zmiany długofalowe, jak trwałe rzucenie palenia czy wprowadzenie regularnej aktywności fizycznej, choć motywacja i gotowość do ich podjęcia znacznie rośnie.

Irena:

Mówią, że trzeba chodzić, bo inaczej – wiadomo – człowiek tylko się położy i już z tego nie wstanie. Dlatego staram się być aktywna. Tyle, że żeby chodzić, trzeba mieć na to siłę. I w tym miejscu wszystko się wzajemnie blokuje. To się tak zapętlilo, że mój komfort życia w tej chwili jest, niestety, praktycznie żaden.

W ostatniej fazie życia ograniczonego do domu, pacjenci często koncentrują się na tym, co daje im natychmiastową ulgę i kontrolę nad chorobą. Realizacja zaleceń staje się zadaniowa: przyjmują leki zgodnie z planem, stosują tlenoterapię, korzystają ze sprzętu medycznego i monitorują objawy. Trudniej jest im natomiast utrzymywać regularne ćwiczenia fizyczne czy samodzielnie kontrolować środowisko domowe pod kątem unikania czynników ryzyka – tu wsparcie opiekunów lub systemu jest kluczowe.

Narracje pacjentów pokazują, że skuteczność realizacji zaleceń zależy od dostosowania ich do percepcji pacjenta i fazy choroby. Tam, gdzie pacjent nie odczuwa bezpośrednich konsekwencji, zalecenia mogą być ignorowane. Tam, gdzie choroba staje się namacalna i ogranicza codzienne funkcjonowanie, pacjent podejmuje zalecenia bardziej konsekwentnie. Zrozumienie tej dynamiki jest istotne dla lekarzy i pielęgniarek – pozwala planować interwencje realistycznie, dopasowane do gotowości pacjenta, i zwiększa szanse na trwałą poprawę jakości życia.

7.5. LECZENIE NIKOTYNIZMU W PRAKTYCE AMBULATORYJNEJ

Wywiady jakościowe z pacjentami z POChP wskazują, że leczenie uzależnienia od nikotyny w gabinecie lekarza w dużej mierze pozostaje niewykorzystanym obszarem. W większości przypadków pacjenci przyznają, że temat palenia jest poruszany przez lekarza jedynie powierzchownie – zazwyczaj w kontekście przypomnienia, że palenie szkodzi płucom, bądź w momencie wyraźnego pogorszenia objawów. Pacjenci wskazują, że lekarze dysponują jedynie ogólnymi zaleceniami: wskazują na konieczność rzucenia palenia, czasami podają ogólne informacje o nikotynie i jej szkodliwości, ale nie oferują systematycznych strategii wsparcia. Nie pojawia się rutynowo plan rzucania palenia, nie są proponowane metody farmakologiczne wspomagające odstawienie nikotyny, a edukacja w zakresie technik radzenia sobie z głodem nikotynowym jest sporadyczna. Pacjenci nie zgłaszają kierowania do specjalistów od uzależnień ani do poradni antynikotynowych. Nieliczne przypadki skierowania są wynikiem indywidualnej inicjatywy pacjenta lub jego aktywnego pytania, a nie standardowej praktyki lekarza. Brak takich działań wynika zarówno z ograniczeń systemowych – krótkiego czasu wizyty, presji liczby pacjentów, ograniczonej dostępności programów wsparcia – jak i z kompetencji lekarza. Wywiady sugerują, że niektórzy lekarze czują się przygotowani do omawiania problemu zdrowotnego palenia, ale nie dysponują praktycznymi umiejętnościami ani narzędziami do prowadzenia efektywnego leczenia nikotynizmu.

Pacjenci wskazują również na psychologiczne bariery w gabinecie – poczucie wstydu lub lęk przed oceną, które sprawiają, że temat palenia bywa traktowany powierzchownie i w sposób krótkotrwały. W rezultacie, luką w systemie pozostaje brak spójnej, ciągłej interwencji w zakresie rzucania palenia w ramach standardowej opieki ambulatoryjnej dla pacjentów z POChP. Wywiady ujawniają, że skuteczna pomoc w leczeniu nikotynizmu wymaga aktywnych działań lekarza, które wykraczają poza wypisanie recepty: krótkich interwencji motywujących, regularnego monitorowania nawyku palenia, podawania praktycznych wskazówek i w razie potrzeby, kierowania pacjenta do specjalistycznej pomocy. Brak takiej systematyczności ogranicza skuteczność leczenia POChP, ponieważ palenie papierosów jest głównym czynnikiem progresji choroby, a jego kontynuacja znacząco zmniejsza efektywność terapii farmakologicznej i zwiększa ryzyko zaostrzeń.

Znaczenie postawy lekarza wobec palenia w leczeniu pacjenta z POChP

Wywiady jakościowe z pacjentami z POChP wskazują, że postawa lekarza wobec palenia papierosów odgrywa istotną rolę w tym, jak pacjent postrzega własne uzależnienie i motywację do zmiany. Pacjenci często odczytują nie tylko słowa, ale także postawę i zachowanie lekarza, co wpływa na ich gotowość do przyjęcia informacji o szkodliwości palenia i podejmowania działań prozdrowotnych. Jeżeli lekarz jest konsekwentny, stanowczy i jednoznacznie rekomenduje rzucenie palenia, pacjenci zgłaszają większą skłonność do refleksji nad własnym nawykiem. Nawet krótkie, ale jasne i powtarzalne komunikaty, powiązane z wyjaśnieniem skutków zdrowotnych i praktycznych konsekwencji palenia dla POChP, mogą wzmocnić motywację pacjenta. W takich przypadkach pacjenci częściej deklarują gotowość do próby ograniczenia lub zaprzestania palenia, choć nadal mogą być zmagający się z nałogiem i lękiem przed porażką.

Jolanta:

Poszłam na konsultację, tam była taka pani doktor. Ona krzyczała na mnie, boże mój drogi, jedyny, o papierosy. Ale tak na mnie krzyczała jak na malutkie dziecko. Ja się wstydziłam, jak ja wyjdę z tego gabinetu, bo to wstyd. Bo to słyszeć, nie? Ja byłam na nią bardzo zła, że ona tak się zachowuje w stosunku do mnie, ale wie pani, że nie zapaliłam więcej papierosa.

Z drugiej strony, jeżeli lekarz **sam pali lub traktuje palenie pacjenta lekceważąco**, może to wywoływać efekt odwrotny. Pacjent odczytuje brak konsekwencji jako sygnał, że palenie nie jest poważnym zagrożeniem, a wszelkie zalecenia są opcjonalne. Niektórzy pacjenci opisują poczucie hipokryzji lub braku autorytetu, co utrudnia przyjęcie komunikatów o konieczności zmiany nawyku. W skrajnych przypadkach może to prowadzić do bagatelizowania choroby, opóźniania decyzji o ograniczeniu palenia lub braku reakcji na zalecenia medyczne. Wywiady pokazują również, że postawa lekarza wpływa nie tylko na zachowania pacjenta, ale i na jego emocjonalny odbiór choroby. Lekarz, który otwarcie rozmawia o ryzyku palenia w kontekście POChP, wspiera pacjenta w uświadomieniu sobie związku między nałogiem a chorobą, co może wytworzyć poczucie odpowiedzialności i realnej kontroli nad zdrowiem. Natomiast lekarz palący lub niezaangażowany w rozmowę o nałogu pacjenta może nieświadomie utrzymywać mechanizmy obronne pacjenta, takie jak zaprzeczanie, minimalizowanie zagrożenia lub przesuwanie odpowiedzialności na „przypadek” lub wiek.

W kontekście leczenia POChP oznacza to, że **postawa lekarza jest kluczowa dla skuteczności interwencji dotyczącej nikotynizmu**. Pacjent, który widzi konsekwentną, spójną i merytoryczną postawę lekarza wobec palenia, jest bardziej otwarty na przyjęcie wiedzy, współpracę terapeutyczną i próby zmiany zachowań. Z kolei brak spójności, zwłaszcza w sytuacji, gdy lekarz sam pali, może skutkować utrwaleniem nałogu i ograniczeniem efektywności leczenia farmakologicznego oraz działań profilaktycznych wobec zaostrzeń choroby.

7.6. ZAOSTRZENIA CHOROBY JAKO UTRACONE SZANSE

W narracjach pacjentów chorujących na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc zaostrzenia choroby jawią się jako punkty graniczne – momenty wyraźnego pogorszenia, które przerywają codzienną rutynę życia z chorobą. To właśnie wtedy choroba staje się „nie do zignorowania”: duszność narasta, kaszel się nasila, pojawia się lęk, a często także konieczność pilnego kontaktu z lekarzem lub hospitalizacji.

Zaostrzenia są dla pacjentów sytuacją, w której leczenie ulega nagłej intensyfikacji, ale jednocześnie ma charakter wyraźnie interwencyjny i krótkoterminowy. Chorzy opisywali, że w takich momentach leczenie „staje się konkretne” – pojawiają się dodatkowe leki, zmiany w dawkowaniu, antybiotyki lub glikokortykosteroidy ogólnoustrojowe. Intensyfikacja terapii jest jednak postrzegana raczej jako reakcja kryzysowa, a nie element długofalowej strategii leczenia. Pacjenci często wskazywali, że decyzje terapeutyczne podejmowane w czasie zaostrzeń mają charakter automatyczny i schematyczny. W ich relacjach powtarzał się motyw: „jak jest gorzej, dostaję antybiotyk”, „jak się duszę, zwiększają leki”. Rzadko natomiast pojawiało się poczucie, że zaostrzenie staje się okazją do pogłębionej refleksji nad dotychczasowym leczeniem, jego skutecznością czy koniecznością modyfikacji terapii podtrzymującej. W narracjach widoczna jest także normalizacja zaostrzeń. Część pacjentów traktowała je jako nieunikniony element choroby, wpisany w jej przebieg. W takim ujęciu intensyfikacja leczenia nie była czymś wyjątkowym, lecz powtarzalnym rytuałem: pogorszenie – silniejsze leki – chwilowa poprawa – powrót do wcześniejszego schematu. Ten cykliczny charakter sprawiał, że zaostrzenia nie zawsze prowadziły do trwałych zmian w postępowaniu terapeutycznym. **Jednocześnie pacjenci opisywali zaostrzenia jako momenty największej podatności na działania medyczne.** W czasie nasilonych objawów byli bardziej skłonni do podporządkowania się zaleceniom, przyjmowania leków zgodnie z instrukcją, a nawet do rozważenia zmian stylu życia. Jednak – jak wynika z relacji – **ten potencjał rzadko bywał wykorzystywany.** Po ustąpieniu najostrzejszych objawów leczenie wracało do wcześniejszego schematu, a rozmowy o zapobieganiu kolejnym zaostrzeniom nie następowały.

Ważnym wątkiem jest również emocjonalny wymiar zaostrzeń. Pacjenci mówili o strachu, poczuciu utraty kontroli, a czasem o realnym lęku przed śmiercią. Intensyfikacja leczenia była w tym kontekście

nie tylko interwencją medyczną, ale także źródłem chwilowego poczucia bezpieczeństwa. Brakowało jednak wsparcia w przepracowaniu tych doświadczeń i powiązania ich z edukacją zdrowotną czy planem postępowania na przyszłość.

Z perspektywy pacjentów zaostrzenia choroby pełnią więc podwójną rolę: z jednej strony są momentem największej ingerencji terapeutycznej, z drugiej – ujawniają reaktywny charakter opieki. Leczenie nasila się wtedy, gdy objawy osiągają punkt krytyczny, ale rzadko prowadzi to do trwałej zmiany podejścia, wzmocnienia terapii podtrzymującej czy systematycznej profilaktyki kolejnych zaostrzeń. Zaostrzenia, w tym również te wymagające hospitalizacji, w doświadczeniu pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc można uznać za **utracone szanse** – momenty o dużym potencjale zmiany, które najczęściej zostają wykorzystane jedynie częściowo lub wcale. Ich znaczenie nie polega wyłącznie na klinicznym pogorszeniu stanu zdrowia, lecz na tym, że skupiają w sobie uwagę pacjenta, personelu medycznego i systemu ochrony zdrowia w jednym, intensywnym punkcie czasowym.

Po pierwsze, zaostrzenie jest momentem **najwyższej gotowości pacjenta do słuchania i działania**. W obliczu nasilonej duszności, ograniczenia samodzielności czy zagrożenia hospitalizacją choroba przestaje być abstrakcyjna lub „odległa”. Pacjenci opisywali ten stan jako chwilę, w której „nie da się już udawać, że jest dobrze”. To właśnie wtedy pojawia się otwartość na zmianę leczenia, przyjęcie nowych zaleceń czy refleksja nad dotychczasowym funkcjonowaniem. Jeżeli w tym momencie kontakt z personelem ogranicza się wyłącznie do stabilizacji objawów, potencjał tej gotowości pozostaje niewykorzystany.

Po drugie, hospitalizacja związana z zaostrzeniem stwarza rzadką okazję do **całościowego spojrzenia na chorego**, a nie jedynie na jego aktualne objawy. Pacjent jest pod stałą obserwacją, dostępne są wyniki badań, możliwa jest weryfikacja dotychczasowej farmakoterapii, techniki inhalacyjnej, częstości zaostrzeń czy realnego przestrzegania zaleceń. W narracjach chorych pojawia się jednak obraz leczenia skoncentrowanego na „ugaszeniu pożaru” – po wypisie wracają oni do tych samych schematów, które nie zapobiegły kolejnemu pogorszeniu.

Po trzecie, zaostrzenia są utraconą szansą na **budowanie przymierza terapeutycznego**. Kryzys zdrowotny

Komentarz lekarski

Według aktualnych standardów kluczowe są cztery filary:

- **Leczenie wziewne – adekwatne do objawów i ryzyka zaostrzeń**

GOLD 2026 porządkuje podejście oparte na objawach i historii zaostrzeń (oraz uwzględnianiu biomarkerów, zwłaszcza eozynofilii w kontekście ICS). Fundamentem jest terapia bronchodylatacyjna (LAMA/LABA), a eskalacja do terapii trójkowej jest uzasadniana u chorych z zaostrzeniami mimo leczenia i przy cechach sugerujących odpowiedź na steroid wziewny (np. eozynofilia).

- **Technika inhalacji i adherencja jako „wąskie gardło” skuteczności**

W praktyce bardzo często problemem nie jest dobór leku, tylko używanie inhalatora. Standardem powinny być: demonstracja, „teach-back”, kontrola techniki przy każdym wizycie, upraszczanie schematów, (2 leki w jednym inhalatorze lub 3 leki w jednym inhalatorze).

- **Rehabilitacja oddechowa jako leczenie o udowodnionym wpływie klinicznym**

Najnowsze rekomendacje ATS dot. rehabilitacji oddechowej podkreślają jej rolę w poprawie wydolności fizycznej i redukcji objawów klinicznych. Poprawie ulega także jakość życia zależna od stanu zdrowia mierzona obiektywnymi kwestionariuszami (St. George's Respiratory Questionnaire – SGRQ).

- **Leczenie „uszyte na miarę” u wybranych chorych**

W ostatnich latach wykazano skuteczności leczenia biologicznego (dupilumabu, mepolizumabu) u chorych z POChP z cechami zapalenia typu 2 (m.in. podwyższone eozynofile) – w badaniach fazy 3 wykazano redukcję zaostrzeń i poprawę FEV₁ oraz jakości życia.

sprzyja relacji opartej na zaufaniu i współpracy – pacjent częściej postrzega lekarza jako sojusznika, a nie jedynie osobę kontrolującą. Gdy jednak komunikacja ma charakter jednostronny, skrócony lub nacechowany pośpiechem, doświadczenie to nie przekłada się na trwałe wzmocnienie relacji ani większe zaangażowanie pacjenta w proces leczenia po wypisie.

Zaostrzenia można także uznać za utracone szanse w wymiarze **profilaktyki kolejnych epizodów**. Każde pogorszenie stanu zdrowia niesie informacje o niewystarczającej kontroli choroby, kumulacji czynników ryzyka lub nieadekwatności dotychczasowego leczenia. W relacjach pacjentów rzadko jednak pojawiała się narracja o tym, że zaostrzenie prowadziło do długofalowej zmiany strategii terapeutycznej. Częściej było ono traktowane jako zdarzenie incydentalne, a nie sygnał ostrzegawczy.

Wreszcie, zaostrzenia – zwłaszcza szpitalne – są utraconą szansą na **nazwanie i oswojenie lęku**. Pacjenci mówili o strachu przed uduszeniem, zależnością od tlenu, utratą kontroli nad własnym ciałem. Bez przestrzeni na rozmowę te doświadczenia pozostają niewypowiedziane, co sprzyja wycofaniu, rezygnacji lub powrotowi do zachowań przynoszących chwilową ulgę, nawet jeśli są one szkodliwe.

W tym sensie zaostrzenia nie są jedynie epizodami klinicznymi. Są momentami, w których krzyżują się biografia choroby, emocje pacjenta i możliwości systemu opieki. Gdy zostają sprowadzone wyłącznie do interwencji doraźnej, stają się utraconymi szansami – na lepszą kontrolę choroby, głębszą współpracę i realną zmianę trajektorii życia z POChP.

8. Edukacja

Edukacja pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc jest jednym z kluczowych elementów kompleksowej opieki nad osobami chorującymi. Choroba ta, ze względu na swój przewlekły i postępujący charakter, wymaga od pacjenta nie tylko przestrzegania zaleceń lekarskich, ale również aktywnego zaangażowania w codzienną samokontrolę i zarządzanie objawami. Proces adaptacji do POChP jest wieloetapowy, a gotowość pacjenta do przyjmowania informacji edukacyjnych zmienia się w zależności od fazy choroby – od początkowego okresu, w którym objawy są bagatelizowane, po momenty zaostrzeń i ograniczenia aktywności życiowej.

8.1. POTRZEBY EDUKACYJNE PACJENTÓW Z POChP

Myśląc o edukacji pacjentów z POChP, należy brać pod uwagę zarówno wiedzę poszukiwaną samodzielnie przez pacjenta, jak i wszelkie oddziaływania zewnętrzne, które stopniowo poszerzają jego rozumienie choroby oraz umiejętności potrzebne do codziennego funkcjonowania. Wywiady z pacjentami jednoznacznie pokazują, że potrzeby edukacyjne nie pojawiają się automatycznie wraz z rozwojem choroby. W początkowych fazach, gdy symptomy są słabo zauważalne, rozproszone lub bagatelizowane, pacjenci praktycznie nie zgłaszają potrzeby wiedzy o chorobie. Część z nich postrzega informacje o POChP jako niepotrzebne lub zagrażające, ponieważ naruszają one obraz siebie jako osoby zdrowej i samodzielnej.

Zdaniem psychologa

Najlepiej zapamiętywane są informacje na początku i na końcu – co warto uwzględnić budując przekaz informacyjny. Obserwacje wskazują, że u chorych w wieku podeszłym następuje pogorszenie sprawności intelektualnej i liczba powtórzeń informacji, czyli zakres treningu powinien być dostosowany indywidualnie.

Paweł:

Podjęrzewam, że nawet nie chciałbym wiedzieć więcej, ponieważ mogłyby pojawić się myśli o załamaniu czy depresji. Głębsze poznanie kolejnych etapów choroby mogłoby wywołać poczucie bezradności i skłonić mnie do zamknięcia się w sobie. Mogłbym pomyśleć i po co się starać, skoro i tak się zawinę.

Z tego powodu edukacja w POChP rzadko jest inicjowana przez pacjenta we wczesnych etapach choroby. To personel medyczny musi wychodzić z edukacją do pacjenta, przy czym kluczowe znaczenie ma

nie tylko **co** jest przekazywane, ale **kiedy, w jakiej formie i z jakim celem**. Niedostosowana edukacja – zbyt rozbudowana, zbyt alarmująca lub zbyt abstrakcyjna – bywa odrzucana lub ignorowana, nawet jeśli jej treść jest merytorycznie poprawna.

Życie z budzącą się chorobą

Na tym etapie pacjenci nie mają aktywnej potrzeby edukacji. Nie szukają informacji, nie zadają pytań i nie rozważają długofalowych konsekwencji zdrowotnych swoich objawów. Edukacja inicjowana przez lekarza lub pielęgniarkę może zostać zignorowana lub odrzucona, jeśli zostanie odebrana jako zbyt poważna lub zagrażająca. Skuteczne oddziaływania edukacyjne muszą być bardzo krótkie, ograniczone do jednego–dwóch komunikatów, formułowane językiem objawowym, a nie „chorobowym”. Najlepiej sprawdzają się sytuacje incydentalne – przy okazji wizyty z innego powodu lub po zgłoszeniu nowego, nasilonego objawu – oraz odwołanie do jednej konkretnej, odczuwalnej korzyści (np. mniejszej duszności przy wysiłku). Na tym etapie należy unikać mówienia o nieodwracalności, długich planów leczenia oraz konfrontowania pacjenta z brakiem współpracy.

Faza cichej adaptacji

Na etapie cichej adaptacji potrzeby edukacyjne pozostają minimalne i często nieuświadomione. Pacjenci zaczynają zauważać zmiany w funkcjonowaniu, ale koncentrują się głównie na dostosowywaniu życia, a nie na zrozumieniu przyczyn objawów. Otwartość na edukację jest selektywna. Najlepiej przyjmowane są krótkie, praktyczne informacje, szczególnie wtedy, gdy odnoszą się do strategii, które pacjent już stosuje. Skuteczne są treści zadaniowe: jak oszczędzać energię, jak bezpiecznie rozłożyć wysiłek w ciągu dnia, dlaczego objawy okresowo się nasilają.

Faza narastających ograniczeń

W tej fazie motywacja do wiedzy zaczyna wyraźnie rosnąć. Objawy coraz częściej utrudniają codzienne funkcjonowanie, a dotychczasowe strategie adaptacyjne przestają wystarczać. Pacjent zaczyna задаwać pytania i poszukiwać rzetelnych informacji, choć jednocześnie może doświadczać lęku i oporu wobec pełnego nazwania choroby. Edukacja staje się możliwa i potrzebna, pod warunkiem, że jest uporządkowana, dawkowana i powiązana z konkretnym planem działania. Skuteczne jest omawianie maksymalnie dwóch–trzech zagadnień na wizytę, sprawdzanie zrozumienia oraz łączenie wiedzy z praktycznymi decyzjami terapeutycznymi. Należy unikać nadmiaru informacji oraz komunikatów odbierających nadzieję.

Faza zaostrzenia wymagającego hospitalizacji

W okresie hospitalizacji otwartość na edukację jest bardzo wysoka, ale ma charakter lękowy i reaktywny. Pacjent doświadcza zagrożenia zdrowia lub życia i oczekuje jasnych, konkretnych odpowiedzi: co się stało, dlaczego doszło do pogorszenia i jak temu zapobiec w przyszłości. Edukacja powinna być krótka, jednoznaczna i powtarzalna, prowadzona w dwóch kluczowych momentach: po stabilizacji stanu klinicznego oraz przed wypisem. Najlepiej sprawdzają się proste zasady, checklisty i wyraźne informacje o tym, kiedy i gdzie szukać pomocy. Należy unikać edukowania w szczycie duszności oraz przekazywania zbyt szczegółowych danych.

Faza ograniczenia życia do domu

W ostatniej fazie potrzeby edukacyjne dotyczą już nie diagnozy, lecz zarządzania chorobą i jakości życia. Otwartość na edukację jest umiarkowana, ale stabilna, szczególnie wtedy, gdy przekazywana wiedza

daje pacjentowi poczucie bezpieczeństwa i wpływu. Edukacja powinna być prowadzona prostym językiem, często, ale w krótkich porcjach, najlepiej z udziałem opiekunów. Skupienie na komforcie życia, jasnych schematach postępowania i tym, co pacjent nadal może kontrolować, sprawia, że wiedza staje się narzędziem wsparcia, a nie kolejnym obciążeniem.

Wywiady z pacjentami wyraźnie pokazują, że aktywne poszukiwanie wiedzy o POChP pojawia się dopiero w późniejszych fazach choroby, gdy objawy są już wyraźnie odczuwalne i ograniczają codzienne funkcjonowanie. Wcześniej edukacja musi być inicjowana przez lekarzy i pielęgniarki oraz precyzyjnie dostosowana do etapu adaptacji pacjenta. O jej skuteczności decydują moment, forma i cel, a nie ilość przekazywanych informacji.

8.2. AKTYWNE POSZUKIWANIE WIEDZY PRZEZ PACJENTÓW A INICJATYWA LEKARZA

Aktywne poszukiwanie wiedzy przez pacjentów z POChP jest w dużej mierze **spóźnione** – zwykle pojawia się dopiero w momencie, gdy choroba staje się odczuwalna i zaczyna znacząco ograniczać codzienne funkcjonowanie. Wczesne fazy, takie jak życie z budzącą się chorobą czy cicha adaptacja, charakteryzują się **niską świadomością choroby** i ograniczoną gotowością do przyjmowania informacji dotyczących leczenia czy przewlekłego przebiegu POChP. Pacjenci nie zadają jeszcze pytań, nie szukają porad medycznych i rzadko inicjują rozmowy o chorobie – dlatego edukacja pacjenta z tą chorobą na tych etapach nie może zakończyć się na jego samodzielnym poszukiwaniu wiedzy. Z tego powodu **rola lekarza i pielęgniarki polega na wychodzeniu z wiedzą do pacjenta** – czyli aktywnym oferowaniu informacji, zanim pacjent sam zacznie jej szukać. Kluczowe jest przy tym **dostosowanie treści i formy edukacji do etapu choroby**, w którym pacjent się znajduje. W fazie wczesnej informacje powinny być proste, praktyczne, osadzone w codziennych doświadczeniach i niezagrożające poczuciu własnego zdrowia pacjenta.

W późniejszych fazach można wprowadzać treści bardziej szczegółowe, dotyczące leczenia, rehabilitacji oddechowej czy strategii radzenia sobie z ograniczeniami. Takie dopasowanie jest istotne, ponieważ **pacjent przyswaja wiedzę efektywnie tylko wtedy, gdy odpowiada ona jego aktualnym potrzebom, możliwościom i poziomowi gotowości psychicznej**. Często zdarza się, że w takim momencie tej wiedzy nie otrzymują od lekarza.

Jolanta:

Chodziłam do lekarza, do pulmonologa, ale właściwie wszystko ograniczało się do spirometrii i prześwietlenia płuc. Na tym się kończyło. W zasadzie nic mi nie tłumaczono. Dostawałam leki wziewne, a cała rozmowa była bardzo lakoniczna. Lekarka nigdy nie mówiła mi, że choroba jest poważna albo że może mieć groźne konsekwencje. Po prostu leczyła – ale nie edukowała. Absolutnie nie. Nigdy w życiu nie dostałam żadnych informacji, takich jak te, które mam teraz – że istnieją ćwiczenia oddechowe, że można coś robić samemu, żeby sobie pomóc. Nikt nigdy nie zaproponował mi rehabilitacji ani wyjazdu do sanatorium, nie powiedział, że coś mi się należy. To po prostu nigdy nie padło.

Nieodpowiednio podana wiedza może być odrzucona lub wywołać poczucie zagrożenia, a w efekcie – zniechęcenie do dalszego uczenia się i współpracy w leczeniu.

Elżbieta:

Mam taki charakter, że jeśli wiem, że będzie poprawa, tym bardziej angażuję się w rehabilitację. Kiedy przydzielono mi rehabilitanta, zaczęłam z nim rozmawiać – pytałam „po co, co i dlaczego”, bo jestem ciekawa, jakie ma znaczenie każdy element terapii.

Komentarz lekarski

Edukacja w POChP jest medycznie jest niezbędna bo wpływa na poprawę skuteczności terapii wziewnej, zwiększa wśród chorych skuteczność rozpoznawania zaostrzeń, optymalizuje stosowanie planu działania, szczepienia, aktywność fizyczną, redukcję ryzyka infekcji i – najważniejsze – utrzymanie abstynencji tytoniowej.

Dwa elementy powinny szczególnie wybrzmieć w komentarzu klinicznym:

- **Edukacja to proces, nie jednorazowa informacja**

Raport trafnie zauważa, że potrzeby edukacyjne pojawiają się falowo, zależnie od fazy choroby. Klinicznie oznacza to konieczność powtarzania krótkich modułów: „co to jest POChP”, „jak działa inhalator”, „kiedy to jest zaostrzenie”, „kiedy wezwać pomoc”, „jak ćwiczyć bezpiecznie”.

- **Brak narzędzi edukacyjnych i niska wyszczepialność**

Podkreślono, że brakuje ogólnodostępnych narzędzi edukacyjnych, a pacjenci często uczą się dopiero w szpitalu. Edukacja w zakresie szczepień zwiększa liczbę pacjentów przyjmujących szczepionki.

On wyjaśnił mi wiele spraw, co zaczęło mnie motywować jeszcze bardziej – wiedziałam, że metody są sprawdzone i przynoszą efekt.

Rzetelna wiedza jest z kolei niezbędna, aby pacjent **podejmował decyzje w oparciu o fakty, a nie mity lub przypadkowe informacje z internetu czy od osób postronnych**. Dzięki temu pacjent lepiej rozumie chorobę, rozpoznaje objawy zaostrzeń, umie korzystać z leków i technik samopielęgnacji, a także potrafi utrzymać codzienną aktywność i jakość życia na możliwie wysokim poziomie. **Edukacja pacjenta z POChP nie może być biernym oczekiwaniem na jego pytania** – wymaga aktywnej, etapowej strategii ze strony zespołu medycznego, w której treść i forma komunikacji są dopasowane do aktualnych potrzeb pacjenta, a przekazywana wiedza jest rzetelna, praktyczna i użyteczna.

8.3. EDUKACJA O NIKOTYNIZMIE

Życie z budzącą się chorobą

Na najwcześniejszym etapie pacjent-palacz nie postrzega palenia jako realnego problemu zdrowotnego. Objawy są zbyt słabe i zbyt łatwe do wytłumaczenia innymi przyczynami, by mogły zagrozić utrwalonemu schematowi myślenia typowemu dla uzależnienia: „palę, ale mam nad tym kontrolę”, „to jeszcze nie przez papierosy”, „inni palą więcej i nic im nie jest”. Wiedza o szkodliwości palenia jest znana, ale funkcjonuje w sposób abstrakcyjny, oderwany od własnego doświadczenia.

Gotowość do przyjęcia informacji na temat palenia jest bardzo niska, a współpraca z lekarzem w tym zakresie często pozorna. Pacjent może wysłuchać zaleceń, ale nie traktuje ich jako odnoszących się do siebie. Pojawia się defensywność, minimalizowanie ryzyka, a czasem irytacja. Na tym etapie nie ma realnej gotowości do zmiany – próby intensywnej edukacji antynikotynowej mogą wręcz wzmacniać opór. Pomocne są jedynie bardzo delikatne sygnały: krótkie informacje, łączenie palenia z ogólnym zdrowiem, bez nacisku na rzucanie.

Faza cichej adaptacji

Wraz z utrwalaniem się objawów zaczyna pękać wcześniejsza narracja. Pacjent nadal pali, ale coraz częściej zauważa związek między papierosem a kaszlem, dusznością czy gorszą tolerancją wysiłku. Myślenie osoby uzależnionej staje się ambiwalentne: z jednej strony pojawia się refleksja („może to jednak ma związek”), z drugiej – silna potrzeba zachowania nawyku, który pełni funkcję regulacji emocji i stresu. Gotowość do rozmowy z lekarzem rośnie, ale współpraca ma charakter warunkowy. Pacjent jest skłonny słuchać, jeśli nie czuje się oceniany ani zmuszany do deklaracji. Gotowość do zmiany jest jeszcze niska, ale pojawia się gotowość do myślenia o zmianie. Najlepiej przyjmowane są

treści praktyczne, pokazujące krótkoterminowe korzyści – np. lepszy oddech, mniejsze zmęczenie – oraz historie innych pacjentów. Wsparciem może być normalizowanie ambiwalencji i podkreślanie, że wahanie nie oznacza porażki.

Faza narastających ograniczeń

W tej fazie pacjent coraz wyraźniej doświadcza konsekwencji choroby, a palenie przestaje być „neutralnym tłem”. Objawy stają się na tyle dokuczliwe, że mechanizmy zaprzeczania słabną. Myślenie osoby uzależnionej zaczyna się przesunąć z obrony w stronę poszukiwania rozwiązań: „wiem, że to szkodzi, ale nie wiem, jak przestać”. Gotowość do współpracy z lekarzem jest wysoka, zwłaszcza jeśli rozmowa dotyczy konkretnych działań, a nie moralnej oceny. Pojawia się realna gotowość do zmiany, choć często towarzyszy jej lęk przed niepowodzeniem. Pacjent zaczyna pytać o metody rzucania palenia, leczenie farmakologiczne, wsparcie psychologiczne. Pomocne są jasno przedstawione opcje, podział zmiany na etapy oraz wzmocnienie poczucia sprawczości: „nie musi się to udać od razu”.

Faza zaostrzenia szpitalnego

Hospitalizacja gwałtownie przełamuje dotychczasowe mechanizmy obronne. Uzależnienie nie znika, ale na chwilę traci swoją dominującą pozycję wobec lęku o zdrowie i życie. Pacjent często myśli w kategoriach: „jeśli teraz nie przestanę, to już nigdy”. Gotowość do przyjęcia wiedzy o paleniu jest bardzo wysoka, podobnie jak deklaratywna gotowość do zmiany.

Jednocześnie stan emocjonalny i fizyczny pacjenta bywa niestabilny – stres, osłabienie i nadmiar informacji mogą ograniczać zdolność do długofalowego planowania. Współpraca z personelem jest intensywna, ale wymaga prostych, jasnych komunikatów. Najbardziej pomocne są krótkie, konkretne wskazówki, szybkie interwencje (np. nikotynowa terapia zastępcza) oraz jasne powiązanie palenia z przebiegiem leczenia i ryzykiem kolejnych zaostrzeń.

Faza ograniczenia przestrzeni życia / uwięzienie domowe

W późniejszym etapie choroby relacja pacjenta z paleniem staje się bardziej złożona. U części osób pojawia się trwała motywacja do utrzymania abstynencji, u innych – nawrót palenia jako sposobu radzenia sobie z frustracją, samotnością i stratą dawnego stylu życia. Gotowość do przyjęcia wiedzy jest umiarkowana i silnie zależna od stanu psychicznego oraz wsparcia otoczenia. Współpraca z lekarzem i zespołem terapeutycznym bywa dobra, jeśli pacjent czuje się rozumiany, a nie rozliczany z „porażek”. Gotowość do zmiany istnieje, ale często wymaga długotrwałego, realistycznego wsparcia. Najlepiej przyjmowane są treści proste, konkretne i dostosowane do codzienności: jak utrzymać abstynencję, jak radzić sobie z głodem nikotynowym, jak stworzyć środowisko domowe wolne od dymu. Kluczowe staje się wsparcie emocjonalne oraz włączenie bliskich w proces zmiany.

Gotowość pacjenta z POChP do przyjęcia wiedzy o paleniu rosną proporcjonalnie do nasilenia objawów i ograniczeń funkcjonalnych. Wczesne fazy choroby cechuje obojętność lub opór wobec edukacji antynikotynowej, dlatego to lekarz i pielęgniarka muszą proaktywnie wprowadzać odpowiednio dostosowane informacje, zaczynając od prostych faktów o wpływie palenia na płuca i codzienne funkcjonowanie. Dopiero w późniejszych fazach pacjent staje się aktywnym uczestnikiem procesu edukacji, poszukując konkretnych sposobów zmiany zachowań.

9. Zaostrzenie szpitalne jako punkt zwrotny

Zaostrzenie wymagające hospitalizacji w przebiegu POChP może być rozumiane nie tylko jako epizod kliniczny, lecz jako moment graniczny w doświadczeniu choroby. Jest to sytuacja, w której dotychczasowe strategie radzenia sobie pacjenta przestają działać, a choroba przestaje być tłem codzienności i staje się realnym zagrożeniem życia. Z tego powodu zaostrzenie szpitalne pełni rolę **punktu zwrotnego** – jednocześnie dla pacjenta i dla lekarza.

Punkt zwrotny dla pacjenta

Dla pacjenta hospitalizacja z powodu zaostrzenia oznacza jakościową zmianę w przeżywaniu choroby. Po raz pierwszy lub kolejny, ale w sposób niepodlegający już zaprzeczaniu, pojawia się realny lęk o życie. Duszność, zależność od tlenu, aparatury medycznej i personelu sprawiają, że choroba przestaje być abstrakcyjna. Mechanizmy obronne – minimalizacja, racjonalizacja czy odsuwanie myśli o konsekwencjach – ulegają osłabieniu.

W tym momencie pacjent:

- nie może już zaprzeczać istnieniu choroby ani jej wpływowi na codzienne funkcjonowanie,
- łączy objawy bezpośrednio z POChP, a nie z wiekiem, „słabszą kondycją” czy innymi schorzeniami,
- zaczyna postrzegać swoje życie jako wartość zagrożoną, wymagającą ochrony,
- wykazuje zwiększoną motywację do zmiany zachowań, które nasilają objawy, w tym palenia tytoniu.

Co istotne, motywacja ta nie zawsze ma charakter uporządkowany czy trwały – często jest nacechowana lękiem, ambiwalencją i poczuciem winy. Jednak właśnie ta chwiejność emocjonalna świadczy o tym, że pacjent opuszcza fazę zaprzeczania i wchodzi w fazę konfrontacji z chorobą.

Anonimowy członek grupy wsparcia:

Pałam ponad 50 lat. W lutym tak mnie przydusiło, że ledwo przeżyłam. Od tej pory nie palę. Lekarz powiedział, jeszcze pół fajki i dobry Jezu a nasz Panie...

Punkt zwrotny pacjenta szansą dla lekarza

Zaostrzenie szpitalne jest również momentem przełomowym dla lekarza. Z klinicznego punktu widzenia jest to sytuacja wysokiego ryzyka, ale z perspektywy relacyjnej i edukacyjnej – rzadkie okno

zwiększonej dostępności pacjenta na oddziaływania profilaktyczne. Lekarz przestaje być jedynie osobą „leczącą objawy”, a staje się dla pacjenta autorytetem w sytuacji zagrożenia życia.

W tym momencie:

- zmniejsza się opór wobec informacji o chorobie,
- wzrasta gotowość do słuchania i zadawania pytań,
- pacjent zaczyna szukać sensu i przyczyn swojego stanu,
- pojawia się przestrzeń do rozmowy o zachowaniach zdrowotnych bez natychmiastowego odrzucenia.

Zaostrzenie szpitalne stwarza więc warunki do **interwencji wykraczającej poza leczenie farmakologiczne**, obejmującej psychoedukację, wsparcie emocjonalne i motywowanie do zmiany postaw.

„Okno sprzyjające interwencji profilaktycznej”

Na podstawie analizy doświadczeń pacjentów, należy zauważyć, że okres pomiędzy zaostrzeniem szpitalnym a uzyskaniem stabilizacji fizycznej, można uznać za okno sprzyjające interwencji profilaktycznej. Jest to czas, w którym pacjent:

- jest emocjonalnie poruszony,
- ma obniżone mechanizmy zaprzeczania,
- doświadcza bezpośrednich konsekwencji choroby,
- częściej akceptuje potrzebę zmiany.

Okno to otwiera się z każdym zaostrzeniem szpitalnym, co oznacza, że jeden pacjent może mieć wiele takich momentów w przebiegu choroby. Niewykorzystanie tego czasu oznacza utratę szansy na realny wpływ na postawy zdrowotne chorego.

Znaczenie działania lekarza i pielęgniarki w punkcie zwrotnym

Działanie lekarza w tym okresie może mieć charakter zwrotny w kilku obszarach:

- poznawczym – pomagając pacjentowi nazwać chorobę i zrozumieć związek objawów z POChP,
- emocjonalnym – normalizując lęk i zmniejszając poczucie winy,
- motywacyjnym – wzmacniając gotowość do zmiany zachowań prozdrowotnych,
- relacyjnym – budując zaufanie i poczucie bycia prowadzonym, a nie ocenianym.

Komentarz lekarski

Z perspektywy medycznej zaostrzenie wymagające hospitalizacji jest jednym z najsilniejszych predyktorów złego rokowania. Aktualne podejście (ERS/ATS) akcentuje, że opieka nad zaostrzeniem to nie tylko „leczenie epizodu”, lecz również rozpoczęcie prewencji kolejnych zaostrzeń. W komentarzu klinicznym do rozdziału 9 warto dodać trzy poziomy działań:

- **Ocena przyczyny zaostrzenia i modyfikacja leczenia podtrzymującego**

Po epizodzie szpitalnym należy ocenić: czynniki infekcyjne, ekspozycje, niewydolność serca, zatorowość, błędy w inhalacji, brak szczepień, brak rehabilitacji, powrót do palenia. W polskich materiałach zwraca się uwagę na brak rzetelnej informacji o częstotliwości i ciężkości zaostrzeń, co utrudnia specjalistom optymalizację leczenia.

- **Hospitalizacja jako „okno terapeutyczne”**

To moment, w którym można wdrożyć: naukę inhalacji, plan działania na zaostrzenie, wsparcie antynikotynowe, kwalifikację do rehabilitacji i – jeśli wskazane – ocenę potrzeb tlenoterapii/NIV.

- **Prewencja kolejnych zaostrzeń u chorych wysokiego ryzyka**

W aktualnych wytycznych rośnie rola strategii zapobieganie częstym zaostrzeniami. Należy także zastosować terapię trójkową (LABA/LAMA/wGKS) jeśli wcześniej nie była wdrożona. W wybranych grupach rozważyć terapię biologiczną.

Kluczowe jest, aby interwencje profilaktyczne – edukacja, rozmowa o paleniu tytoniu, wsparcie psychologiczne – były udzielane właśnie w tym oknie. Przykładem niech będzie historia jednego z pacjentów.

Wieloletni:

Mimo że nie mogłem mówić, bo miałem założoną rurkę intubacyjną, porozumiewałem się z pielęgniarką na piśmie. Z jedną z nich szczególnie się zaprzyjaźniłem – do tego stopnia, że gdy przychodziła na dyżur o siódmej rano, przynosiła mi już gorącą kawę. To właśnie ona, mimo że ja nie mogłem mówić, rozmawiała ze mną o chorobie. Wskazywała innych pacjentów leżących na OIOM-ie, mówiąc, że dla jednych jest to już czwarty pobyt w tym roku, dla innych drugi. Dawła do zrozumienia, że prędzej czy później tak właśnie może wyglądać dalszy przebieg choroby.

Podjęmowane zbyt wcześnie są często odrzucane jako zagrażające, a zbyt późno – tracą swoją siłę oddziaływania, gdy pacjent ponownie uruchamia mechanizmy adaptacyjne i zaprzeczanie.

Dodatek

ŻYCIE PACJENTA Z POCHP, KTÓRE GAŚNIE POWOLI – UJĘCIE ETAPOWE

Obszar życia	Życie z budzącą się chorobą	Faza cichej adaptacji	Faza narastających ograniczeń	Faza zaostrzenia szpitalnego	Faza ograniczenia przestrzeni życia, uwięzienie domowe
Energia fizyczna	Prawie pełna, szybciej się męczy przy dużym wysiłku	Zmienna, wymaga przerw i oszczędzania sił	Wyraźnie obniżona, męczy nawet mały wysiłek	Bardzo niska, wyczerpanie przy podstawowych czynnościach	Minimalna, szybkie wyczerpanie
Samodzielność	Pełna	Zachowana, ale kosztowna energetycznie	Częściowa, wymaga planowania	Znacznie ograniczona lub czasowo utracona	Trwale ograniczona, zależność od wsparcia
Codzienna aktywność	Bez zmian, spontaniczna	Ograniczana „po cichu”, dzielona na etapy	Wyraźnie zredukowana, podporządkowana objawom	Sprowadzona do minimum	Ograniczona do podstawowych czynności
Pasje i zainteresowania	Realizowane bez przeszkód	Nadal obecne, ale skracane	Stopniowo porzucane	Zawieszone	Zredukowane do biernych form lub wspomnień
Kontakty społeczne	Aktywne i spontaniczne	Selektywne, rzadsze	Coraz częściej ograniczane	Minimalne, głównie formalne	Sporadyczne, często pośrednie
Czas wolny	Aktywny, różnorodny	Coraz bardziej podporządkowany odpoczynkowi	Głównie regeneracja	Bierny, związany z leczeniem	Monotonny, powtarzalny
Radość i satysfakcja z życia	Wysoka	Umiarkowana, z pierwszym cieniem frustracji	Wyraźnie obniżona	Niska	Niska, krótkotrwałe momenty ulgi
Poczucie kontroli nad życiem	Silne	Nadal obecne, ale wymagające wysiłku	Oślabione, choroba zaczyna „rządzić”	Znacznie ograniczone	Bardzo niskie
Zdrowie psychiczne i emocje	Spokój, poczucie normalności	Narastający niepokój, zaprzeczanie	Frustracja, zniechęcenie	Lęk, bezradność	Smutek, izolacja, ryzyko depresji

Wnioski końcowe dla praktyki

Raport dostarcza szeregu kluczowych wniosków, które mogą posłużyć do usprawnienia opieki nad pacjentami z POChP, wskazując na konkretne braki w obecnym podejściu klinicznym oraz systemowym.

- 1. Zadbać o wczesne wykrywanie objawów (duszność wysiłkowa i kaszel) i dostęp do spirometrii** – bez tego POChP pozostaje chorobą rozpoznawaną późno, a większość interwencji wdrażana jest dopiero po znacznej utracie rezerw wentylacyjnych płuc. Postulat poprawy dostępności i jakości spirometrii w POZ ma mocne oparcie w zaleceniach PTChP i w standardach GOLD.
- 2. Poprawić koordynacja opieki POZ–AOS–szpital** – brak przepływu informacji, zwłaszcza o zaostrzeniach, prowadzi do nieadekwatnej eskalacji terapii i „utruty szans” terapeutycznych.
- 3. Edukacja terapeutyczna i ocena techniki inhalacyjnej powinna być standardem postępowania** – raport pokazuje, że pacjenci uczą się dopiero „w kryzysie”; medycznie to jest odwrócenie właściwej kolejności. Edukacja ma być elementem leczenia podtrzymującego, a nie działaniem doraźnym.
- 4. Rehabilitacja i aktywność fizyczna jako terapia, a nie dodatek** – aktualne wytyczne ATS/ERS zalecają rehabilitację u wszystkich chorych w grupach B-E.
- 5. Szczepienia ochronne powinny być rekomendowane dla wszystkich chorych na POChP**
- 6. Terapia trójkłkowa (LABA/LAMA/wGKS) dla chorych z zaostrzeniami** - już jedno zaostrzenie POChP stanowi ryzyko wystąpienia kolejnego a terapia trójkłkowa stanowi element prewencji.
- 7. Nowa era leczenia fenotypowego** – w ostatnich latach pojawiły się dowody, że część chorych (np. z zapaleniem typu 2) może odnosić korzyści z terapii biologicznej w zakresie redukcji zaostrzeń. To wzmacnia potrzebę lepszej diagnostyki i stratyfikacji ryzyka (a nie tylko „leczenia jedną ścieżką dla wszystkich”).
- 8. Zaostrzenia jako „okno możliwości” dla interwencji**
Zaostrzenia POChP, a w szczególności te wymagające hospitalizacji, to momenty krytyczne zarówno dla pacjenta, jak i lekarza. Pacjent doświadcza w tym czasie realnego zagrożenia życia, zwiększa się jego lęk, a jednocześnie rośnie motywacja do zmiany zachowań prozdrowotnych, w tym ograniczenia palenia. Dla lekarza jest to moment, w którym psychoedukacja, wsparcie motywacyjne i profilaktyka mają największą szansę skuteczności.
- 9. Różnice w percepcji choroby a wczesne fazy leczenia**
Pacjenci w początkowych fazach POChP często nie łączą objawów z chorobą ani z paleniem. W ich percepcji leczenie zaczyna się dopiero wtedy, gdy objawy stają się uciążliwe. Dla lekarza oznacza

to, że wdrażanie terapii wymaga nie tylko przepisania leków, ale także wprowadzenia pacjenta w świadomość choroby, wyjaśnienia przyczyn objawów i konsekwencji czynników ryzyka.

10. Farmakoterapia wsparcia i weryfikacji

Pacjenci często nie wiedzą, jak prawidłowo stosować inhalatory i nie otrzymują edukacji na temat aerozoloterapii. Wiele osób nie przyjmuje zalecanych leków przewlekłych mimo nasilenia objawów lub licznych zaostrzeń. Lekarz powinien weryfikować umiejętności stosowania leków, dostosowywać schemat terapii do możliwości pacjenta oraz monitorować jej efektywność. Brak takich działań prowadzi do nieefektywnego leczenia i wzrostu ryzyka zaostrzeń.

11. Luki w rehabilitacji i szczepieniach jako metodzie prewencji zaostrzeń infekcyjnych POChP

Wywiady wykazały, że pacjenci rzadko są kierowani na rehabilitację oddechową lub informowani o możliwości szczepień ochronnych. Podobnie brak systemowego wsparcia w rzucaniu palenia utrudnia zmiany prozdrowotne. Lekarz powinien aktywnie rekomendować rehabilitację, szczepienia i metody redukcji uzależnienia, nawet jeśli pacjent nie zgłasza aktywnie zapotrzebowania.

12. Palenie papierosów jako centralny czynnik ryzyka

Palenie papierosów pozostaje głównym czynnikiem ryzyka POChP i jest trudne do eliminacji z uwagi na uzależnienie oraz funkcję emocjonalną, jaką pełni w życiu pacjenta. Pacjent może kontynuować palenie pomimo pogarszającego się stanu zdrowia, a decyzje o próbach rzucenia często zależą od czynników zewnętrznych (ciąża, choroba bliskiej osoby) lub nagłych zaostrzeń. Lekarz powinien weryfikować gotowość do zmiany, wspierać próby rzucenia i monitorować skutki kontynuacji nawyku. Wykonanie testu motywacji do rzucenia palenia i testu siły uzależnienia nadal rzadko stosowane w praktyce.

13. Rola wsparcia rodziny i opiekunów

Obecność bliskich ułatwia przestrzeganie zaleceń, monitorowanie objawów i radzenie sobie w codziennym życiu. Pacjenci samotni lub w rodzinach skonfliktowanych częściej mają trudności z realizacją zaleceń, zgłaszają wyższy poziom stresu i większą izolację społeczną. Lekarz powinien brać pod uwagę kontekst społeczny pacjenta i włączać rodzinę lub alternatywne formy wsparcia w plan leczenia.

14. Znaczenie komunikacji i postawy lekarza

Postawa lekarza wobec palenia, choroby i trudności pacjenta ma istotny wpływ na przestrzeganie zaleceń i motywację do zmiany zachowań. Lekarz, który pali, może nieświadomie ograniczać skuteczność terapii. Skuteczna komunikacja powinna być empatyczna, konsekwentna i dostosowana do fazy choroby pacjenta, aby zwiększyć zrozumienie i przyjęcie zaleceń.

15. Różnice w systemach opieki

Pacjenci korzystający z prywatnej opieki często mają szybszy dostęp do konsultacji, badań i porad, co wpływa na lepsze monitorowanie choroby. W ramach NFZ pacjenci mają dostęp do leków i podstawowej opieki, jednak napotykają ograniczenia czasowe i brak edukacji systemowej.

16. Indywidualizacja interwencji w zależności od fazy choroby

Potrzeby edukacyjne, motywacja do zmiany i gotowość do współpracy z lekarzem zmieniają się w czasie choroby. Lekarz powinien stosować strategie dopasowane do percepcji pacjenta, w tym krótkie komunikaty w początkowych fazach, wsparcie praktyczne w fazie narastających ograniczeń oraz skoncentrowaną psychoedukację i motywację do zmiany w czasie zaostrzeń.

17. Potrzeba systemowego wsparcia w leczeniu POChP

Istnieją luki w edukacji, leczeniu, rehabilitacji, terapii nikotynizmu i profilaktyce. Skuteczna praktyka lekarska wymaga nie tylko indywidualnego podejścia do pacjenta, ale także wykorzystania dostępnych narzędzi systemowych oraz współpracy z pielęgniarką, rehabilitantem, psychologiem i innymi specjalistami.

Nota metodologiczna

Oddany w Państwa ręce raport powstał w trakcie badań socjologicznych prowadzonych pomiędzy sierpniem a grudniem 2025 roku, przez dr n. hum. Dominikę Łęcką, w trzech etapach. Ich celem było zrozumienie codziennego życia pacjentów z POChP, ich specyficznych potrzeb i ograniczeń, społecznych kontekstów samej choroby i jej rozwoju na przestrzeni życia pacjentów oraz jej społecznego otoczenia. Badania miały charakter jakościowy z użyciem triangulacji metodologicznej i danych. Zastosowanie różnych metod, jak i źródeł danych pozwoliło zebrać dane, które następnie były ze sobą porównywane. W treści raportu zostały opisane zarówno te zjawiska, które znalazły swoje potwierdzenie w różnych źródłach, jak i te, które stanowiły wyjątkowy charakter doświadczenia pojedynczych osób, aby nie stracić subiektywnego charakteru ich doświadczeń życia z tą chorobą.

Pierwszym etapem badania była jakościowa analiza treści jednej z grup wsparcia online, która skierowana była do osób chorujących na POChP (w formie etnografii grupy samopomocowej). Trwała ona od sierpnia do września 2025 roku. Analizie poddane zostały dane tekstowe (wpisy oraz komentarze), umieszczane tam w okresie jednego roku (od sierpnia 2024 r. do sierpnia 2025 r.). Badaniem objęte zostały posty i odpowiedzi na nie, umieszczane przez 663 członków tej grupy wsparcia. Celem tego etapu było wyodrębnienie i zrozumienie głównych tematów podejmowanych w ramach wsparcia przez chorych na POChP, wzorców zachowań związanych z chorobą, a opisywanych w trakcie prowadzonych dyskusji pod postami, emocji towarzyszących podejmowanym tematom, identyfikacja tematów przemilczanych oraz stworzenie tematów węzłowych, których podjęcie miało nastąpić w etapie drugim, w trakcie wywiadów pogłębianych.

Pogłębiane wywiady indywidualne odbywały się od października do grudnia 2025 roku. Prowadzone były telefonicznie z użyciem ustrukturalizowanego kwestionariusza wywiadu. Każdy z nich trwał około półtorej godziny. Zrealizowanych zostało 8 wywiadów z pacjentami chorującymi na POChP. Kryterium doboru był okres, jaki minął od ostatecznie postawionej diagnozy POChP oraz etap rozwoju choroby. Pacjenci zostali poinformowani o poufności samego badania, wszyscy wyrazili zgodę na użycie ich prawdziwych imion w tym raporcie. Ich sylwetki przedstawione są w części „Portrety pacjentów”. Celem wywiadów było pogłębienie tematów węzłowych zidentyfikowanych w trakcie analizowania treści grupy wsparcia oraz odkrycie osobistych form ich realizacji przez poszczególnych pacjentów. W trakcie badania okazało się, że najtrudniej dotrzeć jest do osób, które są tuż po otrzymaniu diagnozy (do roku od jej postawienia). Była to grupa, która odmawiała udziału w badaniu, rezygnowała w trakcie. Aby zachować jej obecność w analizie tego bardzo ważnego etapu w rozwoju postawy do choroby podjęta została decyzja o zastosowaniu metod pośrednich, w tym indywidualnego wywiadu pogłębianego z lekarzem pulmonologiem, który w ostatnim roku stawiał diagnozy POChP i miał kontakt z tymi

pacjentami w pierwszym roku ich leczenia. Tematyka ta została włączona także w opisane wcześniej indywidualne wywiady pogłębione z pacjentami z dłuższym okresem, który minął od ich diagnozy poprzez pytania z zakresu ich osobistych doświadczeń z życiem zaraz po diagnozie i w pierwszym roku leczenia, pomimo, że były to w głównej mierze ich restrospekcje, a nie opis tego, co dzieje się „tu i teraz”. Ważnym elementem było także poszukiwanie wpisów osób „zaraz po diagnozie” na opisywanej wcześniej grupie wsparcia.

Ostatnim etapem badania była obserwacja uczestnicząca na wspomnianej już wcześniej grupie wsparcia. Jej celem było przyglądanie się reakcjom pacjentów z POChP na zadawane przez badacza pytania, inicjowanie tematów wcześniej zidentyfikowanych jako „przemilczanych” w narracji pacjentów oraz przyjrzenie się dokładniej grupie pacjentów, którzy otrzymali diagnozę w ostatnim roku. W tym celu badaczka zainicjowała 3 dyskusje, brała czynny udział w tych dyskusjach, zadawała pytania innym uczestnikom. Na podstawie zebranych danych, zostało wyodrębnionych kilka obszarów opisujących życie z POChP, które zostały wzbogacone wypowiedziami pacjentów pochodzących z wywiadów pogłębionych.

Niniejsze opracowanie nie przedstawia statystycznej, reprezentatywnej perspektywy pacjentów z POChP. Jest głosem pacjentów, który powinien posłużyć pogłębionej refleksji nad leczeniem osób z tą chorobą. Może być także punktem wyjścia do dyskusji zainteresowanych stron nad usprawnieniem procesu leczenia.

Literatura

- Anderson, K. L. (1995). The effect of chronic obstructive pulmonary disease on quality of life. *Research in Nursing & Health*, 18(6), 547–556.
- AOTMiT. Profilaktyka Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc – raport (aktualizacja 2025).
- Armstrong, D. (1990). Qualitative research on chronic illness: A commentary on method and conceptual development. *Social Science & Medicine*, 30(11), 1161–1168.
- Bhatt SP, i wsp. Dupilumab for COPD with Blood Eosinophil Evidence of Type 2 Inflammation (NOTUS). *N Engl J Med*. 2024.
- Bhatt SP, i wsp. Dupilumab for COPD with Type 2 Inflammation (BOREAS). *N Engl J Med*. 2023.
- Chalmers JD, i wsp. ERS clinical practice guideline for long-term macrolide treatment (m.in. w prewencji zaostrzeń u pacjentów wysokiego ryzyka). 2025.
- Charmaz, K. (1990). 'Discovering' chronic illness: Using grounded theory. In R. Jessor, A. Colby, & R. Shweder (Eds.), *Ethnography and human development: Context and meaning in social inquiry* (pp. 233–256). University of Chicago Press.
- Cudzik, E., Cudzik, K., Zboina, B., Stępień, R., & Ślusarska, B. (2021). Jakość życia w grupie pacjentów z POChP w warunkach ambulatoryjnych. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej / LongTerm Care Nursing*, 6(1), 14–24.
- Czajkowska-Malinowska M. i wsp. Wytoczne konsultanta krajowego w dziedzinie chorób płuc oraz konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej dotyczące diagnostyki i leczenia POChP w POZ.
- Ergan B, i wsp. ERS guidelines on long-term home non-invasive ventilation. 2019.
- ERS/ATS. Management of COPD Exacerbations: an ERS/ATS guideline – implementation summary.
- Eustachiewicz, J., Moczydłowska, A., & Kukowska, D. (2024). Poziom wiedzy pacjentów na temat stylu życia z chorobą obturacyjną. *Scientific Journals of the International Academy of Applied Sciences in Łomża*, 88(4), 131–140.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD: 2026 Report (oraz Pocket Guide 2026).

- Gonçalves, B., Lusher, J., Cund, A., Sime, C., & Harkess-Murphy, E. (2025). Understanding the psychosocial burden of living with advanced COPD in context of palliative care: A mixed methods study. *Journal of Health Psychology*, 30(12), 3417–3432.
- Jankowska-Polańska, B., Kasprzyk, M., Chudiak, A., & Uchmanowicz, I. (2016). Wpływ akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP). *Advances in Respiratory Medicine*, 84(Suppl. I), 3.
- Kornatowska, K., Gawatkiewicz, P., & Bułdyś, K. (2024). Systemy podgrzewania tytoniu – mniejsze zło czy nowe zagrożenie? *Family Medicine Forum / Forum Medycyny Rodzinnej*, 18(3).
- Liamputtong, P. (Ed.). (2018). *Handbook of research methods in health social sciences*. Springer Nature.
- Majda, A., & Józefowska, H. (2009). Zasoby osobiste pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Problemy Pielęgniarstwa*, 17, 283–293.
- Markowska, E., Ring, M., Kamecki, K., & Kosmalski, M. (2024). Sense of loneliness and meaning in life in chronic obstructive pulmonary disease patients: Preliminary studies. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 19(1).
- Nowak, M., Brożek, G. M., Zejda, J. E., Jankowski, M., & Pierzchała, W. (2020). Impact of changing GOLD guidelines (2007–2011–2017) on assignment of a COPD patient to disease severity category. *Postępy Dermatologii i Alergologii*, 37, 221–228.
- Pedrozo-Pupo, J. C., Campo-Arias, A., & Ceballos-Ospino, G. A. (2021). Quality of life and depression in COPD patients in the Colombian Caribbean. *Clinical Respiratory Journal*, 15, 944–948.
- Rochester CL, Alison JA, Carlin B, i wsp. *Pulmonary Rehabilitation for Adults with Chronic Respiratory Disease: An Official ATS Clinical Practice Guideline*. 2023.
- Roldán-Tovar, L., Muñoz-Cobos, F., & Leiva-Fernández, F. (2025). Chronic obstructive pulmonary disease: An analysis of online patient testimony on treatment adherence. *Journal of Clinical Medicine (JCM)*, 14(20), 7324.
- Sipowicz, K., Pietras, T., Sobstyl, M., Mosiołek, A., Różycka-Kosmalska, M., Mosiołek, J., Stefanik-Macrea M., i wsp. *Long-Term Noninvasive Ventilation in Chronic Stable Hypercapnic COPD (ATS statement)*. 2020.

Bardzo piękna praca, fantastycznie napisana, pozwalająca spojrzeć na problemy chorego na POChP w sposób całościowy.

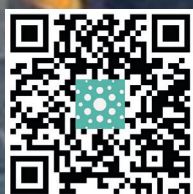
Uwzględnianie aspektu psychologicznego w podejściu do terapii to zwiększenie szans na powodzenie leczenia.

dr n. med. Małgorzata Farnik, pulmonolog, psycholog

Publikacja prezentuje bardzo wysoki poziom merytoryczny i kliniczny, skutecznie łącząc perspektywę pacjenta z aktualną wiedzą medyczną oraz rekomendacjami systemowymi, m.in. w zakresie wczesnej diagnostyki, edukacji i koordynacji opieki. Wyróżnia się holistycznym podejściem do POChP, wysoką zgodnością z aktualną wiedzą medyczną oraz wyjątkową umiejętnością przełożenia doświadczeń pacjentów na konkretne wnioski kliniczne.

Jest to materiał o dużej wartości zarówno dla praktyków, jak i decydentów systemowych, realnie wspierający poprawę jakości opieki nad chorymi.

Prof. dr hab. n. med. Anna Doboszyńska, pulmonolog



Polska Federacja
Stowarzyszeń Chorych
na Astmę, Alergię i POChP

www.astma-alergia-pochp.pl