



 tosięleczy®



Ścieżka PACJENTA Z POCHP

ŚWIADOMOŚĆ, DIAGNOZA,
LECZENIE ORAZ CODZIENNE
WYZWANIA

czerwiec 2026

Wydawca: Fundacja TO SIĘ LECZY
Warszawa, czerwiec 2026

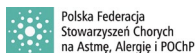


 **tosięleczy**[®]

Partron instytucjonalny:



Partnerzy społeczni:



Wydawca jest wdzięczny partnerom korporacyjnym za wsparcie finansowe, które umożliwiło powstanie tej publikacji:



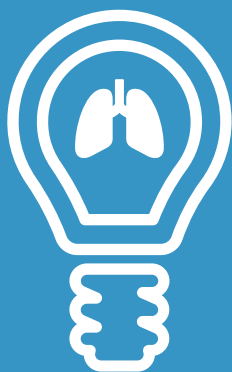
SPIS TREŚCI

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 01 | Słowo wstępu | 4 |
| 02 | Komentarze ekspertów i pacjentów | 6 |
| 03 | Kluczowe wnioski z badania opinii pacjentów z POChP | 18 |
| 04 | Kierunki optymalizacji opieki nad pacjentami z POChP | 37 |
| 05 | O przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc | 41 |
| 5.1 | Podstawowe fakty o POChP | 42 |
| 5.2 | Czynniki ryzyka POChP – choroba, która rozwija się przez lata | 45 |
| 5.3 | Objawy – choroba, która długo pozostaje niezauważona | 46 |
| 5.4 | Badania profilaktyczne i diagnostyka – klucz do wcześniejszego rozpoznania choroby | 47 |
| 5.5 | Leczenie POChP – jak spowolnić postęp choroby i poprawić jakość życia | 48 |
| 5.6 | Zaostrzenia POChP – moment, który zmienia przebieg choroby | 50 |
| 5.7 | POChP a choroby współistniejące | 51 |
| 5.8 | Monitoring i kontrola pacjenta z POChP | 52 |
| 5.9 | Edukacja pacjenta – fundament skutecznego leczenia POChP | 53 |
| 06 | Szczegółowe wyniki ogólnopolskiego badania ankietowego wśród pacjentów z POChP | 55 |



01

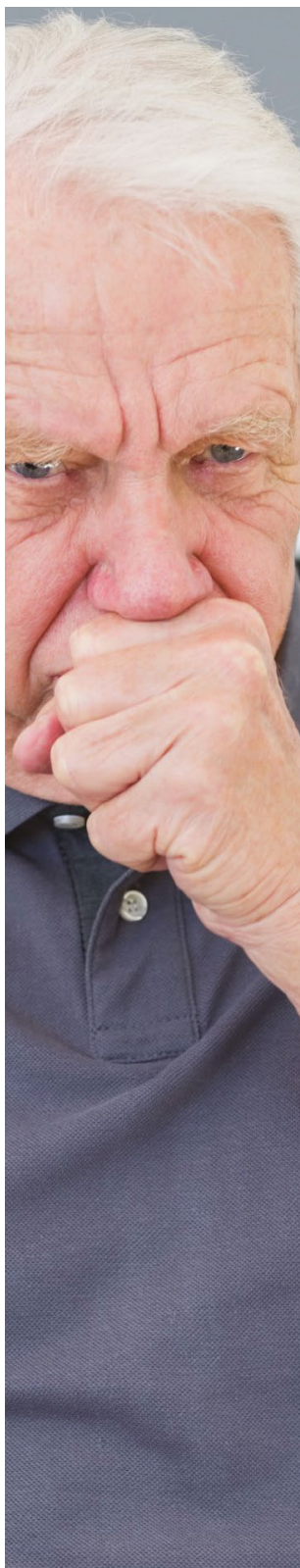
SŁOWO WSTĘPU



POChP pozostaje jednym z najważniejszych wyzwań zdrowotnych współczesnego świata. To choroba przewlekła, postępująca i wciąż zbyt często rozpoznawana z opóźnieniem.

Chociaż POChP nie można całkowicie wyleczyć, to współczesna medycyna pozwala na skuteczne spowolnienie jej rozwoju, zmniejszenie liczby zaostrzeń oraz poprawienie jakości i długości życia pacjentów.

Słowo wstępu



Szanowni Państwo,

Oddajemy w Państwa ręce raport „Ścieżka pacjenta z POChP – świadomość, diagnoza, leczenie oraz codzienne wyzwania”, prezentujący wyniki ogólnopolskiego badania przeprowadzonego wśród osób żyjących z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc w 2026 roku.

Raport powstał z potrzeby lepszego zrozumienia doświadczeń pacjentów – od pierwszych objawów i procesu diagnostycznego, przez leczenie i monitorowanie choroby, aż po codzienne funkcjonowanie z POChP. Chcieliśmy poznać nie tylko opinie dotyczące opieki medycznej, ale także wyzwania, z jakimi chorzy mierzą się każdego dnia: duszność, ograniczenia aktywności, zaostrzenia choroby, trudności w dostępie do świadczeń zdrowotnych czy potrzebę wsparcia i edukacji.

POChP pozostaje jednym z najważniejszych wyzwań zdrowotnych współczesnego świata. To choroba przewlekła, postępująca i wciąż zbyt często rozpoznawana z opóźnieniem. Choć współczesna medycyna dysponuje coraz skuteczniejszymi metodami leczenia, wyniki naszego badania pokazują, że wielu pacjentów nadal doświadcza częstych zaostrzeń, ograniczeń w codziennym życiu oraz trudności w poruszaniu się po systemie ochrony zdrowia. Jednocześnie badanie potwierdza ogromną potrzebę edukacji zdrowotnej, lepszej koordynacji opieki oraz działań wspierających pacjentów w samodzielnym zarządzaniu chorobą.

Szczególną wartością raportu jest to, że przedstawia on perspektywę samych chorych. Za każdą liczbą i każdym wykresem stoją konkretne osoby, ich doświadczenia, obawy oraz oczekiwania. Wierzymy, że głos pacjentów powinien być ważnym elementem dyskusji o kierunkach rozwoju opieki nad osobami z POChP w Polsce.

Raport zawiera nie tylko wyniki badania, ale również analizę najważniejszych problemów zgłaszanych przez pacjentów oraz propozycje kierunków zmian, które mogłyby przyczynić się do poprawy jakości opieki oraz komentarze ekspertów. Mamy nadzieję, że będzie on cennym źródłem wiedzy dla pacjentów, lekarzy, organizacji pacjenckich, ekspertów zdrowia publicznego oraz decydentów odpowiedzialnych za organizację systemu ochrony zdrowia.

Zapraszam do lektury raportu i wspólnej refleksji nad tym, jak skuteczniej wspierać osoby żyjące z POChP – nie tylko w leczeniu choroby, ale również w codziennym życiu z jej konsekwencjami.

Marek Kustosz
Prezes Fundacji TO SIĘ LECZY



02

KOMENTARZE
EKSPERTÓW
I PACJENTÓW

Dr hab. n. med. Piotr Dąbrowiecki

*Przewodniczący Polskiej Federacji
Stowarzyszeń Chorych na Astmę,
Alergie i POChP*



Jest to bardzo dobry raport opisujący sytuację pacjentów chorych na POChP w Polsce.

Jego największą siłą jest pokazanie rzeczywistych potrzeb chorych i wskazanie obszarów wymagających poprawy: edukacji, rehabilitacji, koordynacji opieki, dostępności specjalistów i partnerskiej relacji lekarz–pacjent. Jego wyniki korelują z raportem Federacji pt. „Moje życie z POChP” opublikowanym w tym roku, dostępnym na stronie <https://www.astma-alergia-pochp.pl/publikacje>.

Raport pokazuje prawdziwe problemy pacjentów. Bardzo silnie wybrzmiewają trzy najważniejsze potrzeby:

1. EDUKACJA DOTYCZĄCA ZAOSTRZEŃ

43% pacjentów deklaruje, że właśnie rozpoznawanie zaostrzeń i sposób postępowania są dla nich najbardziej niejasne. Tylko połowa pacjentów miała omówiony plan działania podczas zaostrzenia, w tym dokładnie tylko 13%. To jeden z najważniejszych wniosków całego raportu.

2. DOSTĘP DO REHABILITACJI ODDECHOWEJ

34% pacjentów uważa rehabilitację za obszar wymagający większej wiedzy, a 40% wskazuje, że rehabilitacja bliżej miejsca zamieszkania najbardziej pomogłaby im radzić sobie z chorobą. To bardzo silny argument dla rozwoju rehabilitacji pulmonologicznej.

3. POTRZEBA KOORDYNACJI OPIEKI

Pacjenci wielokrotnie wskazują na potrzebę: jednego lekarza prowadzącego, stałego kontaktu z personelem medycznym, lepszej współpracy POZ–pulmonolog.

Raport pokazuje także niedostateczną edukację chorych. Mimo że: 92% stosuje przewlekle leki wziewne, aż 31% nigdy nie miało sprawdzonej techniki inhalacji, a 56% pacjentów nie zna pojęcia terapii podwójnej i potrójnej. To wskazuje, że edukacja nadal nie jest integralnym elementem leczenia.

Ponadto, pacjenci oczekują nowych metod leczenia. 71% chciałoby dowiedzieć się więcej o nowych metodach leczenia, a 43% interesuje się leczeniem biologicznym. To bardzo ważny argument dla: rozwoju innowacyjnych terapii, programów lekowych, edukacji dotyczącej nowych możliwości terapeutycznych.

Szczególnie wartościowa jest część jakościowa – potwierdzająca nasze spostrzeżenia, zawierająca autentyczne wypowiedzi chorych. Pacjenci mówią o braku empatii, zbyt rzadkich wizytach, długim oczekiwaniu, potrzebie rehabilitacji i edukacji w zakresie aerozoloterapii oraz potrzebie jednego lekarza prowadzącego. To bardzo wartościowy materiał zarówno dla lekarzy praktyków, jak też dla decydentów opieki medycznej w Polsce wskazujący na potencjalnie możliwe kierunki rozwoju opieki nad chorymi z POChP.

Prof. dr hab. n. med. Paweł Śliwiński

*Kierownik II Kliniki Chorób Płuc
Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc
w Warszawie*



Badanie ankietowe w formule online przeprowadzone w marcu i kwietniu 2026 r. objęło 442 respondentów chorujących na POChP.

Absolutną większość wśród ankietowanych (97,9%) stanowiły osoby po 50 r.ż. co jest zgodne z dotychczasowymi danymi epidemiologicznymi dla POChP. Warto zwrócić uwagę, że aż 55,2% ankietowanych było w wieku 50 – 69 lat, a więc potencjalnie w wieku aktywności zawodowej lub bezpośrednio po nim. Jednocześnie aż 55% pacjentów oceniło, że POChP ma bardzo duży wpływ na ich codzienne funkcjonowanie. Można przypuszczać, że POChP kolidowało również z życiem zawodowym u większości z nich. Tylko 17% ankietowanych legitymowało się wyższym wykształceniem a pozostali w większości średnim (77%) lub podstawowym.

Większości ankietowanych chorych (75%) diagnoza POChP była znana od co najmniej 3 lat. Warto podkreślić, że 62% rozpoznań choroby dokonano poprzez świadome działanie diagnostyczne lekarzy. Jednocześnie 46% respondentów oceniło proces diagnostyczny jako bardzo szybki i mało skomplikowany a tylko 12% jako wolny i bardzo skomplikowany co potwierdza, że ścieżka diagnostyczna w POChP jest krótka i prosta jeśli tylko pamięta się o istnieniu takiej choroby.

Ankietujący potwierdzili, że dominującymi objawami choroby są duszność i kaszel, najczęściej połączony z wykrztuszaniem. Niestety tylko u 41% pacjentów postawiono właściwą diagnozę w czasie krótszym niż jeden rok od chwili wystąpienia pierwszych objawów. U 31% chorych okres ten wynosił co najmniej 4 lata co świadczy o braku wiedzy o POChP lub lekceważeniu jej objawów. Fakt ten potwierdzają wyniki ankiety – tylko 5% chorych oceniło bardzo dobrze a 32% dobrze swoją wiedzę na temat POChP.

Podobny niedostatek wiedzy dotyczy bardzo istotnego elementu POChP jakim są jej zaostrzenia. Tylko 38% respondentów wiedziało dokładnie czym jest takie zdarzenie. Dokładnie taki sam odsetek chorych przyznał, że lekarz wyjaśnił jak rozpoznać zaostrzenie i jak wówczas postępować. Wynik ten dobitnie świadczy o znaczeniu rzetelnej interakcji lekarz – pacjent i potrzebie systematycznej edukacji i monitorowania chorego dla jego dalszych losów.

Z tym wątkiem związane są kolejne niepokojące dane. 92% pacjentów przyznało, że przewlekle przyjmuje leki wziewne, ale 30% ma wątpliwości czy poprawnie je stosuje a 31% nigdy nie zostało poinstruowanych o właściwej technice inhalacji.

Ankietowani wskazali, że w 56% przypadków ich leczenie prowadzi specjalista chorób płuc a w 29% specjalista na zmianę z lekarzem POZ. Pomimo tego aż 73% pacjentów nie stosuje leczenia wspomagającego jak np. leki mukolityczne, fizjoterapia, dieta a 63% nie zostało poinformowanych przez lekarza, że podstawowa terapia wziewna (podwójna lub potrójna) musi być stosowana regularnie i przewlekle a jej samodzielne odstawienie może pogorszyć przebieg choroby. Jednocześnie 65% respondentów ocenia, że stosowana terapia nie spełnia ich oczekiwań i poszukuje kolejnych terapii. Wśród nich 6% chorych rozważało ze swoim lekarzem możliwość leczenia biologicznego, które jednak nie jest jeszcze refundowane w Polsce a przez to jest nie-

dostępne. Niestety nadal 64% ankietowanych nie wykonało szczepienia przeciw grypie, które jest istotnym działaniem profilaktycznym zmniejszającym ryzyko zaostrzeń infekcyjnych POChP a przez to poprawiającym ogólną efektywność leczenia choroby.

Również niepokojąco brzmi także fakt, że aż 32% badanych pali regularnie lub okazjonalnie papierosy uznawane za główny czynnik ryzyka choroby. Trudno jednoznacznie wytłumaczyć ten fakt. Jeśli wynika on z niedostatecznej świadomości o czynnikach ryzyka choroby to nadal jest możliwość, aby poprzez dalsze działania edukacyjne odwrócić obserwowane zjawisko. Jeśli jednak jest on konsekwencją braku racjonalnego myślenia to nawet najnowocześniejsze leczenie nie zmieni istotnie losów chorych na POChP.

Dr hab. n. med. Tadeusz M. Zielonka

*Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Warszawski Uniwersytet Medyczny
Wiceprzewodniczący Sekcji Chorób Obturacyjnych Płuc
Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc*



Przeprowadzone badanie ankietowe dostarcza wielu ciekawych i ważnych informacji, ale obarczone jest pewnymi metodologicznymi ograniczeniami, których trzeba być świadomym, aby odpowiednio interpretować analizowane wyniki.

Po pierwsze, jest to badanie ankietowe opierające się na subiektywnym odczuciu pacjentów. Deklaracje nie muszą być zgodne z obiektywną prawdą. Przykładowo stwierdzenie, że chory zna definicję zaostrzenia POChP nie oznacza, że tak jest, co potwierdzają odpowiedzi na inne pytania. Prawie 80% ankietowanych zadeklarowało, że wiedzą co to jest zaostrzenie POChP, ale 31% nie wiedziało, że charakteryzuje się ostrym nasileniem duszności, 62% nie wiedziało, że nasila się kaszel i aż 83%, że zmienia się charakter płwociny. Ostrożnie zatem trzeba podchodzić do pewnych nieweryfikowanych deklaracji pacjentów.

Po drugie, badana spora grupa chorych na POChP nie była reprezentatywna dla całej populacji, gdyż zdecydowana większość z nich reprezentowała bardzo ciężką postać choroby, podczas gdy w rzeczywistości tacy chorzy stanowią małą grupę. Wynika to z dobru pacjentów do badania opartego na dobrowolnym wypełnieniu ankiety internetowej, co doprowadził do antyselekcji chorych w najcięższym stanie. Świadczy o tym deklarowana liczba zaostrzeń choroby w ostatnim roku: 5 razy 34%, 3-4 razy 28% i 2 razy 20%, czyli ciężką postać POChP zgłaszało ponad 80% badanych. Połowa chorych deklarowała hospitalizację z powodu zaostrzenia POChP, a w ciągu ostatniego roku 21% 1 raz, 12% 2 razy, 4% 3-4 razy i 2% 5 i więcej razy. A zatem w badaniu wzięła udział specyficzna grupa pacjentów. Tym bardziej niepokoić musi fakt niezaspokojenia potrzeb edukacyjnych i wsparcia medycznego chorych szczególnie tego wymagających, który widoczny jest w odpowiedziach większości ankietowanych. Należy przypuszczać, że w grupie chorych o łagodnym przebiegu jest jeszcze gorzej w tym względzie.

Po trzecie, zwraca uwagę pewna ilość sprzecznych odpowiedzi udzielonych przez chorych, co budzi wątpliwości dotyczące wiarygodność całego badania. Przykładowo, na wykresie 42 aż 16% nigdy nie paliło tytoniu, na wykresie 43 - 9%.

Po czwarte, bardzo niepokojące są deklaracje chorych na POChP o tak ciężkim przebiegu, z wieloma zaostrzeniami i hospitalizacjami rozważający leczenie biologiczne a równocześnie:

- 43% odczuwa brak informacji od lekarza jak postępować w zaostrzeniu,
- 74% nie otrzymało od lekarza informacji, że leki wziewne trzeba stosować regularnie,
- 6% po hospitalizacji miało zintensyfikowane leczenie z podwójnej na potrójną terapię,
- 56% ciężko chorych pacjentów nie wie co to jest potrójna terapia,
- 52% chorych otrzymało od lekarza instrukcję jak stosować leki wziewne itp.

Pomimo tych uwag, trzeba podkreślić, że uważna lektura wyników tego badania ankietowego uświadamia jednak jak wiele jeszcze trzeba zrobić w zakresie edukacji chorych na POChP, aby poprawić efektywność stosowanego leczenia.

Hubert Godziątkowski

*Prezes Zarządu Polskiego Towarzystwa
Chorób Atopowych
Członek zarządu Stowarzyszenia
Pacjentów z Chorobami Cywilizacyjnymi*



Szanowni Państwo, Drodzy Pacjenci, Przedstawiciele Systemu Ochrony Zdrowia,

Jako przedstawiciel pacjentów, z dużą uwagą i rosnącym niepokojem przeanalizowałem wyniki najnowszej ankiety przeprowadzonej wśród osób żyjących z Przewlekłą Obturacyjną Chorobą Płuc (POChP). Ten obszerny materiał stanowi bezcenny, choć bolesny, obraz rzeczywistości, z którą na co dzień mierzą się pacjenci w Polsce. Wyniki te nie tylko potwierdzają diagnozy, które jako organizacje pacjentów stawiamy od lat, ale w kilku kluczowych obszarach są wręcz alarmujące i obnażają głęboką niewydolność systemu w opiece nad tą grupą chorych.

SYSTEMOWE IGNOROWANIE DUSZNOŚCI I DRAMATYCZNY BRAK EDUKACJI

To, co uderza najbardziej i budzi fundamentalny sprzeciw, to zestawienie powszechności występowania objawów z wiedzą pacjentów na temat zarządzania chorobą. Duszność w POChP to nie jest zwykły dyskomfort, to paraliżujący lęk przed uduszeniem, który dramatycznie obniża jakość życia, a wyniki ankiety potwierdzają, że jest to objaw niemal powszechny i dla wielu chorych najbardziej uciążliwy.

Tymczasem, w obliczu tak ciężkiego i powszechnego objawu, system zawodzi na najbardziej podstawowym poziomie – edukacyjnym. To wprost niebywałe, jak ogromna grupa pacjentów twierdzi, że lekarz nigdy nie wyjaśnił im, jak rozpoznać zaostrzenie choroby i co w takiej sytuacji zrobić. Ten brak edukacji przekłada się na konkretne, niebezpieczne zachowania. W sytuacji nagłego nasilenia objawów, pacjenci często działają po omacku, po prostu zwiększając stosowanie leków doraźnych. Co więcej, wielu chorych przyznaje, że czeka, aż objawy same ustąpią, lub wprost deklaruje, że nie wie, jak się zachować. To jest prosta droga do ciężkich zaostrzeń, częstych hospitalizacji i przedwczesnych zgonów.

PĘTLA NIEWIEDZY I BŁĘDÓW W LECZENIU

Wyniki ankiety obnażają głęboką „pętlę niewiedzy”, w której uwięzieni są pacjenci. Chociaż większość deklaruje pewność co do prawidłowego stosowania leków wziewnych, to niepokojąco duża grupa przyznaje, że nigdy nikt nie sprawdził ich techniki inhalacji. Pacjenci myślą, że się leczą, a w rzeczywistości lek nie dociera do płuc w odpowiedniej dawce. Kolejnym zaskakującym i niepokojącym faktem jest to, jak duża grupa pacjentów twierdzi, że lekarz nie informował ich o konieczności regularnego i przewlekłego stosowania leczenia. To podważa fundamenty terapii chorób przewlekłych i prowadzi do samowolnego odstawiania leków.

NIEWIDZIALNE POTRZEBY I BARIERY W DOSTĘPIE

System ochrony zdrowia wydaje się nie zauważać holistycznych potrzeb pacjentów z POChP. Zdecydowana większość ankietowanych nie przyjmuje żadnego leczenia wspomagającego, a dostęp do kluczowej rehabilitacji oddechowej jest marginalny.

PODSUMOWANIE – WEZWANIE DO DZIAŁANIA

Wyniki tej ankiety to akt oskarżenia wobec obecnego modelu opieki nad pacjentami z POChP w Polsce. Pokazują one, że potrzeby chorych nie są zauważane dostatecznie, a system działa reaktywnie, skupiając się na gaszeniu pożarów, zamiast na profilaktyce i edukacji.

Jako przedstawiciele pacjentów, żądamy natychmiastowych zmian:

1. Wprowadzenia obowiązkowej, strukturyzowanej edukacji pacjenta jako integralnego, refundowanego elementu porady lekarskiej. Pacjent musi wyjść z gabinetu z pisemnym planem działania w zaostrzeniu.
2. Stworzenia realnego dostępu do rehabilitacji oddechowej dla każdego pacjenta z POChP.
3. Uproszczenia ścieżki diagnostycznej i kontrolnej, w tym ułatwienia dostępu do spirometrii i konsultacji pulmonologicznych.

Nie możemy dłużej godzić się na sytuację, w której setki tysięcy Polaków duszą się w ciszy, pozabawieni podstawowej wiedzy i wsparcia. Te dane to krzyk rozpaczliwych pacjentów, którego system nie ma prawa zignorować.

Dr Janusz Krupa

*Wykładowca w Ośrodku
Kształcenia Lekarzy Rodzinnych CMKP
w Warszawie, Przychodnia „Orlik”*



Wyniki przedstawionego badania zasługują na szczególną uwagę, ponieważ opierają się na opiniach dużej grupy 442 pacjentów z POChP z całej Polski. Co istotne, są to w większości osoby żyjące z chorobą od wielu lat – ponad połowa respondentów otrzymała diagnozę co najmniej 6 lat temu, a niemal co czwarty ponad 10 lat temu. Można więc powiedzieć, że są to pacjenci dobrze znający ograniczenia i codzienne wyzwania związane z życiem z POChP.

Wyniki badania pokazują, że POChP pozostaje chorobą, która w istotny sposób wpływa na codzienne życie pacjentów. Ponad połowa respondentów (55%) ocenia wpływ choroby na swoje funkcjonowanie jako duży lub bardzo duży, a aż 79% wskazuje duszność jako problem najbardziej ograniczający aktywność i samodzielność.

Z perspektywy lekarza rodzinnego szczególną uwagę zwraca jednak nie tylko skala objawów, ale także kwestia edukacji zdrowotnej i aktywnego udziału pacjentów w leczeniu. Aż 43% ankietowanych przyznaje, że nie ma pewności, jak rozpoznać zaostrzenie POChP i jak właściwie na nie reagować, a ponad połowa badanych uważa, że najbardziej pomógłby im prosty plan postępowania w przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia.

Na uwagę zasługuje również fakt, że 62% pacjentów deklaruje czerpanie wiedzy o POChP przede wszystkim z Internetu, 55% od pulmonologa, a jedynie 16% wskazuje lekarza podstawowej opieki zdrowotnej jako główne źródło informacji o chorobie. Oczywiście Internet może być wartościowym źródłem wiedzy, jednak wymaga umiejętności oddzielania informacji rzetelnych od niezweryfikowanych. W przypadku choroby przewlekłej edukacja prowadzona przez personel medyczny powinna pozostawać podstawą świadomego leczenia.

Jednocześnie wyniki badania dobrze pokazują pewien paradoks, który obserwujemy w codziennej praktyce. Pacjenci deklarują dużą potrzebę wiedzy na temat choroby, leczenia i postępowania w przypadku zaostrzeń, jednak zainteresowanie formalnymi programami edukacyjnymi nie zawsze jest równie duże. W ramach Opieki Koordynowanej w POZ pacjenci z chorobami przewlekłymi, w tym z POChP, mają możliwość korzystania z porad edukacyjnych prowadzonych przez personel medyczny. Moje doświadczenia z ostatnich lat funkcjonowania Opieki Koordynowanej pokazują jednak, że choć część pacjentów chętnie korzysta z porad dietetycznych czy konsultacji związanych ze zmianą stylu życia, znacznie trudniej jest zachęcić ich do udziału w edukacji poświęconej samej chorobie, jej przebiegowi czy profilaktyce zaostrzeń. Pokazuje to, że wyzwaniem nie jest dziś wyłącznie zapewnienie edukacji zdrowotnej, ale także budowanie motywacji pacjentów do aktywnego uczestnictwa w procesie leczenia.

Wyniki te przypominają, że skuteczne leczenie POChP nie może opierać się wyłącznie na farmakoterapii. Jest to choroba przewlekła, w której efekty zależą od współpracy pacjenta i zespołu medycznego. Rolą lekarza jest zapewnienie właściwej diagnostyki, dostępu do leczenia, edukacji i wsparcia. Rolą pacjenta jest natomiast aktywne uczestnictwo w terapii – regularne stosowanie leków, obserwowanie objawów, udział w edukacji zdrowotnej, aktywność fizyczna oraz podejmowanie działań ograniczających czynniki ryzyka.

Marek Kustosz

Prezes Fundacji
TO SIĘ LECZY



Sekcja „POChP – to się leczy” powstała w Fundacji TO SIĘ LECZY w październiku 2025 roku jako odpowiedź na potrzeby pacjentów i ich bliskich, które coraz częściej dostrzegaliśmy również w naszych innych działaniach edukacyjnych, m.in. w obszarze raka płuca i niewydolności serca. Rozmowy prowadzone z pacjentami na prowadzonej przez nas grupie wsparcia pokazały, jak duże znaczenie ma edukacja i jak wielu chorych przez długi czas zmagają się z objawami, nie mając postawionego rozpoznania lub nie otrzymując odpowiedniej opieki. W ciągu kolejnych miesięcy obserwowaliśmy setki pytań, komentarzy i historii osób żyjących z POChP. To właśnie one stały się impulsem do przeprowadzenia ogólnopolskiego badania.

Chcieliśmy oddać głos samym pacjentom i lepiej zrozumieć ich codzienne doświadczenia – od momentu pojawienia się pierwszych objawów, przez proces diagnostyczny i leczenie, aż po wpływ choroby na życie zawodowe, rodzinne i społeczne. Powstały raport jest próbą zebrania tych doświadczeń oraz wskazania najważniejszych wyzwań i barier, z którymi mierzą się osoby żyjące z POChP w Polsce.

Wyniki badania pokazują, że przewlekła obturacyjna choroba płuc pozostaje schorzeniem, które wpływa na znacznie więcej obszarów życia niż tylko funkcjonowanie układu oddechowego. Respondenci wskazują na częste zaostrzenia, ograniczenia aktywności fizycznej, trudności w codziennym funkcjonowaniu, problemy z dostępem do specjalistów oraz potrzebę większego wsparcia edukacyjnego. Szczególnie niepokojące są wyniki dotyczące opóźnień diagnostycznych, niewystarczającej wiedzy na temat choroby i zaostrzeń oraz niezadowolającej kontroli objawów pomimo stosowanego leczenia.

Jednocześnie raport pokazuje coś, o czym wciąż mówi się rzadko – ogromny wpływ POChP na zdrowie psychiczne pacjentów. Co trzeci respondent wskazuje lęk, stres lub obniżony nastrój jako jeden z najważniejszych problemów związanych z chorobą. W rzeczywistości skala tego zjawiska może być jeszcze większa, ponieważ wielu chorych nie zawsze identyfikuje swoje emocjonalne trudności jako problem wymagający pomocy.

POChP jest chorobą przewlekłą, postępującą i nieuleczalną. Dla wielu pacjentów oznacza stopniową utratę sprawności, narastającą duszność, ograniczenie aktywności zawodowej, społecznej i rodzinnej. Czynności, które wcześniej były wykonywane bez wysiłku, z czasem stają się wyzwaniem. Pojawia się lęk przed kolejnym zaostrzeniem, hospitalizacją czy utratą samodzielności. Wielu pacjentów zaczyna unikać aktywności fizycznej, spotkań towarzyskich czy podróży z obawy przed nasileniem objawów.

W takich warunkach łatwo o poczucie bezradności, rezygnację, przewlekły stres, a nawet depresję. Co szczególnie istotne, problemy psychiczne mogą dodatkowo utrudniać skuteczne leczenie. Pacjenci trudniej jest regularnie przyjmować leki, podejmować aktywność fizyczną, uczestniczyć w rehabilitacji oddechowej czy podejmować próby rzucenia palenia. Tymczasem właśnie te działania mają kluczowe znaczenie dla przebiegu choroby i jakości życia.

Dlatego opieka nad pacjentem z POChP nie powinna ograniczać się wyłącznie do leczenia objawów ze strony układu oddechowego. Potrzebujemy modelu opieki, który będzie uwzględniał również zdrowie psychiczne chorego. Wsparcie psychologiczne, a w razie potrzeby także psychiatryczne, powinno być naturalnym elementem kompleksowej opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi. Równie ważne jest budowanie świadomości zarówno wśród pacjentów, jak i personelu medycznego, że korzystanie z takiego wsparcia nie jest oznaką słabości, lecz elementem nowoczesnego leczenia.

Badanie potwierdza także, jak bardzo pacjenci potrzebują lepszej koordynacji opieki. Choroba przewlekła wymaga współpracy wielu specjalistów – pulmonologa, lekarza rodzinnego, fizjoterapeuty, pielęgniarki, dietetyka, specjalisty leczenia uzależnienia od nikotyny, a niekiedy także psychologa lub psychiatry. Im bardziej kompleksowe będzie to wsparcie, tym większa szansa nie tylko na ograniczenie liczby zaostrzeń i hospitalizacji, ale również na poprawę jakości życia osób żyjących z POChP.

POChP nie jest wyłącznie chorobą płuc. To choroba, która wpływa na całe życie człowieka – jego sprawność, relacje, aktywność zawodową, poczucie bezpieczeństwa i dobrostan psychiczny. Jeśli chcemy skutecznie pomagać pacjentom, musimy dostrzegać wszystkie te aspekty i uwzględnić je w planowaniu opieki zdrowotnej.

Piotr Stępień

Pacjent z POChP

Mam 74 lata i od sześciu lat jestem na emeryturze. Papierosy paliłem przez większość dorosłego życia – od 21. do 67. roku życia, średnio około jednej paczki dziennie. Z nałogiem udało mi się zerwać dzięki zastosowaniu leku wspomagającego rzucenie palenia. Po rzuceniu palenia dość szybko ustąpiły dokuczliwe polipy nosa, a samopoczucie wyraźnie się poprawiło.

Po około dwóch miesiącach pojawił się jednak przewlekły kaszel z odkrztuszaniem gęstej wydzieliny. Zacząłem również odczuwać zmęczenie i duszność, nawet podczas niewielkiego wysiłku, takiego jak spacer czy wchodzenie po schodach.

Lekarz rodzinny skierował mnie do pulmonologa, pod którego opieką pozostaję do dziś. W pierwszej kolejności wykluczono zmiany nowotworowe, wykonano również tomografię komputerową płuc, która nie wykazała niepokojących zmian. Dopiero badanie spirometryczne pozwoliło rozpoznać przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP).

Początkowo leczenie obejmowało stosowanie leków wziewnych rozszerzających oskrzela oraz leków doustnych wspomagających kontrolę objawów choroby. Od dwóch lat moja terapia została rozszerzona o kolejne leczenie wziewne. Wszystkie stosowane przeze mnie leki są w pełni refundowane. Regularnie pozostaję pod opieką pulmonologa, a raz w roku wykonuję badanie spirometryczne oraz RTG klatki piersiowej.

Staram się również sam dbać o swoje zdrowie. Regularnie szczepię się przeciw grypie, COVID-19 i pneumokokom. Unikam infekcji, ponieważ przechodzę je dość ciężko, choć na szczęście zwykle nie wymagają leczenia antybiotykami. Dodatkowo choruję na cukrzycę typu 2, dlatego zwracam uwagę na dietę i staram się utrzymywać aktywność fizyczną na miarę swoich możliwości.

Obecnie oceniam, że moja choroba jest stabilna. Kaszlę rzadziej niż wcześniej, a poza okresowymi zaostrzeniami nie obserwuję jej wyraźnego postępu. Trudno mi natomiast jednoznacznie ocenić, w jakim stopniu odczuwane zmęczenie wynika z POChP, a w jakim jest związane z wiekiem lub współistniejącą cukrzycą.



“

Zacząłem odczuwać zmęczenie i duszność nawet podczas niewielkiego wysiłku, takiego jak spacer czy wchodzenie po schodach.

Piotr Stępień, pacjent z POChP



03

**KLUCZOWE WNIOSKI
Z BADANIA OPINII
PACJENTÓW Z POCHP**

Objawy i rozpoznanie

POChP jest rozpoznawana zbyt późno

Choć u większości respondentów proces diagnostyczny został oceniony jako szybki i mało skomplikowany (46%), to jednocześnie niemal **60% pacjentów czekało na właściwą diagnozę dłużej niż rok od pojawienia się pierwszych objawów, a aż 31% od 4 do 14 lat lub dłużej.**

WNIOSEK

POChP nadal pozostaje chorobą niedostatecznie rozpoznawaną we wczesnym etapie. Objawy są często bagatelizowane lub przypisywane innym przyczynom, co prowadzi do wieloletnich opóźnień diagnostycznych.

Większość chorych na POChP miało objawy przed rozpoznanie

Aż 87% ankietowanych zadeklarowało występowanie **duszności**, a u 57% dominującym objawem był **kaszel z odkrztuszaniem wydzieliny**. Jedynie 38% respondentów miało chorobę wykrytą przypadkowo podczas innych badań.

WNIOSEK

Diagnoza POChP jest najczęściej stawiana dopiero po pojawieniu się wyraźnych objawów choroby, a nie w wyniku aktywnej profilaktyki i diagnostyki pacjentów z grup ryzyka.

Duszność i mokry kaszel to najczęstsze problemy pacjentów

Duszność występuje u zdecydowanej większości badanych (87%), a nagłe nasilenie duszności jest najczęściej rozpoznawanym objawem zaostrzenia (69%). Kolejnym najczęstszym objawem jest kaszel z odkrztuszaniem wydzieliny.

WNIOSEK

To właśnie duszność stanowi centralny objaw choroby z perspektywy pacjenta i w największym stopniu wpływa na codzienne funkcjonowanie oraz poczucie bezpieczeństwa. Co istotne, znaczna część ankietowanych nie była dostatecznie wyedukowana w zakresie adhezencji leczenia (regularność stosowania terapii, sposób inhalacji, stosowanie leczenia wspomagającego i in.) oraz rozpoznawania objawów zaostrzenia.

Leczenie

Leki wziewne podstawą terapii, ale brakuje wiedzy o ich prawidłowym używaniu

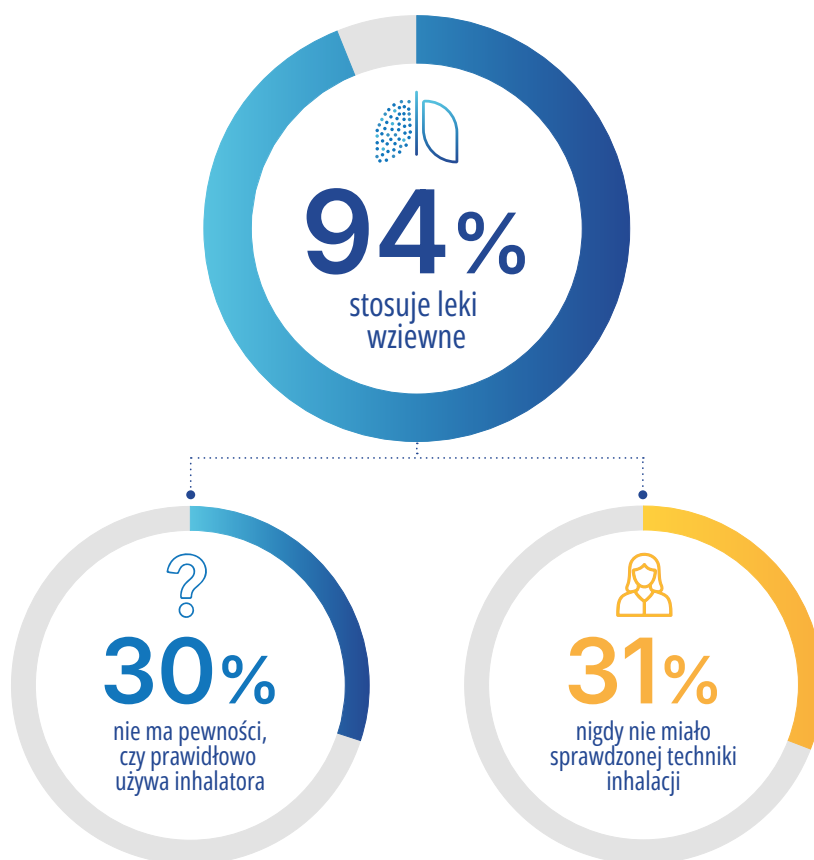
Aż 92% respondentów deklaruje regularne stosowanie leków wziewnych, a 94% wskazuje, że leki wziewne stanowią element ich terapii.

Jednocześnie:

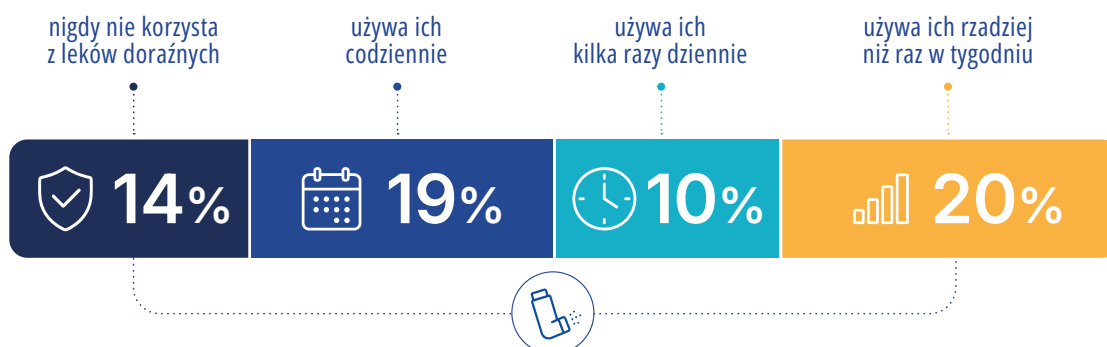
- 30% pacjentów ma wątpliwości, czy prawidłowo stosuje inhalator,
- 31% nigdy nie miało sprawdzonej techniki inhalacji przez personel medyczny.

WNIOSEK

Leczenie wziewne jest powszechne, jednak edukacja dotycząca prawidłowej techniki inhalacji pozostaje niewystarczająca. Nawet najlepszy lek nie będzie skuteczny, jeśli pacjent nie potrafi go prawidłowo przyjmować.



Znaczna część pacjentów wymaga częstego dodatkowego leczenia doraźnego



WNIOSEK

Duża grupa pacjentów doświadcza utrzymujących się objawów pomimo leczenia przewlekłego. Częste stosowanie leków doraźnych może wskazywać na niedostateczną kontrolę choroby lub konieczność optymalizacji terapii.

Zaostrzenia wymagające dodatkowego leczenia są bardzo częste

W ciągu ostatnich 12 miesięcy:

- tylko 36% pacjentów nie miało zaostrzenia wymagającego dodatkowego leczenia,
- 30% doświadczyło co najmniej jednego takiego epizodu,
- u 35% wystąpiły dwa lub więcej zaostrzeń wymagających dodatkowego leczenia.

Dodatkowo:

- 69% przyjmowało antybiotyki przynajmniej raz z powodu infekcji dróg oddechowych,
- niemal połowa respondentów była kiedykolwiek hospitalizowana z powodu POChP.

WNIOSEK

Pomimo leczenia wielu pacjentów nadal doświadcza zaostrzeń, infekcji i hospitalizacji, co wskazuje na znaczną niezaspokojoną potrzebę poprawy kontroli choroby.

Wiedza o możliwościach leczenia jest ograniczona

Ponad połowa respondentów (56%) nigdy wcześniej nie spotkała się z pojęciem terapii podwójnej i potrójnej. Tylko 5% deklaruje dokładną znajomość różnic między tymi metodami leczenia.

WNIOSEK

Pacjenci często nie rozumieją, jakie leczenie otrzymują i jakie są możliwości jego modyfikacji. Ogranicza to ich udział w podejmowaniu świadomych decyzji terapeutycznych.

Hospitalizacja nie zawsze prowadzi do optymalizacji leczenia

Wśród pacjentów hospitalizowanych z powodu POChP:

- tylko 6% deklaruje, że po wypisie zmieniono lub zintensyfikowano leczenie,
- 26% nie wie, czy takie zmiany zostały wprowadzone.

WNIOSEK

Zaostrzenie wymagające hospitalizacji zbyt rzadko jest wykorzystywane jako moment do ponownej oceny skuteczności terapii i jej dostosowania do aktualnego ryzyka chorego.

Leczenie wspomagające pozostaje niedostatecznie wykorzystywane

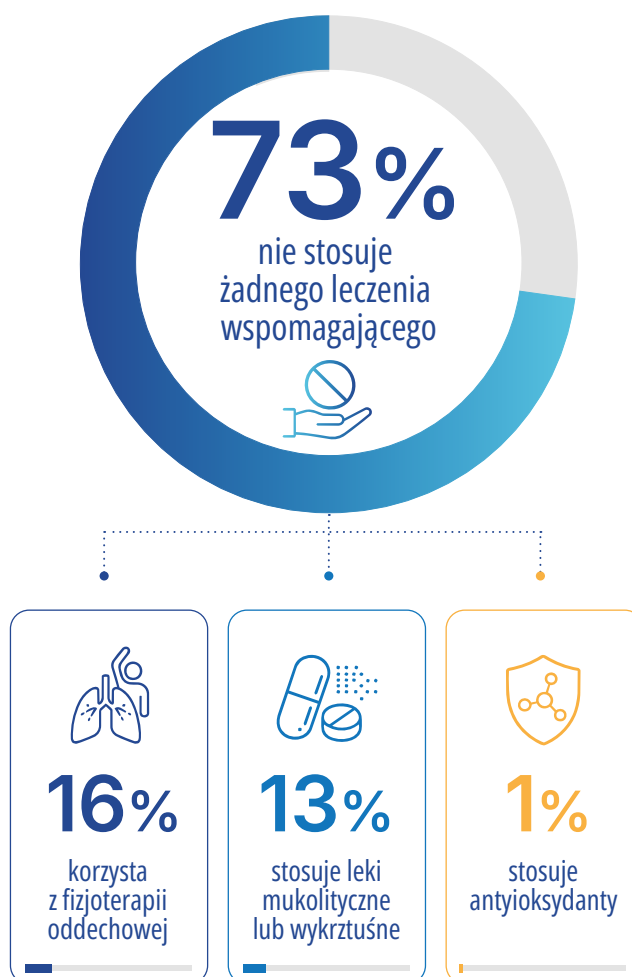
Aż 73% respondentów deklaruje, że nie stosuje żadnego leczenia wspomagającego.

Jedynie:

- 16% korzysta z fizjoterapii oddechowej,
- 13% stosuje leki mukolityczne lub wykrztuśne,
- 1% antyoksydanty.

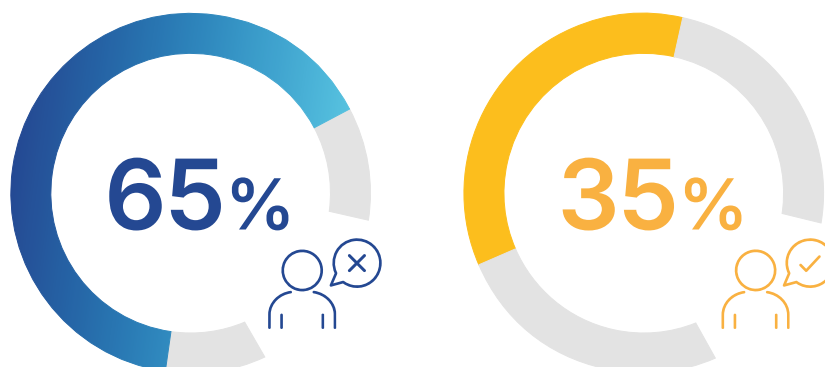
WNIOSEK

Rehabilitacja oddechowa i leczenie wspomagające pozostają zdecydowanie niedostatecznie wykorzystywane mimo ich udokumentowanego wpływu na ograniczenie objawów i poprawę jakości życia.



Pacjenci nie są zadowoleni z aktualnie stosowanego leczenia

Aż 65% respondentów uważa, że obecna terapia nie spełnia ich oczekiwań i oczekuje skuteczniejszych metod leczenia. Tylko 35% deklaruje satysfakcję z aktualnej terapii.



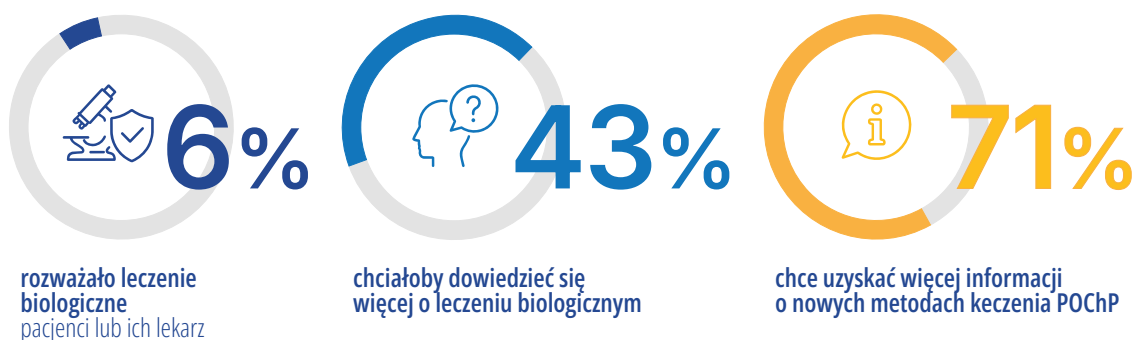
WNIOSEK

Istnieje wyraźna luka między oczekiwaniami pacjentów a efektami leczenia osiąganymi w codziennej praktyce.

Pacjenci chcą wiedzieć więcej o nowych metodach leczenia POChP

Pomimo rosnącego zainteresowania nowoczesnym leczeniem:

- tylko 6% respondentów deklaruje, że oni lub ich lekarz rozważali leczenie biologiczne,
- 43% chciałoby dowiedzieć się więcej o leczeniu biologicznym,
- 71% chce uzyskać więcej informacji o nowych metodach leczenia POChP.



WNIOSEK

Pacjenci wykazują duże zainteresowanie innowacyjnymi terapiami, jednak wiedza na ich temat oraz rozmowy o takich możliwościach w gabinecie lekarskim są nadal ograniczone.

Zaostrzenia

Wiedza o zaostrzeniach jest niewystarczająca

Tylko 38% respondentów deklaruje, że dokładnie wie, czym jest zaostrzenie POChP. Kolejne 39% zna to pojęcie jedynie ogólnie, a 23% nie zna go lub nie jest pewnych swojej wiedzy.

WNIOSEK

Znaczna część pacjentów nie posiada wystarczającej wiedzy na temat jednego z najważniejszych wydarzeń w przebiegu choroby, które decyduje o rokowaniu i postępie POChP.

Pacjenci nie zawsze potrafią rozpoznać wszystkie objawy zaostrzenia

Najczęściej wskazywanymi objawami zaostrzenia były:



Jednocześnie znacznie rzadziej wskazywano zmianę ilości lub koloru płwociny czy objawy infekcji, które również są istotnymi sygnałami zaostrzenia.

WNIOSEK

Pacjenci rozpoznają przede wszystkim nasilającą się duszność, natomiast gorzej identyfikują inne objawy mogące świadczyć o rozwijającym się zaostrzeniu.

Zaostrzenie nie jest postrzegane jako wydarzenie zmieniające przebieg choroby

Najczęściej pacjenci kojarzą zaostrzenie z pogorszeniem jakości życia (58%), ale tylko:

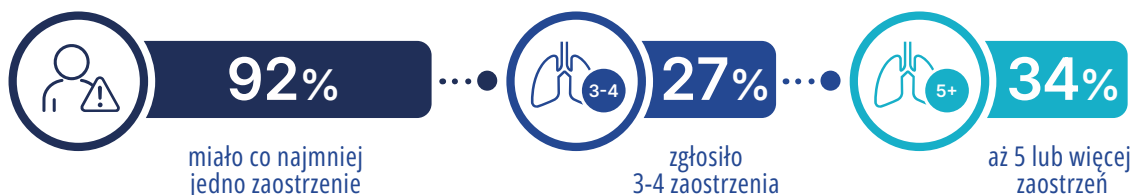
- 31% wiąże je z przyspieszeniem postępu choroby,
- 17% ze zwiększonym ryzykiem zgonu.

WNIOSEK

Świadomość długofalowych konsekwencji zaostrzeń pozostaje ograniczona. Wielu chorych nie zdaje sobie sprawy, że każde zaostrzenie może przyspieszać utratę funkcji płuc i pogarszać rokowanie.

Zaostrzenia są częste i długotrwałe

W ciągu ostatnich 12 miesięcy tylko 8% pacjentów nie doświadczyło żadnego zaostrzenia.



Ponadto u 77% badanych pojedyncze zaostrzenie trwało dłużej niż 3 dni, a u 37% ponad tydzień.

WNIOSEK

Zaostrzenia są powszechnym elementem życia z POChP i stanowią istotne obciążenie zdrowotne dla pacjentów.

Edukacja dotycząca postępowania w zaostrzeniu jest niewystarczająca

Tylko połowa respondentów miała omówiony sposób rozpoznawania i postępowania przy zaostrzeniu. 43% nie otrzymało takich wskazówek wcale.

WNIOSEK

Połowa pacjentów nie posiada jasno ustalonego planu działania na wypadek zaostrzenia choroby.

Pacjenci często reagują samodzielnie zamiast korzystać z zaplanowanej ścieżki postępowania

W przypadku nagłego pogorszenia objawów:



WNIOSEK

Brak jednolitych planów postępowania może prowadzić do opóźnionej reakcji na zaostrzenie oraz zwiększać ryzyko hospitalizacji.

Kontrola i monitorowanie

Spirometria jest najczęściej wykonywanym badaniem kontrolnym, ale nie wszyscy pacjenci są monitorowani zgodnie z zaleceniami

84% respondentów deklaruje wykonywanie spirometrii, a 79% miało ją wykonaną w ciągu ostatnich 12 miesięcy. 56% ankietowanych wskazało także, że wykonuje badania kontrolne regularnie zgodnie z zaleceniami, podczas gdy 20% robi je jedynie czasami, rzadko lub wcale.

SPIROMETRIA

84%

respondentów
deklaruje wykonywanie
spirometrii

79%

miało ją wykonaną
w ciągu ostatnich
12 miesięcy

MONITOROWANIE ZGODNIE Z ZALECENIAMI

56%

wykonyuje badania
kontrolne regularnie
zgodnie z zaleceniami

20%

robi je jedynie
czasami, rzadko

WNIOSEK

Większość chorych ma regularny kontakt ze spirometrią i ponad połowa wykonuje badania regularnie, to nadal aż 24% wykonuje badania kontrolne rzadko lub wcale. Wielu pacjentów funkcjonuje zatem bez regularnej oceny postępu choroby i skuteczności leczenia.

Istnieje grupa pacjentów zagrożonych utratą kontroli nad chorobą

4% ankietowanych w ogóle nie wykonuje badań kontrolnych, a 20% nie wie nawet, jakie badania powinny być wykonywane w POChP.

BADANIA KONTROLNE

4%

ankietowanych
w ogóle nie wykonuje
badań kontrolnych

20%

nie wie nawet, jakie
badania powinny być
wykonywane w POChP

WNIOSEK

Wyniki wskazują na potrzebę systematycznej edukacji pacjentów dotyczącej znaczenia regularnych kontroli, nawet wtedy, gdy objawy wydają się stabilne.

Największą barierą są kolejki, a nie koszty

Najczęściej wskazywanymi przeszkodami w wykonywaniu badań kontrolnych były:



Na koszty prywatnych badań wskazało jedynie 9% respondentów.

WNIOSEK

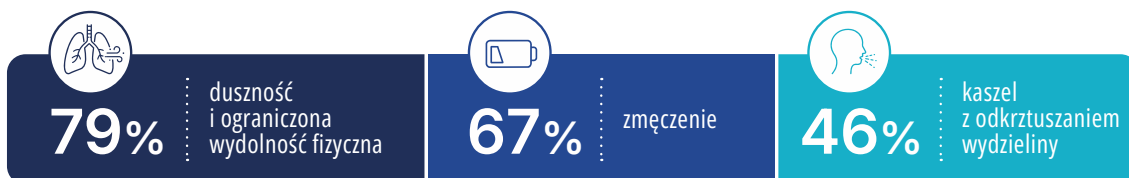
Kluczowym problemem nie są koszty diagnostyki, lecz dostępność świadczeń, organizacja opieki i niedostateczna edukacja pacjentów. Wyniki wskazują na potrzebę systematycznej edukacji pacjentów dotyczącej znaczenia regularnych kontroli, nawet wtedy, gdy objawy wydają się stabilne.



Doświadczenia pacjenta

Duszność jest największym codziennym problemem chorych

Najczęściej wskazywaną trudnością była duszność i ograniczona wydolność fizyczna (79%), wyprzedzając zmęczenie (67%) oraz kaszel z odkrztuszaniem wydzieliny (46%).



WNIOSEK

Z perspektywy pacjenta POChP nie jest przede wszystkim chorobą kaszlu, lecz chorobą odbierającą możliwość swobodnego oddychania i wykonywania codziennych czynności. To właśnie duszność najbardziej ogranicza niezależność i jakość życia chorych.

Pacjenci odczuwają ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu

21% respondentów wskazuje ograniczenia w pracy i aktywności życiowej, a 67% zмага się z przewlekłym zmęczeniem i brakiem energii.



WNIOSEK

Dla wielu chorych POChP oznacza utratę części dotychczasowej samodzielności, aktywności społecznej i zawodowej. Choroba wpływa nie tylko na zdrowie, ale również na funkcjonowanie społeczne i ekonomiczne pacjentów.

POChP wpływa nie tylko na płuca, ale również na zdrowie psychiczne

Co trzeci respondent wskazał lęk, stres lub obniżony nastrój jako jeden z najważniejszych problemów związanych z chorobą.

WNIOSEK

POChP ma istotny wymiar psychologiczny. Lęk przed dusznością, zaostrzeniem czy utratą sprawności stanowi ważny element doświadczenia choroby i powinien być uwzględniany w modelu opieki nad pacjentem.

Pacjenci wskazują na najczęstsze problemy systemowe w opiece zdrowotnej

Brak wsparcia otoczenia wskazało jedynie 8% respondentów, natomiast:

- 23% zwraca uwagę na trudności w dostępie do specjalistów i badań,
- 13% na koszty leczenia i wizyt.

WNIOSEK

Największe obciążenie dla pacjentów, oprócz ograniczeń wynikających z samej choroby, są bariery organizacyjne systemu ochrony zdrowia.

Pacjenci oceniają wsparcie systemu ochrony zdrowia co najwyżej przeciętnie

Tylko 28% respondentów ocenia wsparcie otrzymywane w systemie jako dobre lub bardzo dobre.

Jednocześnie:

- 44% ocenia je jako przeciętne,
- 28% jako złe lub bardzo złe.

W odpowiedziach otwartych powtarzały się problemy związane z długim czasem oczekiwania na wizyty i ograniczonym dostępem do specjalistów, w tym pulmonologa.



WNIOSEK

Pacjenci z POChP dostrzegają istotne braki w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej, przede wszystkim w zakresie dostępności świadczeń specjalistycznych. Wysoki odsetek ocen przeciętnych i negatywnych wskazuje na potrzebę poprawy organizacji opieki, skrócenia czasu oczekiwania na wizyty oraz wzmocnienia dostępu do pulmonologów i opieki koordynowanej.

Dostęp do specjalistycznej opieki pozostaje istotnym problemem

Tylko 33% pacjentów ocenia dostęp do pulmonologa jako dobry lub bardzo dobry.

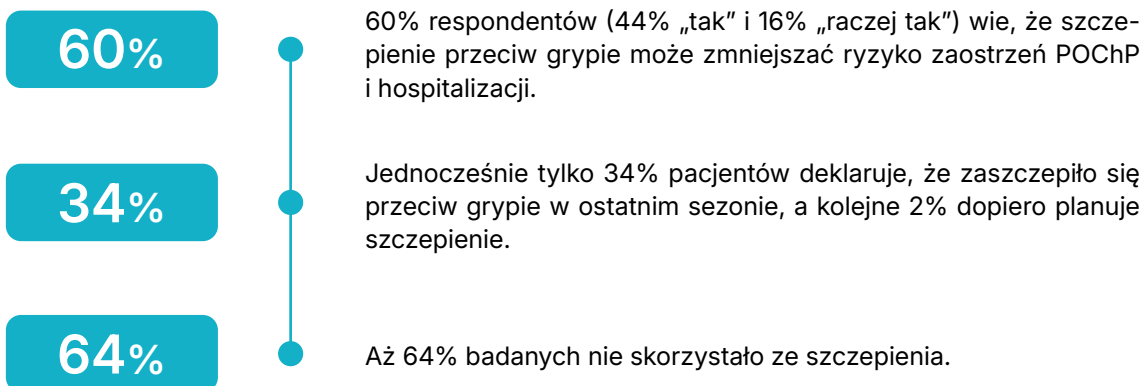
Natomiast:

- 36% ocenia go jako zły lub bardzo zły,
- 31% jako przeciętny.

WNIOSEK

Ograniczony dostęp do pulmonologów i innych specjalistów może utrudniać optymalizację leczenia, kontrolę choroby i wdrażanie nowoczesnych metod terapeutycznych.

Mimo, że większość pacjentów z POChP jest świadoma znaczenia szczepień przeciw grypie, poziom wyszczepialności pozostaje niewystarczający



WNIOSEK

Wyniki wskazują na istotną lukę pomiędzy świadomością korzyści wynikających ze szczepień a ich rzeczywistym wykonywaniem. W grupie pacjentów z POChP potrzebne są skuteczniejsze działania edukacyjne oraz aktywne rekomendowanie szczepień ochronnych przez personel medyczny, ponieważ profilaktyka infekcji pozostaje jednym z najprostszych sposobów ograniczania ryzyka zaostrzeń i hospitalizacji.

Pacjenci oczekują większej edukacji i partnerskiej komunikacji

W wypowiedziach często pojawiały się oczekiwania dotyczące:



WNIOSEK

Pacjenci oczekują nie tylko leczenia, ale także roli przewodnika po chorobie. Edukacja i komunikacja są postrzegane jako integralna część opieki.



Rehabilitacja oddechowa jest postrzegana jako skuteczna, ale trudno dostępna

Wielu respondentów podkreślało korzyści płynące z rehabilitacji pulmonologicznej, jednocześnie wskazując na ograniczoną dostępność świadczeń.

WNIOSEK

Pacjenci dostrzegają wartość rehabilitacji oddechowej i chcieliby częstszego dostępu do tego elementu leczenia.

Chorzy oczekują dostępu do nowoczesnych terapii

W odpowiedziach wielokrotnie pojawiały się oczekiwania dotyczące:

- nowych leków,
- leczenia biologicznego,
- szerszej refundacji terapii.

WNIOSEK

Pacjenci są świadomi postępu medycyny i oczekują większego dostępu do nowoczesnych metod leczenia.

Pacjenci potrzebują opieki koordynowanej i wsparcia podczas zaostrzeń

W wypowiedziach często powracał postulat:

- jednego lekarza prowadzącego,
- lepszej współpracy między POZ i specjalistami,
- możliwości szybkiego kontaktu z personelem medycznym podczas pogorszenia stanu zdrowia.

WNIOSEK

Pacjenci oczekują ciągłości opieki i jasnej ścieżki postępowania, szczególnie w sytuacjach zaostrzenia choroby.

Palenie tytoniu

Mimo rozpoznania POChP jedna trzecia pacjentów nadal pali papierosy



49% badanych deklaruje skuteczne rzucenie palenia, jednak 31% podejmowało próby bez powodzenia.

WNIOSEK

Pomimo rozpoznania choroby bezpośrednio związanej z dymem tytoniowym, 1/3 pacjentów nadal ma kontakt z papierosami. Pacjenci są zmotywowani do zerwania z nałogiem, ale dla znacznej części z nich samodzielne próby okazują się nieskuteczne. Uzależnienie od nikotyny pozostaje istotnym problemem terapeutycznym wymagającym profesjonalnego wsparcia.

Rozmowa o paleniu jest już standardem, ale nie obejmuje wszystkich chorych

58% respondentów deklaruje, że lekarz wielokrotnie rozmawiał z nimi o wpływie palenia na POChP, a kolejne 21% miało taką rozmowę przynajmniej raz. Jednak 14% nigdy nie rozmawiało o tym z lekarzem.

WNIOSEK

Temat palenia jest obecny w gabinecie lekarskim, jednak nie wszyscy pacjenci otrzymują konsekwentne wsparcie w rzuceniu nałogu i edukację w tym zakresie.

Pacjenci oczekują przede wszystkim skutecznego leczenia uzależnienia

Wśród form wsparcia najbardziej pożądane były:

- farmakoterapia wspomagająca rzucenie palenia – 27%,
- konsultacje lekarskie – 10%,
- wsparcie psychologiczne – 9%.

Znacznie rzadziej wskazywano programy edukacyjne czy materiały informacyjne.

WNIOSEK

Pacjenci nie oczekują wyłącznie informacji o szkodliwości palenia. Potrzebują przede wszystkim praktycznego wsparcia terapeutycznego, które pomoże skutecznie pokonać uzależnienie.

Edukacja pacjenta

Internet stał się głównym źródłem wiedzy o POChP

Aż 62% respondentów wskazało internet jako jedno z głównych źródeł informacji o chorobie, co czyni go najczęściej wykorzystywanym kanałem edukacji.

WNIOSEK

Pacjenci aktywnie poszukują wiedzy samodzielnie. Pokazuje to duże zapotrzebowanie na rzetelne, łatwo dostępne materiały edukacyjne online, ale jednocześnie rodzi ryzyko kontaktu z informacjami niezweryfikowanymi lub nieaktualnymi.

Pulmonolog pozostaje najważniejszym profesjonalnym źródłem informacji

Ponad połowa ankietowanych (55%) czerpie wiedzę od pulmonologa. To zdecydowanie więcej niż w przypadku lekarza rodzinnego (16%).

WNIOSEK

Pacjenci najbardziej ufają specjalistom zajmującym się chorobami płuc. Jednocześnie wyniki sugerują, że potencjał edukacyjny podstawowej opieki zdrowotnej może być niewykorzystany.

Pacjenci najbardziej potrzebują praktycznej wiedzy, która pomoże im radzić sobie z chorobą na co dzień

Najczęściej wskazywanym wsparciem był:

53% PROSTY PLAN POSTĘPOWANIA
PRZY ZAOSTRZENIU

40% REHABILITACJA ODDECHOWA
BLIŻEJ MIEJSCA ZAMIESZKANIA

37% ŁATWIEJSZY DOSTĘP
DO PULMONOLOGA



WNIOSEK

Pacjenci nie oczekują wyłącznie informacji o samej chorobie. Najbardziej potrzebują konkretnych wskazówek, jak reagować na pogorszenie objawów i jak radzić sobie z POChP w codziennym życiu.

Edukacja dotycząca przewlekłego charakteru leczenia wymaga wzmocnienia

Tylko 63% respondentów deklaruje, że lekarz jasno wyjaśnił konieczność regularnego, przewlekłego stosowania leczenia. 26% nie otrzymało takiego przekazu lub go nie pamięta.

Jednocześnie 27% pacjentów przyznaje, że brak odczuwalnej poprawy utrudnia regularne stosowanie terapii.

WNIOSEK

Część pacjentów nadal postrzega leczenie przez pryzmat doraźnej poprawy objawów, a nie długoterminowego ograniczania postępu choroby i ryzyka zaostrzeń. Wymaga to lepszej komunikacji lekarz-pacjent i edukacji pacjentów.

Edukacja dotycząca zaostrzeń pozostaje największą niezaspokojoną potrzebą

53% respondentów wskazało potrzebę prostego planu postępowania przy zaostrzeniu, a 25% chciałoby dowiedzieć się więcej o rozpoznawaniu zaostrzeń i sposobach reagowania.

WNIOSEK

Pacjenci nadal nie czują się pewnie w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia. To spójne z wcześniejszymi wynikami badania pokazującymi ograniczoną wiedzę o zaostrzeniach i brak jasnych instrukcji postępowania.

Pacjenci chcą wiedzieć więcej o nowych możliwościach leczenia

Największym zainteresowaniem cieszą się:

71%

nowe metody
leczenia POChP

43%

leczenie
biologiczne

40%

rehabilitacji
oddechowej

33%

sposoby ograniczania częstości
i długości zaostrzeń

34%

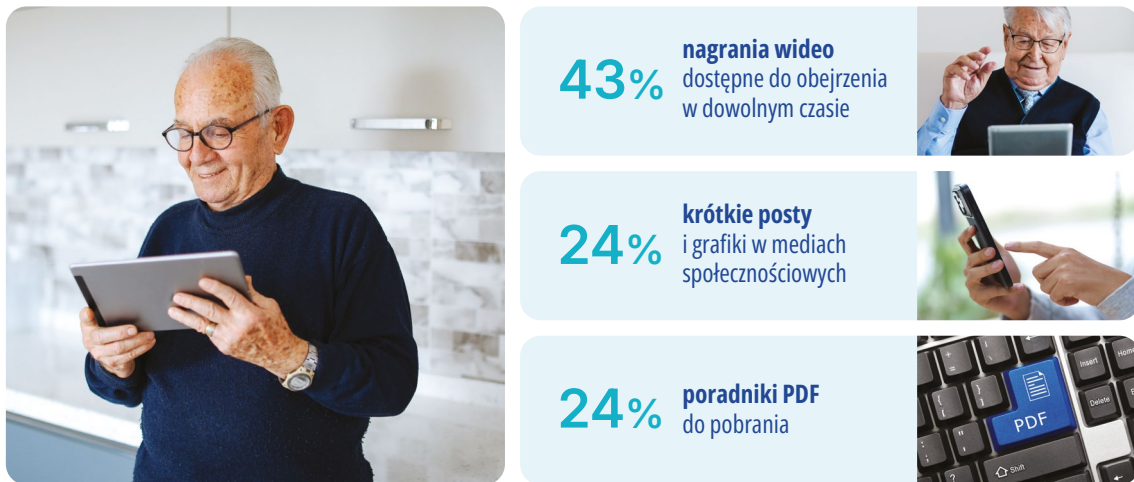
ćwiczenia
i aktywność fizyczna

WNIOSEK

Pacjenci aktywnie poszukują informacji o innowacyjnych terapiach i możliwościach poprawy skuteczności leczenia. Pokazuje to dużą gotowość do uczestniczenia w procesie terapeutycznym oraz podejmowania świadomych decyzji dotyczących zdrowia.

Edukacja powinna być dostępna online w różnych formatach

NAJBARDZIEJ PREFEROWANE FORMY EDUKACJI TO:



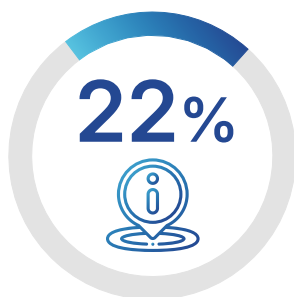
ZNACZNIE MNIEJSZYM ZAINTERESOWANIEM CIESZĄ SIĘ:



WNIOSEK

Pacjenci preferują edukację elastyczną, dostępną wtedy, gdy jej potrzebują. Klasyczne formy edukacji grupowej są mniej atrakcyjne niż krótkie, praktyczne materiały cyfrowe.

Pacjenci oczekują wiarygodnego źródła informacji



22% respondentów wskazało potrzebę dostępu do sprawdzonych informacji zgromadzonych w jednym miejscu.

WNIOSEK

Pacjenci mają trudność z odnalezieniem rzetelnych informacji o POChP i chcieliby korzystać z centralnego, wiarygodnego źródła wiedzy przygotowanego przez ekspertów.

Edukacja zdrowotna powinna obejmować nie tylko leczenie, ale również codzienne funkcjonowanie

Poza leczeniem pacjenci chcą dowiedzieć się więcej o:



WNIOSEK

Pacjenci postrzegają POChP jako chorobę wpływającą na całe życie, dlatego oczekują edukacji obejmującej zarówno aspekty medyczne, jak i praktyczne oraz psychospołeczne.

Istnieje ogromny potencjał dla działań edukacyjnych

Aż 93% respondentów deklaruje, że uczestniczyło już w szkoleniach, webinarach lub innych formach edukacji dotyczących POChP.

WNIOSEK

Pacjenci z POChP są wyjątkowo otwarci na edukację zdrowotną. Wysoki poziom zaangażowania pokazuje, że dobrze przygotowane programy edukacyjne mogą realnie wpływać na sposób leczenia i codzienne funkcjonowanie chorych.



04

KIERUNKI OPTYMALIZACJI
OPIEKI NAD PACJENTAMI
Z POCHP

Wyniki badania „Życie z POChP – diagnoza, leczenie oraz codzienne wyzwania pacjentów” pokazują, że wyzwania stojące przed systemem opieki nad chorymi na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc wykraczają daleko poza sam dostęp do leków. Choć większość respondentów pozostaje pod opieką lekarza i stosuje leczenie wziewne, to wielu pacjentów nadal doświadcza częstych zaostrzeń, hospitalizacji, ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu oraz trudności w poruszaniu się po systemie ochrony zdrowia.

Szczególnie niepokojące są wyniki dotyczące opóźnień diagnostycznych, niewystarczającej wiedzy na temat zaostrzeń choroby, braku modyfikacji leczenia przez lekarza po zaostrzeniach/hospitalizacjach, ograniczonego dostępu do rehabilitacji oddechowej oraz niezadowolenia części chorych z efektów leczenia. Badanie pokazuje również, że pacjenci oczekują nie tylko terapii farmakologicznej, ale także większego wsparcia edukacyjnego, lepszej koordynacji opieki, łatwiejszego dostępu do specjalistów oraz pomocy w codziennym zarządzaniu chorobą.

Wnioski te są spójne z aktualnymi rekomendacjami Globalnej Inicjatywy na rzecz Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc GOLD 2026¹, które podkreślają znaczenie wczesnego rozpoznawania POChP, zapobiegania zaostrzeniom, regularnego monitorowania przebiegu choroby, rehabilitacji oddechowej, leczenia uzależnienia od nikotyny oraz aktywnego udziału pacjenta w procesie terapeutycznym.

Na podstawie wyników badania ankietowego, doświadczeń pacjentów opisanych w raporcie oraz aktualnych wytycznych klinicznych można wskazać kluczowe kierunki zmian, które mogłyby przyczynić się do poprawy jakości opieki nad osobami żyjącymi z POChP w Polsce.



WCZEŚNIEJSZE WYKRYWANIE POChP I LEPSZY DOSTĘP DO SPIROMETRII

POChP powinna być aktywnie poszukiwana u osób z dusznością, przewlekłym kaszlem, odkrztuszaniem płwociny, nawracającymi infekcjami dróg oddechowych i czynnikami ryzyka. Spirometria jest konieczna do potwierdzenia rozpoznania, a wcześniejsza diagnoza ma duże znaczenie dla zdrowia publicznego oraz jakości życia pacjentów.

WZMOCNIENIE ROLI POZ W DIAGNOSTYCE, MONITOROWANIU I KOORDYNACJI LECZENIA

Lekarz rodzinny powinien być realnym pierwszym punktem identyfikacji choroby, z dostępem do spirometrii, edukacji antynikotynowej, szczepień, kontroli leczenia i szybkiej ścieżki do pulmonologa.

STAŁY PLAN KONTROLI CHOROBY, A NIE WIZYTY TYLKO PRZY POGORSZENIU

W badaniu Fundacji część pacjentów kontroluje POChP tylko w razie pogorszenia, a dostęp do pulmonologa bywa oceniany przeciętnie lub źle. Potrzebne są jasne standardy kontroli: ocena objawów, zaostrzeń, techniki inhalacji, badań kontrolnych, chorób współistniejących i szczepień.

KONTROLA TECHNIKI INHALACJI PRZY KAŻDEJ WAŻNEJ WIZYCIE

31% pacjentów zadeklarowało, że nikt nigdy nie pokazał im sposobu podania leku wziewnego i nie sprawdził, czy robią to poprawnie. To powinien być standard podczas kontaktu pacjenta z lekarzem, pielęgniarką czy farmaceutą, który będzie miał ogromny wpływ na poprawę efektywności leczenia i adherencji.

OBOWIĄZKOWA EDUKACJA O ZAOSTRZENIACH I INDYWIDUALNY PLAN DZIAŁANIA

W badaniu aż 43% pacjentów wskazało, że najbardziej niejasne jest dla nich rozpoznawanie zaostrzeń i wiedza, co wtedy robić. Jednocześnie tylko część chorych miała dokładnie omówiony plan postępowania.

OPTIMALIZACJA I ESKALACJA LECZENIA ZGODNIE Z WYTTCZNYMI

POChP jest chorobą postępującą, dlatego leczenie powinno być regularnie oceniane i dostosowywane do aktualnego stanu chorego, nasilenia objawów oraz ryzyka zaostrzeń. Każde zaostrzenie, szczególnie wymagające hospitalizacji, powinno być sygnałem do ponownej oceny skuteczności terapii i rozważenia jej intensyfikacji zgodnie z obowiązującymi wytycznymi. W praktyce klinicznej konieczne jest szersze wykorzystanie strategii eskalacji leczenia, w tym przechodzenia z terapii podwójnej na potrójną u pacjentów nadal doświadczających objawów lub zaostrzeń.

Jednocześnie pacjenci z cechami zapalenia typu 2 i częstymi zaostrzeniami powinni mieć zapewniony dostęp do nowoczesnych terapii biologicznych, które w ostatnich latach stały się istotnym elementem leczenia wybranych grup chorych na POChP. Wyniki badania pokazują, że wielu pacjentów nadal doświadcza zaostrzeń, hospitalizacji i niezadowolającej kontroli choroby, co wskazuje na potrzebę nie tylko lepszego stosowania dostępnych terapii, ale również szerszego dostępu do innowacyjnego leczenia zgodnego z aktualną wiedzą medyczną.

POWSZECHNY DOSTĘP DO REHABILITACJI ODDECHOWEJ

Rehabilitacja powinna być traktowana jako element leczenia, a nie dodatek. Pacjenci wskazują ją jako jeden z najbardziej niejasnych obszarów życia z POChP.

SYSTEMOWE WSPARCIE W LECZENIU NIKOTYZMU

Poradnictwo powinno opierać się nie tylko na hasle „rzucić palenie”, ale obejmować dostęp do profesjonalnego wsparcia w odejściu od nałogu, psychoterapii i farmakoterapii.

LEPSZE WYKORZYSTANIE SZCZEPIEŃ JAKO PROFILAKTYKI ZAOSTRZEŃ

W badaniu 25% pacjentów deklaroowało, że wcześniej nie wiedziało, iż szczepienie przeciw grypie jest szczególnie ważne w POChP. Edukacja szczepienna powinna być stałym elementem opieki.

OPIEKA WIELODYSZYPLINARNA: PULMONOLOG, POZ, FIZJOTERAPEUTA, PIELĘGNIARKA, DIETETYK, PSYCHOLOG

POChP często współistnieje z innymi chorobami i wymaga monitorowania nie tylko płuc, ale też ogólnego stanu zdrowia, dlatego wskazane byłoby uruchomienie modelu opieki koordynowanej dla pacjentów z POChP w Polsce.

WYKORZYSTANIE TELEOPIEKI ORAZ EDUKACJI ZDALNEJ

Nowe rozwiązania z zakresu e-zdrowia, jak telemonitoring, rehabilitacja wirtualna i zdalne wsparcie samodzielnego zarządzania chorobą mogą poprawiać dostępność opieki, choć powinny być wdrażane w oparciu o dowody.

Dodatkowo, wdrożenie e-Konsylium - narzędzia zdalnej konsultacji między lekarzem POZ a specjalistą - mogłoby realnie wspierać proces odwracanie piramidy świadczeń i skracać czas oczekiwania na decyzje terapeutyczne, w tym eskalację leczenia POChP.

POChP nie jest wyłącznie chorobą płuc. To choroba wpływająca na całe życie pacjenta, dlatego skuteczna opieka wymaga nie tylko leczenia objawów, ale także wczesnej diagnostyki, edukacji, rehabilitacji, profilaktyki zaostrzeń, wsparcia w rzuceniu palenia oraz dobrej koordynacji opieki medycznej.

Każda z powyższych rekomendacji niesie nie tylko zysk zdrowotny, ale również wymiar ekonomiczny. Zmniejszenie liczby hospitalizacji z powodu zaostrzeń POChP (obecnie 56 tys. rocznie) oraz ograniczenie wydatków zabezpieczenia społecznego (np. renty, zasiłki, zwolnienia chorobowe) - to potencjalna oszczędność sięgająca setek milionów złotych rocznie





05

**O PRZEWLEKŁEJ
OBTURACYJNEJ
CHOROBY PŁUC**

Podstawowe fakty o POChP

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest przewlekłą, postępującą chorobą układu oddechowego. Objawia się przede wszystkim dusznością, przewlekłym kaszlem, odkrztuszaniem wydzieliny oraz okresowymi zaostrzeniami. Choroba rozwija się w wyniku uszkodzenia dróg oddechowych i/lub pęcherzyków płucnych, co prowadzi do trwałego ograniczenia przepływu powietrza przez płuca i stopniowego pogarszania ich funkcji².

POChP to jedna z najpoważniejszych chorób przewlekłych – znacząco pogarsza jakość życia pacjenta oraz zwiększa ryzyko przedwczesnej śmierci

POChP to druga po nadciśnieniu tętniczym najczęstsza choroba przewlekła w Polsce



6 mln osób

zмага się w Polsce z chorobami płuc, w tym **ok. 2 mln ma POChP**

ok. 10 lat

średni czas do diagnozy

3. przyczyna

POChP to 3 przyczyna zgonów w Polsce – choroby płuc

505 578

porad POZ związanych z POChP w 2023 r.³

443 252

porad specjalistycznych (AOS) związanych z POChP w 2023 r.³

259 982

dni absencji chorobowej w pracy z powodu POChP w 2023 r.³

Hospitalizacje

POChP jedną z głównych przyczyn hospitalizacji i przewlekłej niewydolności oddechowej

56 tys.

hospitalizacji rocznie z powodu zaostrzeń POChP

16 mld

koszty społeczne POChP

79 mld

koszty społeczne chorób układu oddechowego w Polsce (leczenie, absencja chorobowa, niepełnosprawność i przedwczesne zgony)



ponad
50%

zgonów z powodu
POChP można przypisać
paleniu tytoniu



Bierne palenie zwiększa
ryzyko POChP

ponad
2-krotnie

RYZYKO ZWIĘKSZAJĄ TAKŻE



zanieczyszczenie powietrza



narażenie zawodowe na pyły
i substancje chemiczne



częste infekcje dróg
oddechowych

NAJCZĘSTSZE OBJAWY

duszność

przewlekły kaszel

odkrztuszanie plwociny

nawracające infekcje dróg
oddechowych

narastające zmęczenie
i ograniczenie aktywności
fizycznej



PODSTAWOWYM BADANIEM DIAGNOSTYCZNYM JEST **SPIROMETRIA**

pozwała ono potwierdzić
obturacyjną oskrzeli
i rozpoznać POChP



W DIAGNOSTYCE WYKORZYSTUJE SIĘ RÓWNIEŻ:

- ocenę objawów (duszność, kaszel, odkrztuszanie plwociny),
- wywiad dotyczący palenia tytoniu i innych czynników ryzyka,
- RTG lub tomografię komputerową klatki piersiowej (u wybranych pacjentów),
- pulsoksymetrię i badania gazometryczne,
- ocenę wydolności wysiłkowej i ryzyka zaostreżeń

LECZENIE I POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU POChP OBEJMUJE M.IN.:

LECZENIE FARMAKOLOGICZNE

- leki wziewne (leki rozszerzające oskrzela i przeciwzapalne)
- leczenie wspomagające np. mukolityczne, antyoksydacyjne,
- antybiotykoterapię w przypadku infekcji

LECZENIE NIEFARMAKOLOGICZNE

- rzucenie palenia tytoniu i innych substytutów – najskuteczniejsza metoda spowalniania postępu choroby
- rehabilitację pulmonologiczną i dopasowaną aktywność fizyczną

OPIEKA WSPIERAJĄCA

- szczepienia ochronne (m.in. przeciw grypie, pneumokokom, COVID-19)
- tlenoterapię domową i wentylację nieinwazyjną u wybranych chorych
- edukację pacjenta i naukę postępowania w zaostrzeniach

ZAAWANSOWANA CHOROBA PROWADZI DO:



ograniczenia samodzielności



obniżenia jakości życia



powikłań i zaostrzeń



hospitalizacji



izolacji społecznej

Ważne!

Zaostrzenia POChP są bardzo groźne i mogą prowadzić do nagłego pogorszenia stanu zdrowia, hospitalizacji, zwiększonego ryzyka zawału serca i udaru mózgu.

KLUCZOWE ZNACZENIE MAJĄ:

- ✓ wczesne rozpoznanie choroby
- ✓ leczenie zgodne z aktualnymi standardami
- ✓ regularne monitorowanie stanu zdrowia
- ✓ szybkie reagowanie na zaostrzenia
- ✓ kompleksowa opieka obejmująca rehabilitację i wsparcie w rzuceniu palenia
- ✓ edukacja pacjenta i jego aktywny udział w leczeniu



POChP jest chorobą przewlekłą i postępującą, której nie można całkowicie wyleczyć. Można jednak skutecznie spowalniać jej rozwój, zmniejszając liczbę zaostrzeń oraz poprawiać jakość i długość życia pacjentów.

Czynniki ryzyka POChP – choroba, która rozwija się przez lata

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) nie pojawia się nagle. Jest chorobą rozwijającą się przez wiele lat, często przez długi czas bez wyraźnych objawów lub z symptomami, które pacjenci uznają za naturalną konsekwencję wieku, zmęczenia czy wieloletniego palenia.

W rzeczywistości **POChP jest efektem długotrwałego działania czynników uszkadzających drogi oddechowe i tkankę płucną, prowadzących do postępującego ograniczenia przepływu powietrza przez drogi oddechowe.**

Najważniejszym i najlepiej udokumentowanym czynnikiem ryzyka pozostaje palenie tytoniu^{4,5}. To właśnie ono odpowiada za ponad połowę zgonów związanych z POChP. Wieloletnie narażenie na dym tytoniowy prowadzi do przewlekłego stanu zapalnego w drogach oddechowych, stopniowego uszkadzania płuc i pogarszania ich funkcji. Co istotne, zagrożenie nie dotyczy wyłącznie osób palących. Badania pokazują, że osoby narażone na bierne palenie mają ponad dwukrotnie wyższe ryzyko rozwoju POChP w porównaniu z osobami nieekspozowanymi na dym tytoniowy⁶.

Coraz większą uwagę zwraca się również na wpływ **nowych produktów nikotynowych**, takich jak e-papierosy i podgrzewacze tytoniu^{7,8,9}. Choć długoterminowe skutki ich stosowania są nadal przedmiotem badań, dostępne dane wskazują, że nie są one obojętne dla zdrowia płuc. Metaanalizy wykazały zwiększone ryzyko występowania POChP wśród użytkowników e-papierosów, również po uwzględnieniu historii palenia tytoniu. W przypadku podgrzewaczy tytoniu poziom narażenia na część substancji toksycznych może być niższy niż podczas palenia papierosów, jednak produkty te nadal dostarczają nikotynę i substancje mogące wywoływać stan zapalny oraz uszkodzenie dróg oddechowych. Z tego względu eksperci podkreślają, że najbezpieczniejszym rozwiązaniem dla zdrowia płuc pozostaje całkowite nieużywanie żadnych wyrobów tytoniowych i nikotynowych¹⁰.

Istotną rolę w rozwoju POChP odgrywają również czynniki środowiskowe i zawodowe. Wieloletnia ekspozycja na pyły, dymy przemysłowe, substancje chemiczne, spaliny czy zanieczyszczenie powietrza może prowadzić do uszkodzenia układu oddechowego nawet u osób, które nigdy nie paliły papierosów. Szczególnie narażone są osoby wykonujące zawody związane z ekspozycją na pyły mineralne i przemysłowe. Badania wskazują, że pracownicy budowlani mają ponad dwukrotnie większe ryzyko rozwoju POChP niż osoby nienarażone na tego typu czynniki.¹⁰

Znaczenie mają również **częste infekcje dróg oddechowych, nawracające zapalenia oskrzeli, płuc czy ciężkie zakażenia już w dzieciństwie.** Coraz więcej badań wskazuje, że nieprawidłowy rozwój płuc u dziecka może zwiększać podatność na POChP w wieku dorosłym.

Nie można zapominać także o **czynnikach genetycznych.** Choć występują znacznie rzadziej niż palenie czy ekspozycja środowiskowa, mogą odgrywać istotną rolę u części chorych. Najbardziej znanym przykładem jest niedobór alfa-1 antytrypsyny - wrodzone zaburzenie zwiększające ryzyko rozwoju rozedmy płuc i POChP, często w młodszy wieku.

Warto podkreślić, że POChP zwykle **nie jest skutkiem pojedynczego czynnika, lecz efektem ich kumulacji.** Palenie papierosów, bierne palenie, zanieczyszczenie powietrza, ekspozycja zawodowa, infekcje dróg oddechowych oraz indywidualne predyspozycje biologiczne wzajemnie się

nakładają, zwiększając ryzyko rozwoju choroby i przyspieszając jej postęp.

Z perspektywy zdrowia publicznego szczególnie ważne jest to, że wiele czynników ryzyka POChP można ograniczyć. Rzucenie palenia, unikanie biernego palenia, poprawa jakości powietrza, stosowanie środków ochrony w miejscu pracy oraz wczesne rozpoznawanie objawów choroby należą do najskuteczniejszych działań pozwalających zmniejszyć ryzyko zachorowania. Im wcześniej zostaną podjęte działania profilaktyczne, tym większa szansa na zachowanie sprawności płuc i uniknięcie konsekwencji choroby, która przez lata może rozwijać się niemal niezauważenie.

Objawy - choroba, która długo pozostaje niezauważona

Przewlekła obturacyjna choroba płuc rozwija się powoli, a jej pierwsze objawy często są bagatelizowane lub przypisywane naturalnym procesom starzenia, zmęczeniu czy skutkom wieloletniego palenia papierosów. To jedna z przyczyn, dla których wielu pacjentów trafia do lekarza dopiero wtedy, gdy choroba jest już zaawansowana i zaczyna znacząco wpływać na codzienne funkcjonowanie.

Najczęstszymi objawami POChP jest **przewlekły kaszel**, często połączony z **odkrztuszaniem plwociny oraz duszność**. We wczesnym okresie choroby zadyszka pojawia się zwykle podczas większego wysiłku fizycznego - szybkiego marszu, wchodzenia po schodach czy noszenia cięższych zakupów. Z czasem jednak nawet proste czynności, takie jak spacer, sprzątanie mieszkania czy ubranie się, mogą wymagać coraz większego wysiłku. U części chorych występują również świsty oddechowe, uczucie ucisku w klatce piersiowej, przewlekłe zmęczenie oraz częstsze infekcje dróg oddechowych.

Szczególnie niepokojącym sygnałem są **zaostrzenia POChP**, czyli nagłe pogorszenie stanu zdrowia objawiające się nasileniem duszności, kaszlu lub zwiększoną ilością wydzieliny w drogach oddechowych. Zaostrzenia przyspieszają postęp choroby, zwiększają ryzyko hospitalizacji i pogarszają rokowanie. Dlatego tak ważne jest wczesne rozpoznawanie objawów oraz szybkie wdrożenie odpowiedniego leczenia.

Przewlekły kaszel, odkrztuszanie wydzieliny czy zadyszka podczas codziennych aktywności nie powinny być traktowane jako naturalna konsekwencja wieku lub wieloletniego palenia. Są to sygnały, które warto skonsultować z lekarzem i w razie potrzeby wykonać spirometrię – podstawowe badanie pozwalające wykryć POChP. Im wcześniej choroba zostanie rozpoznana, tym większa szansa na spowolnienie jej postępu i zachowanie dobrej jakości życia przez wiele lat.

Badania profilaktyczne i diagnostyka - klucz do wcześniejszego rozpoznania choroby

Przewlekła obturacyjna choroba płuc należy do chorób, które przez wiele lat mogą rozwijać się niemal niezauważenie. Kaszel, odkrztuszanie wydzieliny czy stopniowo narastająca duszność często są bagatelizowane zarówno przez pacjentów, jak i ich otoczenie. Tymczasem wczesne rozpoznanie POChP pozwala szybciej wdrożyć leczenie, ograniczyć ryzyko zaostrzeń oraz spowolnić postęp choroby.

Podstawą profilaktyki POChP pozostaje eliminacja najważniejszych czynników ryzyka. Kluczowe znaczenie ma niepalenie tytoniu lub jak najszybsze zerwanie z nałogiem, ponieważ palenie odpowiada za ponad połowę zgonów związanych z POChP. Istotne jest również ograniczanie narażenia na bierne palenie, zanieczyszczenie powietrza, pyły i substancje szkodliwe występujące w środowisku pracy. Coraz większą rolę przypisuje się także edukacji zdrowotnej oraz działaniom wspierającym rzucanie palenia, które są jednym z najskuteczniejszych sposobów zapobiegania rozwojowi choroby i jej dalszej progresji.

W Polsce realizowany jest *Program profilaktyki chorób odytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc*¹¹ finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Program obejmuje m.in. identyfikację osób narażonych na rozwój POChP, poradnictwo antynikotynowe oraz działania wspierające ograniczenie używania wyrobów tytoniowych i nikotynowych, w tym papierosów elektronicznych. Od 2022 roku diagnostyka i leczenie POChP zostały również objęte opieką koordynowaną w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), co ma ułatwić wcześniejsze wykrywanie choroby i poprawić dostęp do świadczeń.

W przeciwieństwie do niektórych innych chorób przewlekłych, nie zaleca się wykonywania badań przesiewowych w kierunku POChP u wszystkich osób bez objawów. Eksperti podkreślają jednak potrzebę aktywnego poszukiwania choroby u osób należących do grup ryzyka, szczególnie obecnych i byłych palaczy palaczy, osób narażonych zawodowo na pyły i substancje drażniące oraz pacjentów zgłaszających przewlekły kaszel, odkrztuszanie wydzieliny, duszność lub nawracające infekcje dróg oddechowych.

Coraz większą uwagę zwraca się również na możliwość wykrywania niezdiagnozowanych przypadków POChP przy okazji badań wykonywanych z innych wskazań. Szczególne znaczenie mogą mieć programy badań przesiewowych w kierunku raka płuca z wykorzystaniem niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK). Od października 2026 r. badania te będą realizowane w ramach ogólnopolskiego programu wczesnego wykrywania raka płuca skierowanego do osób z grup podwyższonego ryzyka, w tym wieloletnich palaczy tytoniu oraz osób chorujących na POChP. Chociaż NDTK nie służy do rozpoznawania POChP, badanie może ujawniać zmiany w płucach sugerujące obecność przewlekłej obturacyjnej choroby płuc lub innych schorzeń układu oddechowego. Program stwarza więc dodatkową okazję do identyfikacji osób wymagających dalszej diagnostyki pulmonologicznej, w tym wykonania spirometrii, a także do objęcia ich działaniami profilaktycznymi i edukacyjnymi.

Podstawowym badaniem pozwalającym rozpoznać POChP jest spirometria. Badanie to mierzy objętość oraz szybkość wydychanego powietrza i pozwala ocenić stopień zwężenia dróg oddechowych. Jest ono dostępne zarówno w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak i w podstawowej opiece zdrowotnej. Eksperti wskazują, że **regularne wykonywanie spirometrii u osób**

z czynnikami ryzyka może umożliwić wykrycie choroby jeszcze przed pojawieniem się znacznych ograniczeń oddechowych¹².

Rozpoznanie POChP opiera się na połączeniu wywiadu medycznego, oceny objawów, badania fizykalnego oraz wyników badań czynnościowych płuc. W zależności od sytuacji klinicznej lekarz może zlecić również dodatkowe badania, takie jak RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej, pulsoksymetria, gazometria czy badania laboratoryjne, w tym diagnostykę w kierunku niedoboru alfa-1 antytrypsyny. U części pacjentów wykonuje się także badania pozwalające ocenić stopień zaawansowania choroby oraz obecność schorzeń współistniejących.

Doświadczenia pacjentów pokazują, że droga do diagnozy bywa długa i niejednokrotnie zajmuje wiele lat. Dlatego tak ważne jest zwiększanie świadomości objawów POChP, promowanie wykonywania spirometrii u osób z grup ryzyka oraz budowanie przekonania, że przewlekły kaszel, odkrztuszanie wydzieliny czy zadyszka nie są naturalną konsekwencją wieku lub palenia papierosów, lecz mogą być pierwszym sygnałem rozwijającej się choroby płuc.

Leczenie POChP - jak spowolnić postęp choroby i poprawić jakość życia

Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest chorobą nieuleczalną, jednak współczesna medycyna dysponuje coraz skuteczniejszymi metodami leczenia, które pozwalają ograniczać objawy, zmniejszać liczbę zaostrzeń, poprawiać jakość życia oraz spowalniać postęp choroby.

Aktualne **wytyczne *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease GOLD 2026*¹³** podkreślają, że **leczenie POChP powinno być kompleksowe i obejmować zarówno farmakoterapię, jak i działania nefarmakologiczne, dostosowane do potrzeb konkretnego pacjenta.**

Celem leczenia jest nie tylko zmniejszenie duszności, kaszlu czy odkrztuszania wydzieliny, ale również ograniczenie ryzyka przyszłych zaostrzeń oraz hospitalizacji. Coraz większy nacisk kładzie się także na utrzymanie aktywności fizycznej, poprawę wydolności organizmu oraz zapobieganie utracie samodzielności.

LECZENIE WZIEWNE – PODSTAWA TERAPII

Podstawą leczenia farmakologicznego POChP pozostają **leki wziewne rozszerzające oskrzela**. W zależności od nasilenia objawów i ryzyka zaostrzeń stosowane są długo działające leki rozszerzające oskrzela z grupy LAMA (antycholinergiczne) oraz LABA (beta2-mimetyki). Obecnie u wielu chorych standardem jest leczenie skojarzone LAMA/LABA (tzw. terapia podwójna), które skuteczniej zmniejsza duszność i poprawia funkcję płuc niż stosowanie pojedynczego leku.

U pacjentów z częstymi zaostrzeniami, zwłaszcza przy podwyższonej liczbie eozynofiliów we krwi, stosuje się również wziewne glikokortykosteroidy (wGKS) w ramach terapii potrójnej LABA/LAMA/wGKS. Badania wykazały, że odpowiednio dobrana terapia potrójna może ograniczać ryzyko zaostrzeń, poprawiać jakość życia, a u części pacjentów również wpływać na zmniejszenie śmiertelności.

Dodatkowe korzyści mogą przynosić również wybrane leki stosowane u pacjentów z przewlekłym zapaleniem oskrzeli i częstymi zaostrzeniami, takie jak **inhibitory fosfodiesterazy-4** czy niektóre

leki mukolityczne i antyoksydacyjne. Ich zastosowanie jest uzależnione od indywidualnej sytuacji klinicznej pacjenta.

NOWE MOŻLIWOŚCI TERAPEUTYCZNE

Ostatnie lata przyniosły istotny postęp w leczeniu POChP. Oprócz doskonalenia terapii wziewnych coraz większą rolę odgrywa personalizacja leczenia, uwzględniająca indywidualne cechy chorego, w tym częstość zaostrzeń, nasilenie objawów oraz obecność określonych biomarkerów.

W wytycznych GOLD 2026 po raz pierwszy szerzej uwzględniono miejsce **terapii biologicznych** u wybranych pacjentów z określonym profilem zapalnym choroby. Choć rozwiązania te dotyczą obecnie stosunkowo niewielkiej grupy chorych, stanowią ważny kierunek rozwoju nowoczesnej pulmonologii.

Przez wiele lat możliwości leczenia farmakologicznego POChP opierały się przede wszystkim na lekach wziewnych rozszerzających oskrzela oraz wziewnych glikokortykosteroidach. W ostatnich latach coraz lepiej poznawano jednak mechanizmy zapalne odpowiedzialne za rozwój choroby i występowanie zaostrzeń. Okazało się, że u części pacjentów istotną rolę odgrywa tzw. zapalenie typu 2, związane między innymi z podwyższoną liczbą eozynofiliów we krwi. To właśnie dla tej grupy chorych pojawiła się nowa możliwość terapeutyczna w postaci leków biologicznych. Są to nowoczesne preparaty działające w sposób bardzo precyzyjny – blokują wybrane cząsteczki uczestniczące w procesie zapalnym, zamiast wpływać na cały układ odpornościowy.

Eksperti podkreślają, że pojawienie się terapii biologicznych może zapoczątkować nową erę leczenia POChP – podobnie jak wcześniej stało się to w przypadku astmy ciężkiej. Oznacza to przejście od leczenia opartego wyłącznie na objawach do terapii coraz lepiej dopasowanej do biologicznych mechanizmów choroby. Choć obecnie z leczenia biologicznego może korzystać stosunkowo niewielka grupa pacjentów, rozwój badań wskazuje, że w przyszłości liczba dostępnych terapii celowanych będzie prawdopodobnie rosła, dając nowe możliwości chorym z najcięższymi postaciami POChP. Aktualnie terapie biologiczne nie są refundowane w tym wskazaniu w Polsce.

LECZENIE TO NIE TYLKO INHALATOR

Współczesne zalecenia podkreślają, że skuteczne leczenie POChP wykracza daleko poza farmakoterapię. Niezwykle istotne znaczenie mają:

- całkowite zaprzestanie palenia tytoniu,
- rehabilitacja pulmonologiczna,
- regularna aktywność fizyczna,
- szczepienia ochronne przeciw grypie, pneumokokom, COVID-19 i RSV,
- edukacja pacjenta,
- właściwe odżywianie i utrzymanie masy mięśniowej,
- leczenie chorób współistniejących.

Szczególnie ważnym elementem jest także **rehabilitacja pulmonologiczna**. Programy obejmujące ćwiczenia fizyczne, trening oddechowy oraz edukację pozwalają zmniejszyć duszność, poprawić wydolność organizmu i zwiększyć samodzielność pacjentów. Mimo udowodnionej skuteczności dostęp do rehabilitacji pulmonologicznej w Polsce nadal pozostaje ograniczony.

U części chorych z zaawansowaną niewydolnością oddechową konieczne może być zastosowanie tlenoterapii domowej lub nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej. W wybranych przypadkach rozedmy płuc rozważane są również procedury zabiegowe i chirurgiczne.

Zaostrzenia POChP - moment, który zmienia przebieg choroby

Jednym z najważniejszych wyzwań w leczeniu POChP pozostają zaostrzenia choroby. Są to okresy nagłego pogorszenia stanu zdrowia, podczas których nasilają się duszność, kaszel oraz produkcja wydzieliny. Zaostrzenia często prowadzą do hospitalizacji, przyspieszają utratę funkcji płuc, zwiększają ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych i pogarszają rokowanie pacjenta.

Nowe wytyczne GOLD 2026 podkreślają, że **każde zaostrzenie powinno być traktowane jako sygnał alarmowy wymagający ponownej oceny leczenia oraz działań zapobiegających kolejnym epizodom**. Już pojedyncze umiarkowane zaostrzenie zwiększa ryzyko wystąpienia następnych.

Postępowanie podczas zaostrzenia zależy od jego ciężkości. W większości przypadków konieczne jest **zwiększenie intensywności leczenia rozszerzającego oskrzela**. U części pacjentów lekarz może wdrożyć krótkotrwałą terapię **glikokortykosteroidami ogólnoustrojowymi**, a w przypadku **podejrzenia infekcji bakteryjnej – antybiotykoterapię**. Ciężkie zaostrzenia mogą wymagać leczenia szpitalnego, tlenoterapii, a niekiedy także nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej.

Nowe zalecenia podkreślają rolę wczesnej eskalacji leczenia farmakologicznego u pacjentów z zaostrzeniami POChP¹⁴. Każdy pacjent z POChP, który w ciągu ostatnich 12 miesięcy przyjmował antybiotyk lub steryd doustny z powodu pogorszenia stanu oddechowego, wymaga:

- wykonania morfologii krwi z oceną liczby eozynofili,
- decyzji o eskalacji leczenia w oparciu o wynik (wybór między LABA+LAMA a LABA+LAMA+wGKS).

Obecnie coraz częściej stosuje się preparaty trójskładnikowe w jednym inhalatorze (tzw. *single-inhaler triple therapy*), co znacząco poprawia przestrzeganie zaleceń (*compliance*) i skuteczność terapii.

Równie ważne jak leczenie samego zaostrzenia jest zapobieganie kolejnym epizodom. Obejmuje ono optymalizację leczenia wziewnego, rehabilitację pulmonologiczną, szczepienia ochronne, edukację pacjenta oraz regularne monitorowanie stanu zdrowia. Dzięki temu możliwe jest ograniczenie liczby hospitalizacji i utrzymanie lepszej jakości życia przez dłuższy czas.

Współczesne podejście do POChP zakłada więc nie tylko leczenie objawów, ale aktywne dążenie do utrzymania stabilnego przebiegu choroby. Im wcześniej zostanie rozpoznana i im szybciej wdrożone zostanie leczenie zgodne z aktualnymi standardami, tym większa szansa na zachowanie aktywności, samodzielności i dobrej jakości życia przez wiele lat.

POChP a choroby współistniejące

Przewlekła obturacyjna choroba płuc rzadko występuje jako jedyny problem zdrowotny. Współczesna wiedza medyczna pokazuje, że większość pacjentów z POChP zmagają się równocześnie z innymi chorobami przewlekłymi. Zjawisko to określa się mianem wielochorobowości i jest ono obecnie uznawane za jeden z najważniejszych aspektów opieki nad chorymi na POChP. **Obecność chorób współistniejących zwiększa ryzyko hospitalizacji, pogorszenia jakości życia oraz przedwczesnej śmierci, niezależnie od stopnia zaawansowania samej choroby płuc.**

Ekspertki podkreślają, że choroby współistniejące są często niedostatecznie rozpoznawane i leczone. Dlatego podczas każdej wizyty lekarskiej pacjent z POChP powinien być oceniany nie tylko pod kątem objawów ze strony układu oddechowego, ale również innych problemów zdrowotnych, które mogą wpływać na przebieg choroby i skuteczność leczenia. Co istotne, obecność chorób współistniejących nie powinna prowadzić do ograniczania leczenia POChP - zarówno choroba płuc, jak i schorzenia towarzyszące powinny być leczone zgodnie z obowiązującymi standardami.

CHOROBY SERCOWO-NACZYNIOWE - NAJCZĘSTSZY TOWARZYSZ POChP

Do najczęściej występujących chorób współistniejących należą schorzenia układu sercowo-naczyniowego, w tym nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, niewydolność serca oraz zaburzenia rytmu serca. W przypadku nadciśnienia problem może dotyczyć nawet około połowy pacjentów z POChP. Choroby serca i płuc mają wiele wspólnych czynników ryzyka, przede wszystkim palenie tytoniu, wiek oraz przewlekły stan zapalny.

Wystąpienia poważnych incydentów sercowo-naczyniowych znacząco wzrasta podczas zaostrzenia POChP oraz utrzymuje się nawet przez rok po jego wystąpieniu. Oznacza to, że zapobieganie zaostrzeniom może przynosić korzyści nie tylko dla płuc, ale również dla serca.

POChP A RYZYKO RAKA PŁUCA

Rak płuca pozostaje jedną z głównych przyczyn zgonów u osób z POChP. Wynika to zarówno ze wspólnego czynnika ryzyka, jakim jest palenie tytoniu, jak i z biologicznych zależności pomiędzy przewlekłym uszkodzeniem płuc a procesem nowotworowym. Z tego względu osoby spełniające kryteria programu badań przesiewowych powinny korzystać z niskodawkowej tomografii komputerowej klatki piersiowej, która umożliwi wykrycie raka płuca we wczesnym stadium. Ogólnopolski program przesiewowy z zastosowaniem NDTK ma być uruchomiony w Polsce październiku 2026 roku i finansowany przez NFZ (do tej pory badania były realizowane pilotażowo).

ZDROWIE PSYCHICZNE MA ZNACZENIE

Duszność, ograniczenie aktywności fizycznej, lęk przed zaostrzeniami oraz stopniowa utrata sprawności sprawiają, że wielu pacjentów doświadcza objawów depresji i lęku. Choroby te należą do najczęściej występujących problemów współistniejących w POChP, a jednocześnie pozostają często nierozpoznane. Tymczasem mogą one wpływać na przestrzeganie zaleceń lekarskich, aktywność fizyczną, jakość życia oraz ryzyko hospitalizacji.

ZABURZENIA METABOLICZNE I PROBLEMY ŻYWIENIOWE

Wielochorobowość w POChP obejmuje również cukrzycę, otyłość, zespół metaboliczny oraz refluks żołądkowo-przełykowy. Otyłość zwiększa ryzyko bezdechu sennego, który dodatkowo pogarsza funkcjonowanie układu oddechowego. Z drugiej strony część pacjentów zmagają się z niedożywieniem i utratą masy ciała. Szczególnie niekorzystne rokowanie obserwuje się u osób z niskim wskaźnikiem masy ciała (BMI poniżej 21 kg/m²).

NIE TYLKO PŁUCA - TAKŻE MIĘŚNIE, KOŚCI I NERKI

POChP jest chorobą ogólnoustrojową. U wielu chorych występują osteoporoza, utrata masy i siły mięśniowej (sarkopenia), niedokrwistość czy przewlekła choroba nerek. Problemy te zwiększają ryzyko upadków, ograniczają sprawność i pogarszają tolerancję wysiłku. Dobra wiadomość jest taka, że część tych zaburzeń można skutecznie leczyć lub łagodzić dzięki odpowiedniemu żywieniu, rehabilitacji pulmonologicznej i regularnej aktywności fizycznej.

POTRZEBNA OPIEKA CAŁOŚCIOWA, A NIE LECZENIE „JEDNEJ CHOROBY”

Wytyczne GOLD 2026 podkreślają, że **pacjent z POChP powinien być postrzegany całościowo**. Objawy takie jak zmęczenie, duszność czy ograniczenie aktywności mogą wynikać jednocześnie z kilku chorób współistniejących. Dlatego najlepsze efekty przynosi współpraca różnych specjalistów oraz regularna ocena stanu zdrowia pacjenta. Eksperti zwracają również uwagę na konieczność ograniczania nadmiernej liczby leków i upraszczania terapii wszędzie tam, gdzie jest to możliwe. Holistyczne podejście do pacjenta może poprawić jakość życia, zmniejszyć liczbę zaostrzeń i hospitalizacji oraz ograniczyć ryzyko przedwczesnego zgonu.

Takie spojrzenie na POChP oznacza odejście od myślenia o niej wyłącznie jako o chorobie płuc. W rzeczywistości jest to schorzenie wpływające na funkcjonowanie całego organizmu, dlatego skuteczna opieka wymaga uwzględnienia wszystkich problemów zdrowotnych pacjenta.

Monitoring i kontrola pacjenta z POChP

Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest schorzeniem, które zmienia się w czasie. Dlatego skuteczna opieka nad pacjentem nie kończy się w momencie postawienia diagnozy czy wdrożenia pierwszego leczenia. Równie ważne są regularne wizyty kontrolne, podczas których oceniana jest skuteczność terapii, nasilenie objawów oraz wpływ choroby na codzienne funkcjonowanie.

Każda wizyta kontrolna powinna obejmować ocenę stopnia duszności, aktywności fizycznej, liczby zaostrzeń, jakości życia oraz prawidłowości stosowania leków wziewnych. Nawet najlepiej dobrane leczenie może nie przynosić oczekiwanych efektów, jeśli inhalator jest używany nieprawidłowo. Dlatego regularne sprawdzanie techniki inhalacyjnej powinno stanowić stały element opieki nad pacjentem.

W trakcie kontroli lekarz powinien również **ocenić, czy aktualne leczenie nadal odpowiada potrzebom chorego**. W przypadku utrzymywania się objawów lub częstych zaostrzeń konieczna może być eskalacja terapii (zwiększenie dawek, zmiana leków, dodanie leków). Z kolei u części pacjentów możliwe jest uproszczenie leczenia, jeśli stan zdrowia pozostaje stabilny przez dłuższy czas.

Regularny monitoring obejmuje także ocenę czynników ryzyka, które mogą wpływać na przebieg choroby. Szczególną uwagę zwraca się na palenie tytoniu, aktywność fizyczną, stan odżywienia, masę ciała oraz obecność chorób współistniejących, takich jak choroby serca, cukrzyca, depresja czy osteoporoza. Ich odpowiednie leczenie może znacząco poprawić rokowanie i jakość życia pacjenta.

Nowoczesne podejście do POChP zakłada aktywną współpracę pacjenta z zespołem medycznym. Regularne wizyty kontrolne, zgłaszanie nowych objawów, przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.

tycznych oraz dbałość o zdrowy styl życia są równie ważne jak przyjmowanie leków. Dzięki temu możliwe jest ograniczenie liczby zaostrzeń, utrzymanie sprawności i poprawa jakości życia pomimo przewlekłego charakteru choroby.

Edukacja pacjenta - fundament skutecznego leczenia POChP

Współczesne leczenie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc nie ogranicza się do przepisywania leków i okresowych wizyt kontrolnych. Coraz więcej dowodów naukowych wskazuje, że jednym z kluczowych elementów skutecznej terapii jest edukacja pacjenta oraz jego aktywne uczestnictwo w procesie leczenia. Z tego powodu aktualne wytyczne zaliczają edukację zdrowotną i wspieranie samodzielnego zarządzania chorobą do podstawowych elementów opieki nad chorymi na POChP.

POChP jest chorobą przewlekłą, która towarzyszy pacjentowi przez wiele lat i wymaga codziennych decyzji dotyczących leczenia, aktywności fizycznej, stylu życia oraz reagowania na pojawiające się objawy. Dlatego osoba chora powinna nie tylko wiedzieć, jakie leki przyjmuje, ale także rozumieć istotę swojej choroby, znać cele leczenia oraz potrafić rozpoznawać sygnały świadczące o pogorszeniu stanu zdrowia.

ŚWIADOMOŚĆ CHOROBY POMAGA ODZYSKAĆ POCZUCIE KONTROLI

Doświadczenia pacjentów pokazują, że diagnoza POChP często wiąże się z poczuciem niepewności, lękiem i wieloma pytaniami dotyczącymi przyszłości. Wiele osób przez długi czas traktuje kaszel czy duszność jako naturalną konsekwencję wieku lub wieloletniego palenia, nie zdając sobie sprawy z postępującego charakteru choroby. Zrozumienie mechanizmów POChP pozwala pacjentom lepiej interpretować objawy, podejmować świadome decyzje zdrowotne i aktywnie uczestniczyć w leczeniu.

Edukacja pomaga również przełamywać błędne przekonania dotyczące choroby. Wielu chorych uważa na przykład, że duszność jest nieuniknionym elementem starzenia się lub że po rozpoznaniu POChP niewiele można już zrobić. Tymczasem odpowiednie leczenie, rehabilitacja pulmonologiczna, aktywność fizyczna i zaprzestanie palenia mogą znacząco poprawić jakość życia i spowolnić postęp choroby.

SAMODZIELNE ZARZĄDZANIE CHOROBA

Jednym z najważniejszych celów edukacji jest rozwijanie umiejętności samodzielnego zarządzania chorobą. Obejmuje ono między innymi:

- regularne przyjmowanie zaleconych leków,
- prawidłową technikę inhalacji,
- monitorowanie objawów,
- rozpoznawanie pierwszych oznak zaostrzenia,
- utrzymywanie aktywności fizycznej,
- przestrzeganie zaleceń dotyczących szczepień ochronnych,
- unikanie czynników nasilających objawy choroby.

Programy edukacyjne połączone z nauką samokontroli mogą zmniejszać ryzyko hospitalizacji

oraz poprawiać jakość życia pacjentów. Szczególnie dobre efekty przynoszą działania, które nie ograniczają się do przekazywania informacji, ale uczą konkretnych umiejętności potrzebnych w codziennym funkcjonowaniu z chorobą.

Jednym z najlepiej udokumentowanych obszarów jest nauka prawidłowej techniki inhalacji. Badania pokazują, że znaczna część pacjentów popełnia błędy podczas stosowania inhalatorów, co prowadzi do gorszej kontroli objawów i większego ryzyka zaostrzeń.

WSPÓŁPRACA Z ZESPOŁEM TERAPEUTYCZNYM

Skuteczne leczenie POChP wymaga partnerskiej współpracy pomiędzy pacjentem a zespołem medycznym. W jego skład mogą wchodzić lekarz rodzinny, pulmonolog, pielęgniarka, fizjoterapeuta, dietetyk, psycholog oraz inni specjaliści zaangażowani w opiekę nad chorym.

Pacjent nie powinien być biernym odbiorcą zaleceń, ale aktywnym uczestnikiem procesu terapeutycznego. Ważne jest zadawanie pytań, zgłaszanie nowych objawów, informowanie o trudnościach związanych z leczeniem oraz wspólnie ustalanie celów terapeutycznych. Taka współpraca pozwala lepiej dopasować terapię do indywidualnych potrzeb chorego i zwiększa szanse na osiągnięcie dobrych efektów leczenia.

PRZESTRZEGANIE ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH

Jednym z największych wyzwań w opiece nad pacjentami z POChP pozostaje przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Dotyczy to zarówno regularnego stosowania leków wziewnych, jak i zaleceń dotyczących aktywności fizycznej, rehabilitacji, szczepień czy zaprzestania palenia tytoniu. Przyczyn nieprzestrzegania zaleceń może być wiele - od trudności technicznych związanych z obsługą inhalatora, przez brak wiary w skuteczność leczenia, po ograniczenia finansowe, geograficzne, problemy psychologiczne lub niedostateczną wiedzę o chorobie. Dlatego tak ważne jest regularne omawianie tych kwestii podczas wizyt kontrolnych oraz dostosowywanie sposobu edukacji do indywidualnych potrzeb pacjenta.

Eksperci są zgodni, że edukacja nie powinna być jednorazowym wydarzeniem towarzyszącym postawieniu diagnozy, ale stałym elementem opieki nad pacjentem. Wiedza o chorobie, umiejętność radzenia sobie z objawami, rozpoznawanie zaostrzeń oraz świadome uczestnictwo w leczeniu mogą mieć równie duże znaczenie dla przebiegu POChP jak stosowane leki. Nowoczesna opieka nad pacjentem z POChP opiera się na partnerstwie, zaufaniu i wspólnym podejmowaniu decyzji. Im większa świadomość choroby i zaangażowanie pacjenta, tym większa szansa na ograniczenie liczby zaostrzeń, utrzymanie sprawności oraz zachowanie dobrej jakości życia przez wiele lat.



06

WYNIKI BADANIA OPINII PACJENTÓW Z POCHP

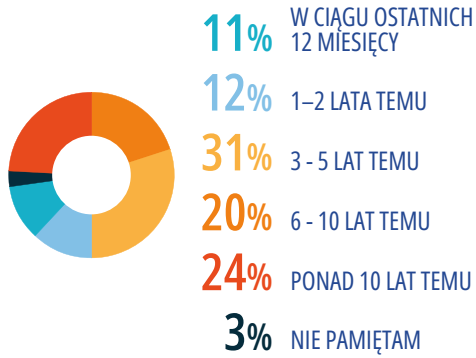


Ogólnopolskie badanie ankietowe wśród pacjentów ze zdiagnozowaną Przewlekłą Obturacyjną Chorobą Płuc zostało przeprowadzone przez Fundację TO SIĘ LECZY w formie online w okresie od 2 marca do 30 kwietnia 2026 r. i objęło łącznie 442 respondentów z różnych regionów Polski. Badanie było anonimowe. Respondenci wypełniali formularz ankietowy online.

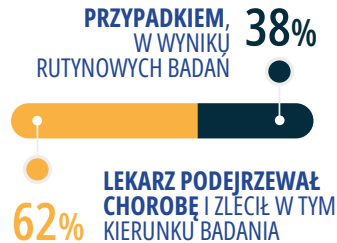
Celem badania było poznanie realnych doświadczeń związanych z diagnozą, leczeniem, dostępem do specjalistów, edukacją oraz codziennym funkcjonowaniem z chorobą.

Diagnoza i przebieg POChP

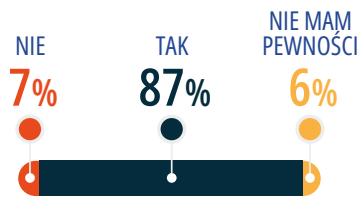
Wykres 1. Kiedy zdiagnozowano u Ciebie POChP?



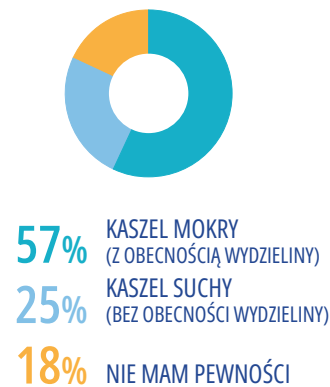
Wykres 2. Czy POChP została zdiagnozowana u Pani/Pana:



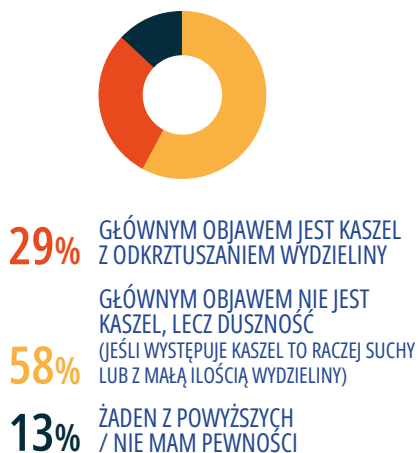
Wykres 3. Czy występuje u Pana/Pani duszność?



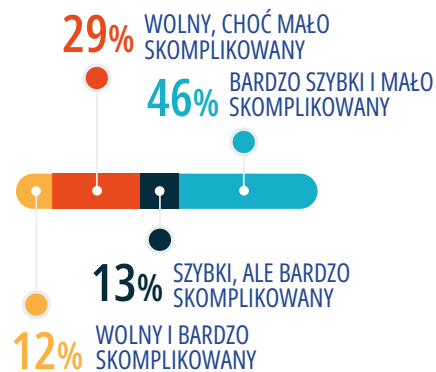
Wykres 4. Jaki jest dominujący charakter kaszlu?



Wykres 5. Który opis najlepiej pasuje do Pani/Pana objawów przez większość czasu?



Wykres 6. Jak z perspektywy oceniasz proces diagnozy choroby?



Wykres 7. Od pierwszych objawów do postawienia właściwej diagnozy minęło:



Wykres 8. Czy wiesz, czym jest zaostrzenie POChP?



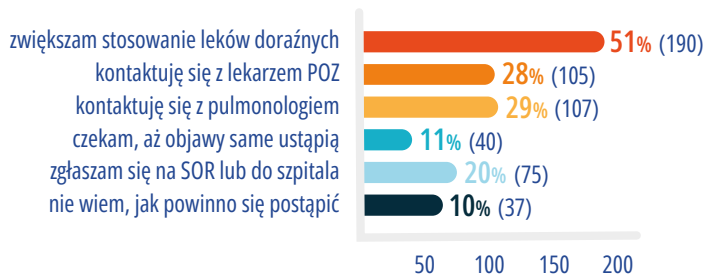
Wykres 9. Które z poniższych objawów mogą – Twoim zdaniem – świadczyć o zaostrzeniu POChP?



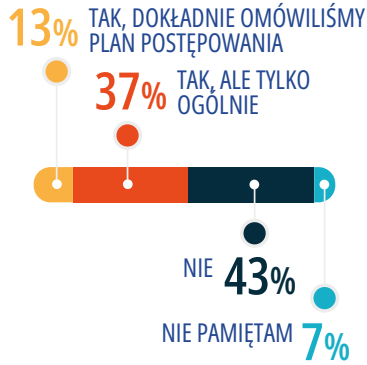
Wykres 10. Z czym – Twoim zdaniem – może wiązać się zaostrzenie POChP?



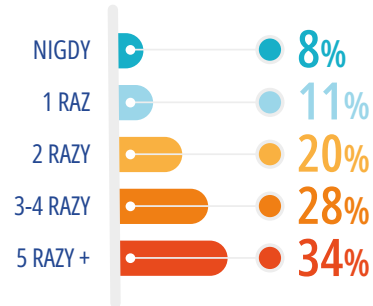
Wykres 11. Co zazwyczaj robisz, gdy objawy POChP nagle się nasilają?



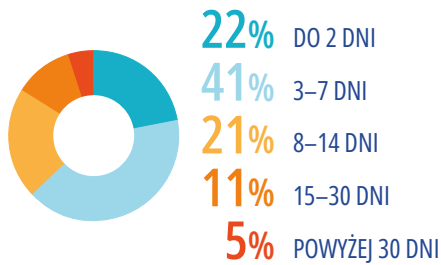
Wykres 12. Czy lekarz kiedykolwiek wyjaśnił Ci, jak rozpoznać zaostrzenie POChP i co wtedy zrobić?



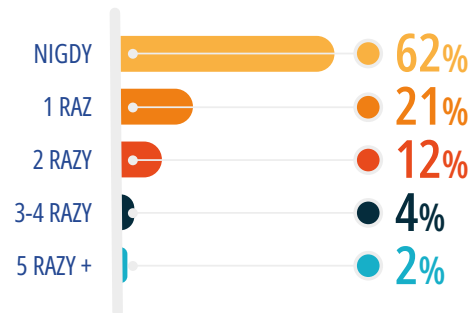
Wykres 13. Jak często doświadczyłeś zaostrzeń choroby (nagłego pogorszenia objawów np. duszności, kaszlu, odkrztuszania płwociny) w ciągu ostatniego roku?



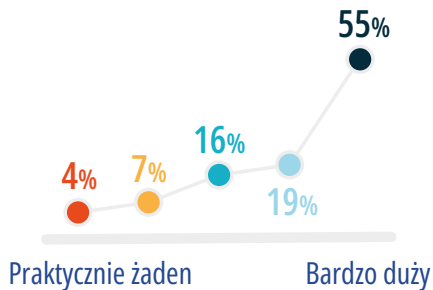
Wykres 14. Jaka jest średnia (zwyczajowa) długość trwania zaostrzenia?



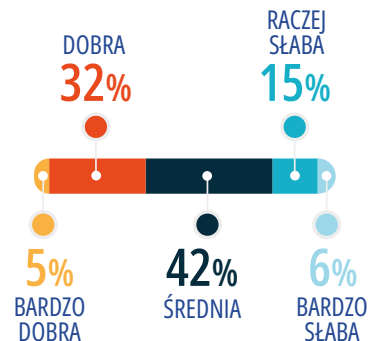
Wykres 15. Jak często zaostrzenie choroby wymagało pobytu w szpitalu w ciągu ostatniego roku?



Wykres 16. Jak oceniasz wpływ POChP na Twoje codzienne funkcjonowanie?

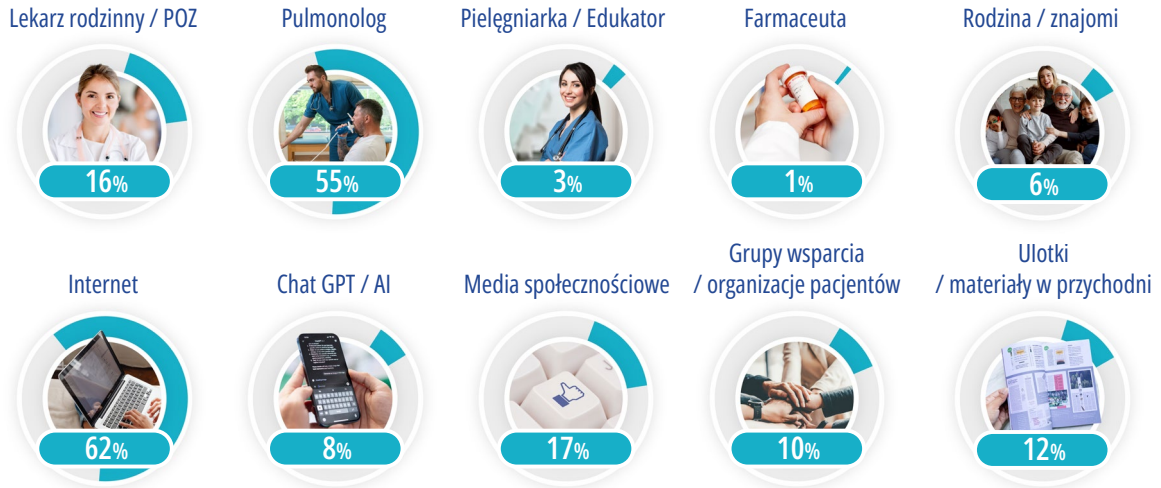


Wykres 17. Jak oceniasz swoją wiedzę na temat POChP?



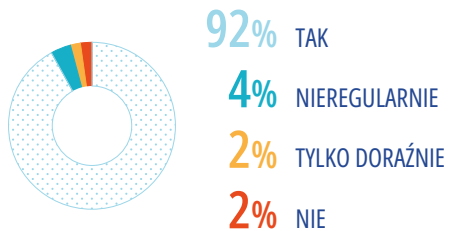
Wiedza o POChP

Wykres 18. Skąd najczęściej czerpiesz informacje o POChP?



Leki wziewne

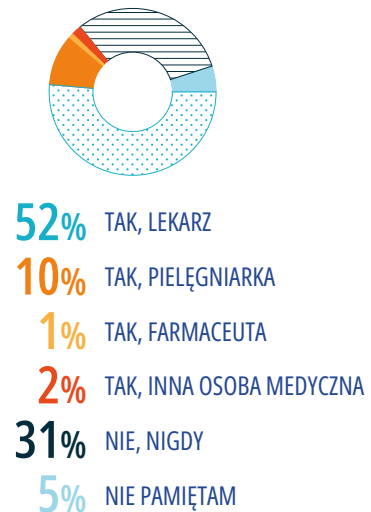
Wykres 19. Czy przyjmujesz leki wziewne przewlekłe?



Wykres 20. Czy wiesz, jak prawidłowo stosować leki wziewne?

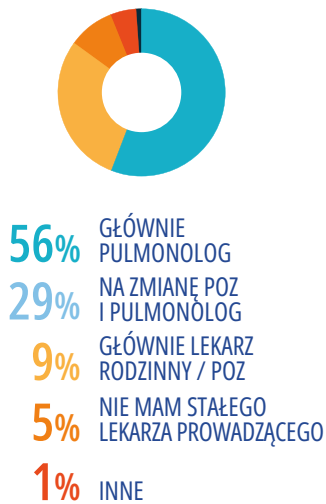


Wykres 21. Czy ktoś kiedykolwiek pokazał Ci sposób podania leku wziewnego i sprawdził, czy robisz to poprawnie?

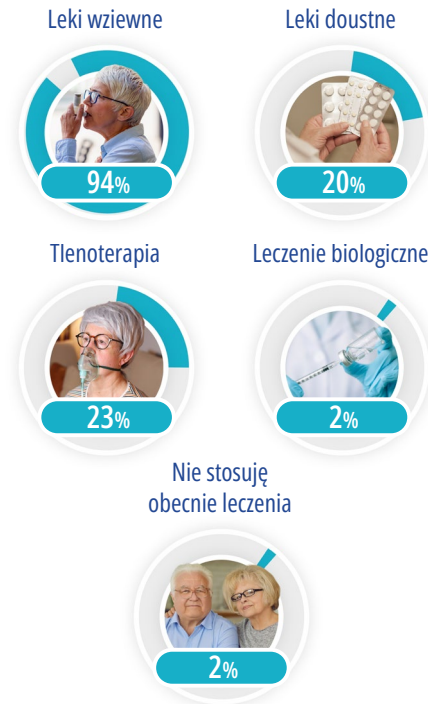


Leczenie i opieka

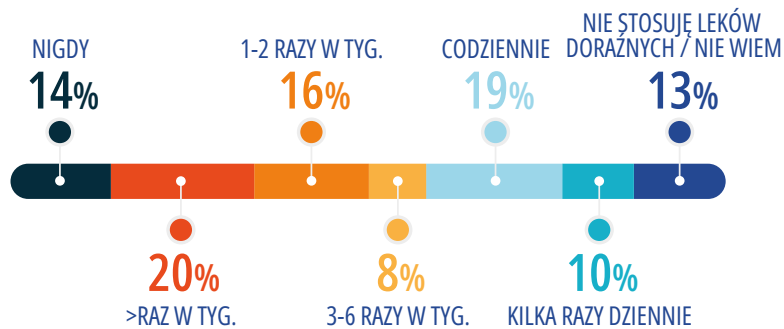
Wykres 22. Kto obecnie prowadzi Twoje leczenie POChP?



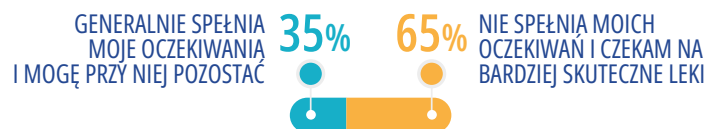
Wykres 23. Jaką terapię/terapię w leczeniu POChP obecnie Pani/Pan stosuje?



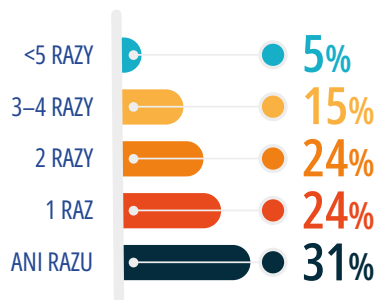
Wykres 24. Jak często w ostatnich miesiącach potrzebny był lek doraźny (ratunkowy/interwencyjny) w celu złagodzenia duszności lub nagłego pogorszenia oddychania?



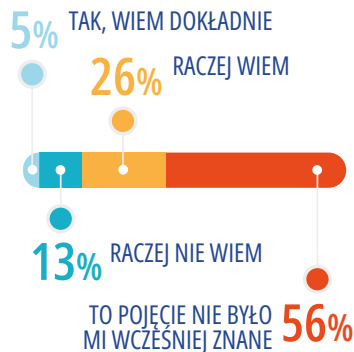
Wykres 25. Czy terapia, którą stosujesz:



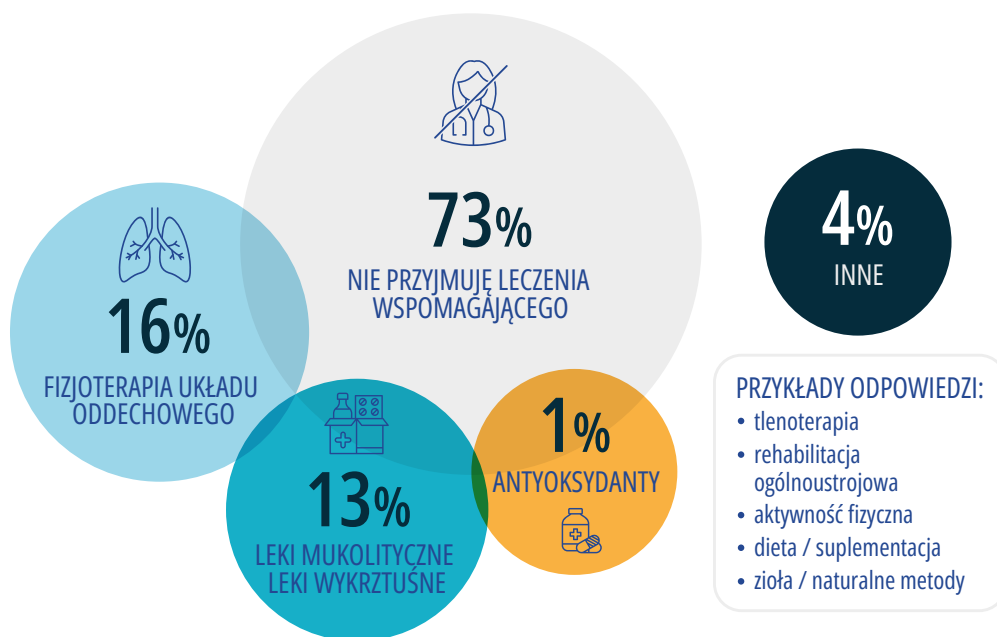
Wykres 26. Ile razy w ciągu ostatnich 12 miesięcy konieczne było przyjęcie antybiotyku z powodu infekcji dróg oddechowych (np. zapalenia oskrzeli, płuc lub nasilonego kaszlu z odkrztuszaniem plwociny)?



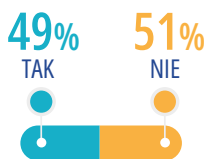
Wykres 27. Czy wiesz, czym różni się terapia podwójna od terapii potrójnej w leczeniu POChP?



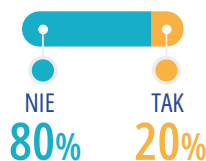
Rys. 1. Czy zalecono leczenie wspomagające – jeśli tak to jakie?



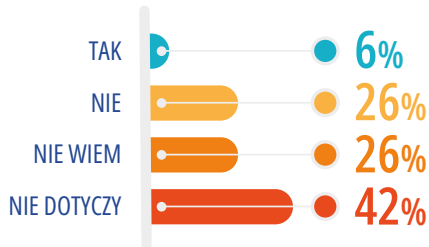
Wykres 28. Czy kiedykolwiek konieczna była hospitalizacja z powodu POChP?



Wykres 29. Czy znane są Pani/ Panu możliwości leczenia wspomagającego?



Wykres 30. Czy po wypisie ze szpitala zmieniono lub zintensyfikowano Twoje leczenie - z terapii podwójnej na terapię potrójną?



Wykres 32. Jak często masz kontrolę lekarską z powodu POChP?



Wykres 31. Czy Ty albo Twój lekarz rozważaliście leczenie biologiczne



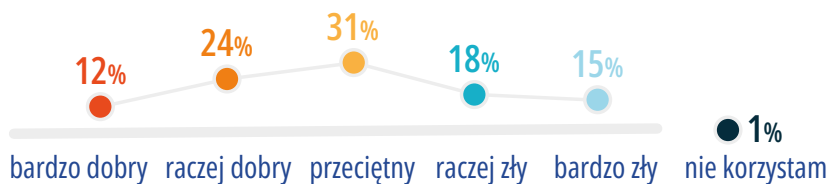
Wykres 33. Czy lekarz informował Cię, że leczenie POChP (np. terapia podwójna, potrójna) powinno być stosowane regularnie i przewlekłe, a jego samodzielne odstawianie może pogorszyć przebieg choroby?



Wykres 34. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wystąpiło zaostrzenie POChP wymagające dodatkowego leczenia (np. antybiotyku, sterydu lub pilnej wizyty u lekarza/SOR)?



Wykres 35. Jak oceniasz dostęp do pulmonologa w Twoim miejscu zamieszkania



Rys. 2. Co najczęściej utrudnia Ci regularne stosowanie leczenia?



Szczepienia przeciw grypie

Wykres 36. Czy w ostatnim sezonie przyjęto szczepienie przeciw grypie?

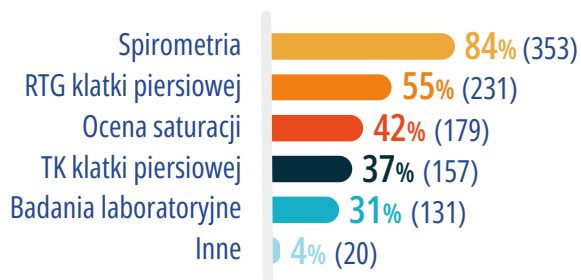


Wykres 37. Czy wiesz, że szczepienie przeciw grypie jest szczególnie ważne dla osób z POChP i może zmniejszać ryzyko zaostrzeń choroby oraz hospitalizacji?



Kontrola i monitorowanie

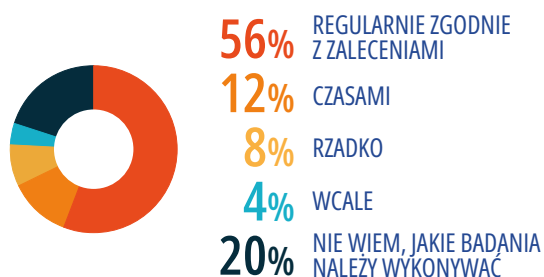
Wykres 38. Jakie badania kontrolne wykonujesz?



Wykres 39. Czy miałeś/aś spirometrię w ostatnich 12 miesiącach?



Wykres 40. Jak często wykonujesz badania kontrolne związane z POChP?



Wykres 41. Co najczęściej utrudnia Ci wykonywanie badań kontrolnych?



Palenie papierosów

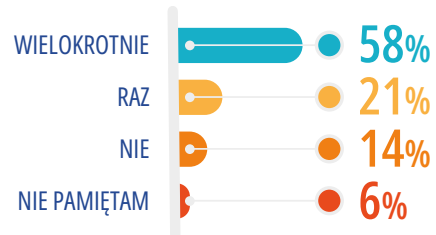
Wykres 42. Czy podejmowane były próby rzucenia palenia?



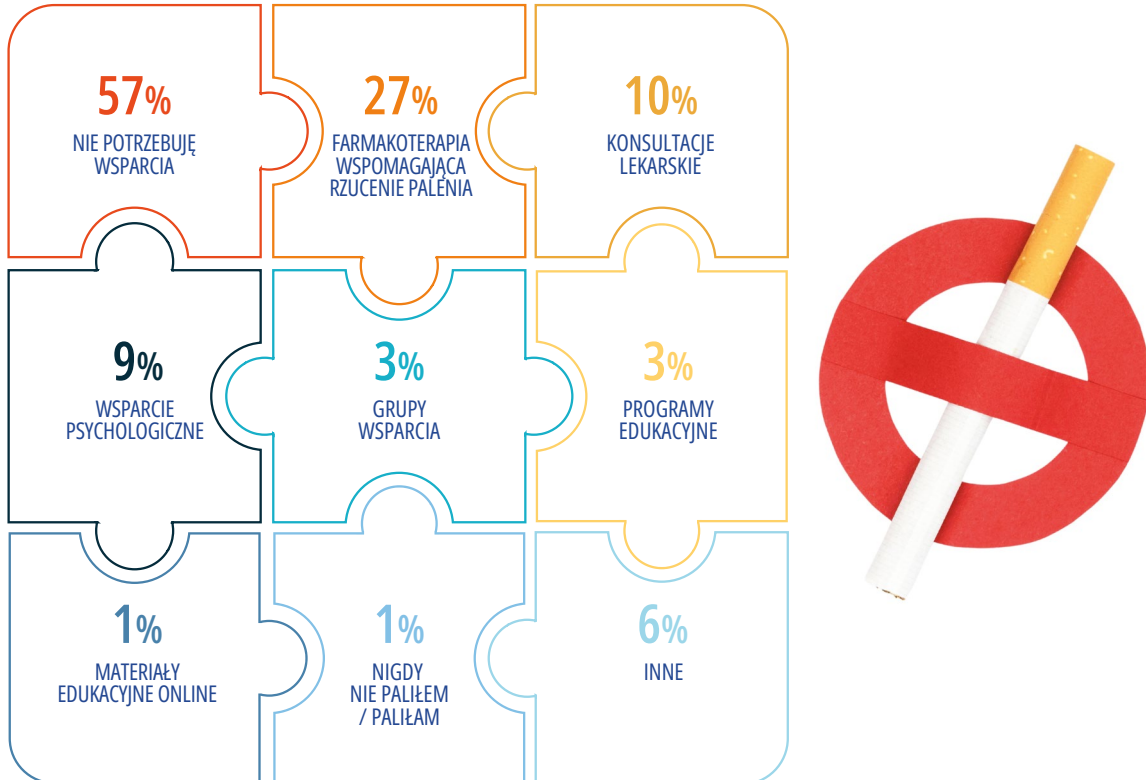
Wykres 43. Jaki jest Twój status dotyczący palenia papierosów?



Wykres 44. Czy lekarz kiedykolwiek rozmawiał z Tobą o wpływie palenia na POChP?



Rys. 3. Jakie wsparcie w zakresie rzucenia palenia byłoby pomocne?



Edukacja i potrzeby

Rys. 4. Co najbardziej pomogłoby Ci lepiej radzić sobie z POChP?



Rys. 5. Jaką formę edukacji preferujesz?

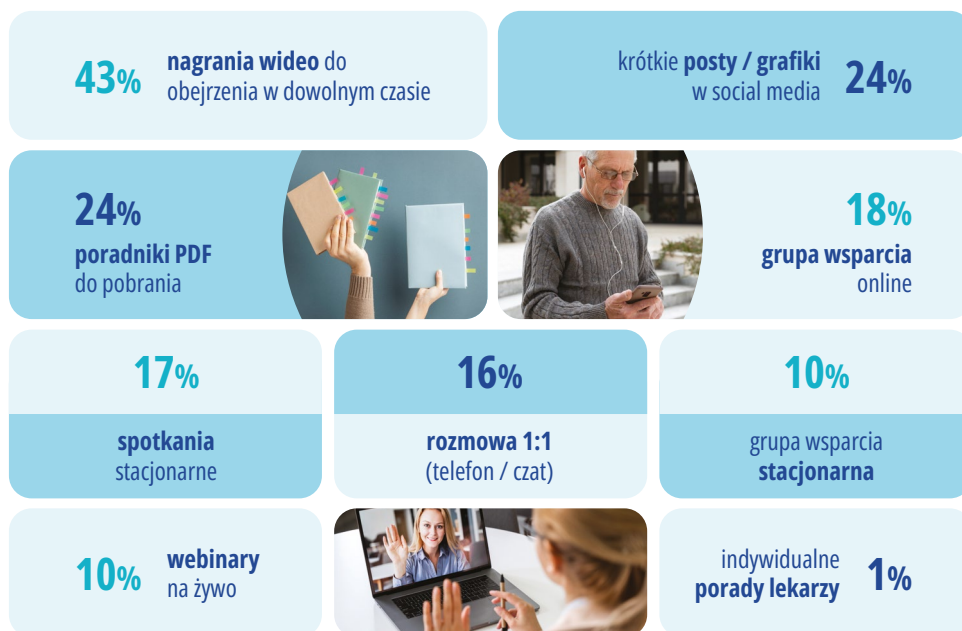
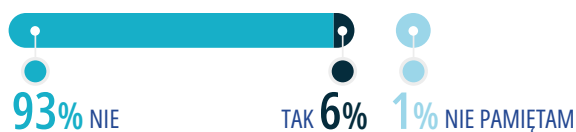


Tabela 1. W jakich obszarach chciałabyś/chciałbyś dowiedzieć się więcej?

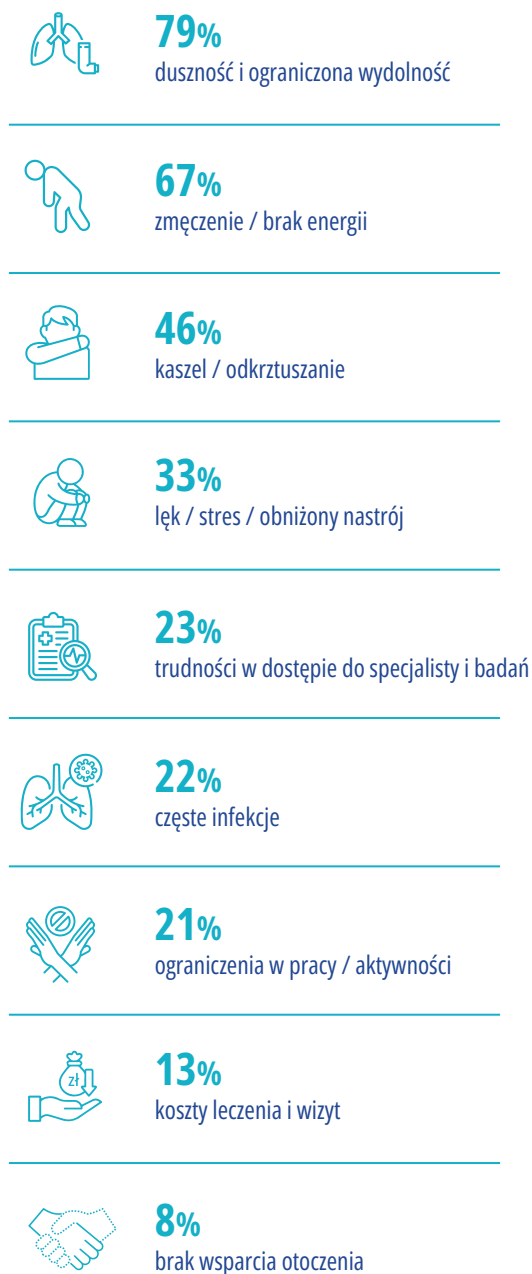
| | |
|------------|--|
| 71% | nowe metody leczenia POChP |
| 47% | duszność: jak sobie radzić w domu |
| 43% | leczenie biologiczne POChP |
| 34% | rehabilitacja oddechowa / ćwiczenia / aktywność |
| 33% | jak można wspierać zmniejszenie długości i częstości zaostrzeń choroby |
| 29% | jak działa leczenie wspomagające np. fizjoterapia układu oddechowego lub leczenie mukoaktywne/mukolityczne/antyoksydacyjne |
| 25% | jak rozpoznawać zaostrzenie i plan działania |
| 22% | czym jest POChP i jak postępuje choroba |
| 21% | tlenoterapia / sprzęt / wsparcie domowe |
| 18% | zdrowie psychiczne (lęk, spadek nastroju, izolacja) |
| 17% | dieta, masa ciała, osłabienie mięśni |
| 15% | jak działa leczenie wziewne i jak je stosować |
| 13% | życie codzienne, praca, podróże |
| 10% | formalności i prawa pacjenta |
| 9% | infekcje: jak zmniejszać ryzyko, szczepienia |

Wykres 45. Czy kiedykolwiek uczestniczyłeś/aś w edukacji dla pacjentów z POChP (np. szkolenie, webinar, spotkanie)?



Doświadczenia pacjenta

Rys 6. Z jakimi trudnościami najczęściej spotykasz się w życiu z POChP?



Wykres 46. Jak oceniasz jakość wsparcia, które otrzymujesz w systemie ochrony zdrowia w kontekście POChP?

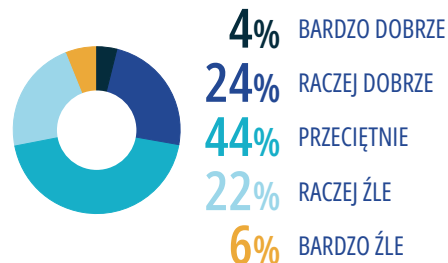


Tabela 2. Które elementy życia z POChP są dla Ciebie najbardziej niejasne?

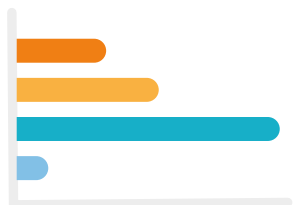
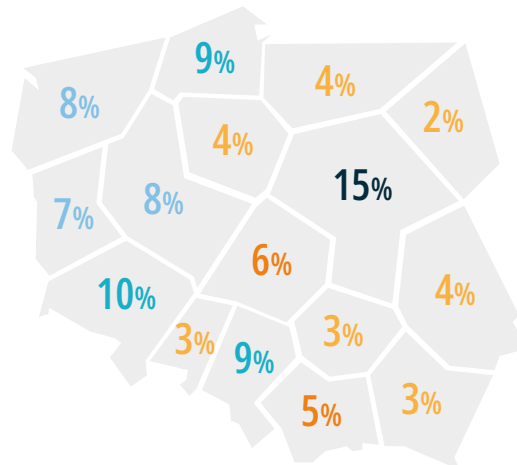
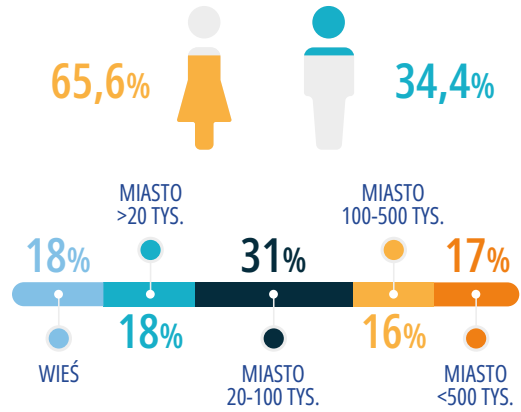
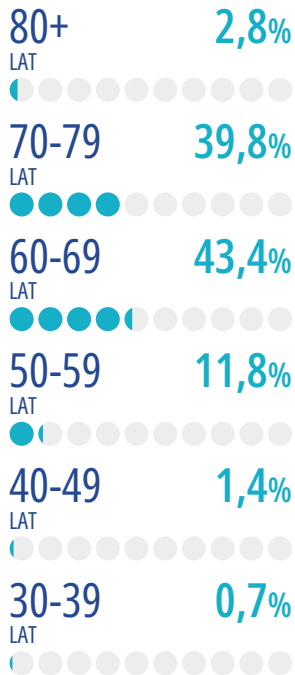
| | |
|------------|--|
| 43% | Jak rozpoznawać zaostrzenie i co wtedy robić |
| 34% | Aktywność fizyczna i rehabilitacja oddechowa |
| 28% | Kiedy zgłosić się do lekarza / SOR |
| 25% | Praca, codzienne funkcjonowanie i ograniczenia |
| 16% | Dieta / masa ciała |
| 15% | Tlenoterapia / saturacja |
| 14% | Schemat leczenia - podanie leku doraźnie |
| 13% | Prawidłowa technika podania leku wziewnego |
| 9% | Formalne wsparcie (zwolnienia, orzeczenia) |
| 8% | Profilaktyka infekcji (np. szczepienia) |

Rys. 7. Co zazwyczaj robisz, gdy objawy POChP nagle się nasilają?



Metryczka

442 ankietowanych



6% PODSTAWOWE
 50% ŚREDNIE
 27% ZASADNICZE ZAWODOWE
 17% WYŻSZE

| | |
|-----------------------|------------------------|
| 15% MAZOWIECKIE | 5% MAŁOPOLSKIE |
| 10% DOLNOŚLĄSKIE | 4% LUBELSKIE |
| 9% ŚLĄSKIE | 4% WARMIŃSKO-MAZURSKIE |
| 9% POMORSKIE | 4% KUJAWSKO-POMORSKIE |
| 8% WIELKOPOLSKIE | 3% OPOLSKIE |
| 8% ZACHODNIOPOMORSKIE | 3% ŚWIĘTOKRZYSKIE |
| 7% LUBUSKIE | 3% PODKARPACKIE |
| 6% ŁÓDZKIE | 2% PODLASKIE |

BIBLIOGRAFIA

1. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2026, GOLD report https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2026/01/GOLD-REPORT-2026-v1.3-8Dec2025_WMV2.pdf
2. Definition and Nomenclature of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Time for Its Revision. *Am J Respir Crit Care Med* 2022; 206(11): 1317-25 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35914087>
3. Profilaktyka Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc, raport AOTMiT 2025, https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2025/RPT/25.06.04_RAPORT__zalec_tech_n_art_48aa_POChP_aktualizacja.pdf
4. POChP, palenie tytoniu i wapowanie, <https://gaapp.org/pl/diseases/copd/copd-and-smoking>
5. Wielopłaszczyznowe mechanizmy patogenezы POChP, <https://oddechzycia.pl/choroby-pulmonologiczne/pochp/od-dymu-tytoniowego-po-genetyke-wieloplaszczyznowe-mechanizmy-patogenezy-pochp/>
6. Secondhand Smoke Exposure and the Risk of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis (2023), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37309392/>
7. Association of electronic cigarette use and risk of COPD: a systematic review and meta-analysis, *Nature*, 2025, <https://www.nature.com/articles/s41533-025-00438-6>
8. Association between current e-cigarette use and chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis focusing on exclusive e-cigarette users, *Frontiers Public Health*, 2026 <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2026.1802572/full>
9. Evidence update on the respiratory health effects of vaping e-cigarettes: A systematic review and meta-analysis, 2025 <https://www.tobaccoinduceddiseases.org/Evidence-update-on-the-respiratory-health-effects-of-vaping-e-cigarettes-A-systematic%2C209954%2C0%2C2.html>
10. Systematic review: chronic obstructive pulmonary disease and construction workers, 2017, 10.1093/ocmed/kqx007
11. Program profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc , <https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny/program-profilaktyki-chorob-odtytoniowych>
12. Przewlekła obturacyjna choroba płuc — zanim wystąpią objawy, *Pneumologia Polska* 2026, https://journals.viamedica.pl/pneumonologia_polska/article/view/108934
13. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2026, GOLD report https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2026/01/GOLD-REPORT-2026-v1.3-8Dec2025_WMV2.pdf
14. Raport GOLD 2026 — aktualności, *Pneumologia Polska* 2026, https://journals.viamedica.pl/pneumonologia_polska/article/view/111837



Fundacja TO SIĘ LECZY
www.tosieleczy.pl