

Προαγωγή της Αυτοδιαχείρισης της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας στην Κοινότητα

Χαρίκλεια Σταθοπούλου,¹ Αγορίτσα Κουλούρη²

Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Abstract at the end of the article

¹Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc, Μεταπτυχιακή
Φοιτήτρια, Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
²Νοσηλεύτρια ΤΕ Ψυχικής Υγείας,
ΜSc, Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας, Σαλαμίνα

Υποβλήθηκε: 16.3.2010
Επανυποβλήθηκε: 13.5.2010
Εγκρίθηκε: 15.5.2010

Υπεύθυνη αλληλογραφίας:
Χαρίκλεια Σταθοπούλου
Μακεδονίας 105
185 45 Πειραιάς
Τηλ.: 210 46 10 050, 6974 847 797
e-mail: harastathopoulou@gmail.com
crstathop@med.uoa.gr

Εισαγωγή: Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) είναι ένα συχνό πρόβλημα, με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. **Σκοπός:** Σκοπός της ανασκόπησης ήταν η αποτύπωση των παρεμβάσεων προαγωγής της αυτοδιαχείρισης και η περιγραφή των παραγόντων που δρουν ενθαρρυντικά ή που εμποδίζουν τα προγράμματα αυτοδιαχείρισης της ΧΑΠ στην κοινότητα. **Υλικό-Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων Medline, CINAHL, PsycINFO, Scopus κατά το χρονικό διάστημα 1999–2009 με λέξεις-κλειδιά, όπως “COPD self management”, “self management interventions”, “self management programs”, “chronic disease management”, “patient outcomes”. **Αποτελέσματα:** Από τις μελέτες αναδείχθηκε η σημασία της κοινωνικής υποστήριξης, της επικοινωνίας με άλλους συν-ασθενείς και της υποστήριξης από την οικογένεια. Η καταθλιπτική διάθεση, η κόπωση, η δυσκολία στην τήρηση προγράμματος τακτικής άσκησης, η κοινωνική απομόνωση, η απουσία ελέγχου στη ζωή τους και η εξάρτηση από τους άλλους είναι μερικοί από τους παράγοντες που δρουν ως εμπόδιο στην αυτοδιαχείριση της νόσου. Ο νοσηλευτής συμμετέχει στην ομάδα προαγωγής της αυτοδιαχείρισης υποστηρίζοντας την εκμάθηση στρατηγικών για το χειρισμό και την εξοικείωση των ασθενών με ΧΑΠ με τη νόσο τους. Τα προγράμματα αυτοδιαχείρισης μπορούν να έχουν ως αποτέλεσμα λιγότερα επεισόδια επιδείνωσης της νόσου, μείωση του αριθμού των επισκέψεων σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), λιγότερες εισαγωγές στο νοσοκομείο και μείωση του αριθμού μη προγραμματισμένων επισκέψεων στον οικογενειακό ιατρό. **Συμπεράσματα:** Τα προγράμματα αυτοδιαχείρισης συμβάλλουν στη μείωση της συχνότητας των εισαγωγών στο νοσοκομείο και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Λέξεις ευρετηρίου: Αυτοδιαχείριση, εκπαίδευση ασθενών, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια

Εισαγωγή

Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) είναι μια νόσος που χαρακτηρίζεται από προοδευτική και χρόνια απόφραξη των αεραγωγών, ενώ διακρίνεται

από παθολογικές αλλοιώσεις στους πνεύμονες, και από συστηματικές επιδράσεις όπως αναιμία, απώλεια μυϊκής μάζας, οστεοπόρωση και κατάθλιψη.¹ Για την πρόκληση της ΧΑΠ ενοχοποιούνται παράγοντες κινδύνου, όπως είναι το κάπνισμα, η επαγγελματική έκθεση σε χημικές ουσίες και αέρια, η έκθεση στην ατμοσφαιρική και την οικιακή ρύπανση, καθώς και γενετικά αίτια (ανεπάρκεια α-1 αντιθρυψίνης).¹

Η ΧΑΠ αποτελεί σημαντικό πρόβλημα υγείας σε όλον τον κόσμο και έχει σοβαρές οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) εκτιμά ότι 210 εκατομμύρια άνθρωποι παγκόσμια πάσχουν από ΧΑΠ.² Παρά τις προσπάθειες πρόληψης, η νόσος παρουσιάζει αυξητικές τάσεις και προβλέπεται ότι το 2030 θα αποτελεί την 3η αιτία θανάτου, ακολουθώντας την ισχαιμική καρδιοπάθεια και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.³ Στην Ελλάδα, ο επιπολασμός της νόσου υπολογίστηκε σε 8,4% σε καπνιστές ηλικίας >35 ετών, 11,6% στους άνδρες και 4,8% στις γυναίκες.⁴

Λόγω της χρονιότητάς της, η νόσος επιφέρει σημαντική οικονομική και κοινωνική επιβάρυνση. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ με μελέτη των αρχείων ασφαλιστικών φορέων διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με ΧΑΠ έκαναν κατά 1,5 φορές μεγαλύτερη χρήση επειγουσών υπηρεσιών υγείας το διάστημα πριν από τη διάγνωση της νόσου.⁵ Το επιπλέον κόστος ανά ασθενή που αποδίδεται στη ΧΑΠ υπολογίστηκε σε 2.200–2.300 δολάρια.⁶ Σε πιο πρόσφατη μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με ΧΑΠ έκαναν σημαντικά μεγαλύτερη χρήση επειγουσών υπηρεσιών, έχρηζαν νοσηλείας και φαρμακευτικής αγωγής και το επιπλέον κόστος που αποδιδόταν στη νόσο έφθανε τα 6.300 δολάρια ανά ασθενή.⁷ Ακόμη, στη μελέτη των Kinnunen et al⁸ διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με ΧΑΠ έκαναν αυξημένη χρήση νοσοκομειακών υπηρεσιών, κυρίως προς το τέλος της ζωής τους.

Μία ακόμη επίπτωση της ΧΑΠ είναι η μείωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Σε μελέτες, όπως των Talley και Wicks,⁹ καθώς και των Ferreira et al¹⁰ η συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών βρέθηκε χαμηλή.

Η ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάζεται από διάφορες παραμέτρους, μεταξύ αυτών και από το βαθμό ελέγχου των συμπτωμάτων και τη σοβαρότητα της νόσου. Στην Ελλάδα, βρέθηκε συσχέτιση της χαμηλής ποιότητας ζωής με το προχωρημένο στάδιο της νόσου,¹¹ εύρημα που επιβεβαιώνεται και από τους Stahl et al.¹² Ο βαθμός ελέγχου των συμπτωμάτων της νόσου (π.χ. δύσπνοια, κόπωση, ανησυχία) προσδιόριζε την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΧΑΠ.^{13,14}

Η αυτοδιαχείριση των χρόνιων νοσημάτων έχει προ-

ταθεί ως ολιστική και ολοκληρωμένη προσέγγιση που μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη των υποτροπών και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.¹⁵ Η αυτοδιαχείριση αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει τα συμπτώματά του, τη θεραπεία του, τις συνέπειες της νόσου και τις αλλαγές στον τρόπο ζωής που επιβάλλει η χρόνια νόσος.¹⁶ Επίσης, περιλαμβάνει και τη διαχείριση των ψυχολογικών και κοινωνικών επιπτώσεων της χρόνιας νόσου.¹⁷

Η εκπαίδευση των ασθενών στην αυτοδιαχείριση της νόσου αποσκοπεί στην παροχή δεξιοτήτων ώστε να αυξηθεί η αυτεπάρκειά τους, δηλαδή η εμπιστοσύνη των ατόμων στην ικανότητά τους να πετύχουν τα επιθυμητά κλινικά αποτελέσματα.^{18,19}

Συναφείς με την έννοια της αυτοδιαχείρισης είναι οι έννοιες της αναπνευστικής αποκατάστασης και της εκπαίδευσης του ασθενούς. Καθώς υπάρχει περιθώριο για σύγχυση μεταξύ των εννοιών, θα ήταν χρήσιμο να αποσαφηνιστούν και να γίνει διάκριση μεταξύ τους.

Η αναπνευστική αποκατάσταση (*pulmonary rehabilitation*) αποσκοπεί στη βελτιστοποίηση της σωματικής και της κοινωνικής απόδοσης του ασθενούς, έχει ως θεμέλιο τη φυσική άσκηση και συμπληρώνεται από εκπαίδευση για τη νόσο.¹⁹ Αποτελεί αποτελεσματική προσέγγιση στη φροντίδα ασθενών με ΧΑΠ.²⁰

Μολονότι η αναπνευστική αποκατάσταση εστιάζει στην άσκηση, στην αυτοδιαχείριση, η έμφαση δίνεται στη διδασκαλία δεξιοτήτων π.χ. για την εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής ή την τροποποίηση συμπεριφοράς.²¹

Η εκπαίδευση στην αυτοδιαχείριση διαφέρει από την παραδοσιακή έννοια της εκπαίδευσης ασθενών (*patient education*) λόγω του γεγονότος ότι είναι ευρύτερη και επειδή επιδιώκει την ενεργό συμμετοχή του ατόμου.¹⁸

Σκοπός

Η παρούσα μελέτη είχε σκοπό την περιγραφή της έννοιας της αυτοδιαχείρισης, τη σύνοψη των παραγόντων διευκόλυνσης και των εμποδίων στην αυτοδιαχείριση της ΧΑΠ, την παρουσίαση των παρεμβάσεων προαγωγής της αυτοδιαχείρισης, καθώς και τη συνοπτική έκθεση των κύριων χαρακτηριστικών των πετυχημένων παρεμβάσεων.

Υλικό-Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων Medline, CINAHL, PsycINFO, Scopus για το χρονικό διάστημα 1999–2009 με χρήση των όρων αναζήτησης “COPD self management”, “self management

interventions”, “*self management programs*”, “*chronic disease management*”, “*patient outcomes*” και συνδυασμούς τους.

Επίσης, έγινε αναζήτηση προγραμμάτων αυτοδιαχείρισης για ασθενείς με ΧΑΠ στον ελληνικό χώρο. Η αναζήτηση βιβλιογραφίας εστίασε σε μελέτες παρέμβασης (τυχαίοποιημένες ή μη), οι οποίες στόχευαν στην προαγωγή της αυτοδιαχείρισης της ΧΑΠ, ενώ αποκλείστηκαν μελέτες που αφορούσαν σε αναπνευστική αποκατάσταση και εκπαίδευση ασθενών.

Αποτελέσματα

Παράγοντες που διευκολύνουν ή εμποδίζουν την αυτοδιαχείριση

Αρκετές μελέτες εστιάζουν στον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς βιώνουν την εμπειρία της χρόνιας νόσου. Η κατανόηση των συμπεριφορών που σχετίζονται με την αυτοδιαχείριση της νόσου είναι σημαντική γιατί πάνω σε αυτή μπορεί να στηριχθεί η βελτιστοποίηση της υγείας²² και να σχεδιαστούν στοχευμένα προγράμματα προαγωγής της υγείας.

Οι Cicuto et al²² πραγματοποίησαν ομαδικές συνευτεύξεις (focus groups) σε 42 ασθενείς με ΧΑΠ, με σκοπό την κατανόηση των συμπεριφορών αυτοφροντίδας. Στην εν λόγω μελέτη αναδείχθηκε η σημασία της κοινωνικής υποστήριξης και ειδικά της υποστήριξης από την οικογένεια και άλλους. Ειδικότερα, οι ασθενείς θεωρούσαν ότι η υποστήριξη από την οικογένειά τους παρείχε το «κίνητρο για να ζήσουν» ενώ η επικοινωνία με άλλους ασθενείς με τους οποίους αντιμετώπιζαν κοινά προβλήματα υγείας, τους βοηθούσε να κινητοποιηθούν περισσότερο.

Η κόπωση, η κατάθλιψη, η δυσκολία στην τήρηση προγράμματος τακτικής άσκησης, η εξάντληση, η κοινωνική απομόνωση, η απουσία ελέγχου στη ζωή τους και η ανάγκη εξάρτησης από τους άλλους, καθώς και η προσπάθεια να αποκρύπτουν τα συμπτώματα της νόσου έτσι ώστε να ομοιάζουν όσο πιο «φυσιολογικοί» γίνεται, αποτελούν κοινά βιώματα των ασθενών με ΧΑΠ.^{23–25}

Ο ρόλος των ψυχολογικών χαρακτηριστικών στην αυτοδιαχείριση της ΧΑΠ διερευνήθηκε από τους Dowson et al,²⁶ οι οποίοι συμπέραναν ότι η κατάθλιψη, η εξάρτηση από το οινόπνευμα και η μειωμένη αίσθηση ελέγχου σχετικά με τη νόσο αποτελούν παράγοντες που αναστέλλουν την αυτοδιαχείριση. Επίσης, ασθενείς οι οποίοι εκδήλωναν κρίσεις πανικού, ενώ επεδείκνυαν καλές γνώσεις αυτοδιαχείρισης, εντούτοις αδυνατούσαν να τις εφαρμόσουν κάτω από συνθήκες σοβαρής παρόξυνσης.

Ο ιδιαίτερα σημαντικός ρόλος της υποστήριξης από

την οικογένεια αναδείχθηκε και από τους Καζιζκσι και Alberto,²⁷ στη μελέτη των οποίων διαπιστώθηκε μέτρια αλλά στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ υποστήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον και συμπεριφοράς αυτοφροντίδας, αλλά και μέτρια προς ισχυρή συσχέτιση μεταξύ οικογενειακής υποστήριξης και αυτοαποτελεσματικότητας.

Επιπρόσθετα, η εκπαίδευση βρέθηκε να αποτελεί παράγοντα που ενισχύει την αυτοαποτελεσματικότητα των ασθενών με ΧΑΠ. Η παροχή οργανωμένου εκπαιδευτικού προγράμματος για ασθενείς με ΧΑΠ ενίσχυσε σημαντικά την αυτοαποτελεσματικότητά τους σε σχέση με τη διαχείριση ή την αποφυγή της αναπνευστικής δυσχέρειας. Το πρόγραμμα περιελάμβανε γνώσεις σχετικά με τη νόσο, διατροφικές συμβουλές, αναπνευστικές ασκήσεις, σεξουαλική συμβουλευτική, αναγνώριση και πρόληψη υποτροπών, καθώς και ενημέρωση για τη διαθεσιμότητα υποστηρικτικών φορέων.^{27,28}

Οι παράγοντες που διευκολύνουν ή παρεμποδίζουν την αυτοδιαχείριση της νόσου συνοψίζονται στον πίνακα 1.

Προγράμματα αυτοδιαχείρισης της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας

Στη διεθνή βιβλιογραφία, λόγω του έντονου ενδιαφέροντος για τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, και ειδικά της ΧΑΠ, υπάρχει πληθώρα μελετών που αναφέρονται σε προγράμματα με αντικείμενο την αυτοδιαχείριση. Τα προγράμματα διακρίνονται από μεγάλη ποικιλία ως προς το σχεδιασμό, τους στόχους και τα αποτελέσματα, παρόλα αυτά επιτυγχάνουν μείωση της συχνότητας των

Πίνακας 1. Παράγοντες που επηρεάζουν την αυτοδιαχείριση της ΧΑΠ.

Παράγοντες διευκόλυνσης
Υποστήριξη από την οικογένεια
Υποστήριξη από άλλους ασθενείς
Υποστήριξη από επαγγελματίες υγείας – πληροφόρηση – συμμετοχή
Διατήρηση καλής ψυχολογικής κατάστασης
Εκπαίδευση – παροχή γνώσης
Εμπόδια
Δυσκολία τήρησης προγράμματος άσκησης
Κατάθλιψη
Κρίσεις πανικού
Μειωμένη αίσθηση ελέγχου σχετικά με τη νόσο
Εξάρτηση από οινόπνευμα
Εξάρτηση από τη βοήθεια άλλων ατόμων

εισαγωγών στο νοσοκομείο και βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.²⁹

Μία από τις πρώτες μελέτες σχετικά με την αυτοδι-αχείριση της ΧΑΠ έγινε στη Νορβηγία.³⁰ Πρόκειται για τυχαίοποιημένη μελέτη ελέγχου με τη συμμετοχή 140 ασθενών με άσθμα και ΧΑΠ. Η παρέμβαση συνίστατο σε δύο ομαδικές και δύο ατομικές συνεδρίες διδασκαλίας από ιατρό, φαρμακοποιό, νοσηλεύτη και φυσικοθεραπευτή. Η εκπαίδευση περιελάμβανε βασικά στοιχεία για τη νόσο και τη φαρμακευτική αγωγή, επεξήγηση των συνεπειών του καπνίσματος και ενίσχυση για τη διακοπή του, επίδειξη αναπνευστικών ασκήσεων και σωματική άσκηση. Το πλάνο φροντίδας εξατομικεύτηκε με βάση τις ανάγκες των ασθενών και επίσης, οι ασθενείς τηρούσαν ημερολόγιο σχετικά με την αναπνευστική τους λειτουργία, ώστε να αντιλαμβάνονται οι ίδιοι την πρόοδό τους. Μετά το πέρας του προγράμματος, η παρακολούθηση των ασθενών ανατέθηκε στους γενικούς-οικογενειακούς ιατρούς τους για διάστημα 12 μηνών. Από τη μελέτη αυτή προέκυψε ότι οι ασθενείς με ΧΑΠ δε βελτίωσαν την ποιότητα ζωής τους, σε αντίθεση με τους ασθενείς με άσθμα.

Επιπρόσθετα, η Gallefoss³¹ επεσήμανε ότι οι ασθενείς με ΧΑΠ που συμμετείχαν στην παρέμβαση, παρότι δε βελτίωσαν την ποιότητα ζωής τους, εντούτοις παρουσίασαν βελτίωση σε άλλες παραμέτρους, όπως ήταν η μείωση στη χρήση επείγουσας φαρμακευτικής αγωγής, η ελάττωση του αριθμού των επισκέψεων στο γενικό-οικογενειακό ιατρό, η μείωση του κόστους φροντίδας και η αύξηση της ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα.

Στον Καναδά διεξήχθη πολυκεντρική τυχαίοποιημένη μελέτη ελέγχου σε 7 κέντρα με συμμετοχή 190 ασθενών.²¹ Στην ομάδα παρέμβασης εφαρμόστηκε πρόγραμμα αυτο-διαχείρισης της νόσου ("living well with COPD"), διάρκειας 8 εβδομάδων, με κατ' οίκον διδασκαλία μίας ώρας, μία φορά την εβδομάδα από εκπαιδευμένο επαγγελματία υγείας (νοσηλεύτη, φυσικοθεραπευτή) σε συνεργασία με το θεράποντα ιατρό. Επίσης, υπήρξε περίοδος τακτικής τηλεφωνικής παρακολούθησης. Το πρόγραμμα πλαισιωνόταν από έντυπο πληροφοριακό υλικό και κάλυπτε 7 τομείς δεξιοτήτων: Έλεγχο συμπτωμάτων με τεχνικές αναπνοής, χρήση πλάνου για αντιμετώπιση παροξύνσεων, υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών (π.χ. διακοπή καπνίσματος, διατροφή), δραστηριότητες αναψυχής, οξυγονοθεραπεία, πρόγραμμα σωματικής άσκησης. Στο διάστημα 12μηνων παρακολούθησης μετά την παρέμβαση, παρατηρήθηκε ότι η ομάδα παρέμβασης είχε λιγότερες παροξύνσεις ΧΑΠ και λιγότερες εισαγωγές στο νοσοκομείο. Επίσης, στην ομάδα παρέμβασης σημειώθηκε μείωση στον αριθμό των επισκέψεων σε Τμήματα Επείγοντων Περιστατικών (ΤΕΠ)

και στον αριθμό των μη προγραμματισμένων επισκέψεων σε οικογενειακό ιατρό.

Μία ακόμη τυχαίοποιημένη μελέτη ελέγχου πραγματοποιήθηκε στη Νέα Ζηλανδία σε δείγμα 26 ασθενών με ΧΑΠ στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).³² Οι ασθενείς παρακολούθησαν πρόγραμμα διαχείρισης της νόσου που περιελάμβανε θέσπιση πλάνου φροντίδας με καθορισμό των διαστημάτων για περιοδικό έλεγχο υγείας και καθορισμό σκοπών σχετικά με την τροποποίηση του τρόπου ζωής που οι ασθενείς έπρεπε να επιφέρουν. Επίσης, έγινε εκπαίδευση για διαχείριση παροξύνσεων, διακοπή καπνίσματος, χρήση φαρμάκων και εμβολιασμοί. Οι ασθενείς είχαν τακτική επαφή με γενικό-οικογενειακό ιατρό και νοσηλεύτη ΠΦΥ και δέχονταν κατ' οίκον επίσκεψη μετά από κάθε εισαγωγή στο νοσοκομείο για παρόξυνση της νόσου. Μετά από 12 μήνες, η ομάδα παρέμβασης είχε σημειώσει μείωση του αριθμού των εισαγωγών στο νοσοκομείο για παρόξυνση της νόσου, είχε διακόψει το κάπνισμα σε σημαντικό ποσοστό και εμφάνισε βελτίωση στην αναπνευστική λειτουργία. Καθοριστικά στοιχεία του προγράμματος ήταν η ενεργητική συμμετοχή των ασθενών, η θέσπιση σαφών στόχων για επίτευξή τους από τους ασθενείς, η συνεπής και απρόσκοπτη επικοινωνία με τα μέλη της ομάδας ΠΦΥ και η διεπιστημονική συνεργασία.

Οι Casas et al³³ εφάρμοσαν πρόγραμμα ολοκληρωμένης φροντίδας (integrated care) σε 155 ασθενείς με ΧΑΠ στην Ισπανία και το Βέλγιο, οι οποίοι είχαν εισαχθεί στο νοσοκομείο για παρόξυνση ΧΑΠ. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε ομάδα παρέμβασης και ομάδα ελέγχου με τυχαίο τρόπο. Η παρέμβαση άρχισε λίγο πριν την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο, συνεχίστηκε στο πλαίσιο της ΠΦΥ και είχε τα εξής χαρακτηριστικά:

- Πλήρη κλινική και κοινωνική αξιολόγηση του ασθενούς
- Κατάρτιση εξατομικευμένου προγράμματος φροντίδας βασισμένου σε διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, με συμμετοχή όλων των μελών της ομάδας ΠΦΥ
- Επικοινωνία ασθενών, οικογενειών και μελών της ομάδας ΠΦΥ με εξειδικευμένο νοσηλεύτη μέσω διαδικτυακού τηλεφωνικού κέντρου
- Εκπαιδευτικό πρόγραμμα για ασθενείς, το οποίο είχε δίωρη διάρκεια και αφορούσε σε θέματα όπως βασικά στοιχεία για τη νόσο, οδηγίες για την εφαρμογή της θεραπείας, ενδυνάμωση για αυτοδιαχείριση και στρατηγικές χειρισμού μελλοντικών παροξύνσεων.

Όλοι οι ασθενείς διατηρούσαν τηλεφωνική επικοινωνία με νοσηλεύτη και είχαν τη δυνατότητα να κανονίζουν μη προγραμματισμένες επισκέψεις από την ομάδα ΠΦΥ,

ανάλογα με τις ανάγκες τους. Στη 12μηνη περίοδο παρακολούθησης μετά από την παρέμβαση, διαπιστώθηκε ότι η ομάδα παρέμβασης εμφάνισε μικρότερο αριθμό εισαγωγών στο νοσοκομείο, ενώ δεν προέκυψαν σημαντικές διαφορές ως προς τη χρήση επειγουσών ή προγραμματισμένων υπηρεσιών υγείας.

Οι McGeogh et al³⁴ διερεύνησαν την αποτελεσματικότητα της χρήσης σχεδίων αυτοδιαχείρισης για την αντιμετώπιση παροξύνσεων ΧΑΠ στο πλαίσιο της ΠΦΥ στη Νέα Ζηλανδία. Πρόκειται για τυχαίοποιημένη μελέτη ελέγχου. Η ομάδα παρέμβασης έλαβε ατομική διδασκαλία για την αναγνώριση μιας παρόξυνσης ΧΑΠ, τη λήψη μέτρων όπως έναρξη αντιβιοτικών και κορτικοειδών με πρωτοβουλία των ασθενών και την αναγνώριση καταστάσεων για τις οποίες απαιτείται η αναζήτηση επείγουσας ιατρικής βοήθειας. Η διδασκαλία γινόταν σε δομή ΠΦΥ από νοσηλεύτη σε συνεργασία με ιατρό και συμπληρωνόταν από γραπτό ενημερωτικό υλικό, ενώ αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης με ειδικό εργαλείο. Μετά από 12μηνη περίοδο παρακολούθησης, η ομάδα παρέμβασης επέδειξε καλύτερη γνώση και ικανότητα αυτοδιαχείρισης, όμως δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ποιότητα ζωής, τη χρήση υπηρεσιών υγείας και τον αριθμό εισαγωγών.

Μια πιο πρόσφατη διαχρονική τυχαίοποιημένη μελέτη διεξήχθη στις ΗΠΑ με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις σε διαστήματα 2 μηνών, για ένα έτος. Οι 115 ασθενείς που συμμετείχαν χωρίστηκαν σε 3 ομάδες, με σκοπό την αξιολόγηση τριών τύπων προγραμμάτων αυτοδιαχείρισης σε ασθενείς με ΧΑΠ.³⁵

- *Πρόγραμμα αυτοδιαχείρισης της δύσπνοιας*, το οποίο περιελάμβανε (α) ατομική διδασκαλία διάρκειας 4 ωρών, (β) οδηγία για περπάτημα 20 min κατ'ελάχιστο μέσα στο σπίτι, 4 φορές την ημέρα και (γ) τηλεφωνική παρακολούθηση από νοσηλεύτη 2 φορές την εβδομάδα. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα περιελάμβανε: Παράγοντες που επιδεινώνουν τη δύσπνοια, αναγνώριση και ενίσχυση των στρατηγικών αντιμετώπισης της δύσπνοιας που χρησιμοποιούσε ο ασθενής, έγκαιρη αναγνώριση εξάρσεων, οφέλη της βάδισης μέσα στο σπίτι και ενσωμάτωση της άσκησης στην καθημερινή ζωή.
- *Πρόγραμμα αυτοδιαχείρισης της δύσπνοιας σε συνδυασμό με 4 συνεδρίες άσκησης σε διάδρομο*
- *Πρόγραμμα αυτοδιαχείρισης της δύσπνοιας σε συνδυασμό με 24 συνεδρίες άσκησης σε διάδρομο.*

Όλες οι ομάδες ανέφεραν μείωση της δύσπνοιας κατά την εκτέλεση δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής και καλύτερη λειτουργικότητα, ενώ οι ασθενείς που

παρακολούθησαν το πιο έντονο πρόγραμμα άσκησης είχαν μεγαλύτερη βελτίωση ως προς την εκδήλωση δύσπνοιας κατά την άσκηση.

Μια ακόμη παρέμβαση που είχε θετικά αποτελέσματα πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία σε δείγμα 52 ασθενών στο πλαίσιο της ΠΦΥ.³⁶ Οι ασθενείς δέχθηκαν δύο εκπαιδευτικές επισκέψεις κατ'οίκον από νοσηλεύτη. Στο 5μηνο διάστημα μετά από την παρέμβαση παρατηρήθηκε βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, αύξηση των γνώσεων τους και σημαντικό ποσοστό διακοπής καπνίσματος. Παρά τους σημαντικούς περιορισμούς της μελέτης (π.χ. δειγματοληψία ευκολίας, μη αντιμετώπιση πιθανού Hawthorne effect), είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον το περιεχόμενο του εκπαιδευτικού προγράμματος αυτοδιαχείρισης, το οποίο περιελάμβανε γνώσεις για τη διαχείριση και την πρόληψη παροξύνσεων, συμβουλές για διαχείριση και αναπροσαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής, εκτίμηση της τεχνικής αναπνοής, παροχή επανατροφοδότησης από το νοσηλεύτη και μέτρηση του κορεσμού με οξύμετρο πριν και μετά την άσκηση, ώστε να μπορούν να αντιληφθούν και οι ίδιοι οι ασθενείς τη διαφορά. Επίσης, δόθηκε διαιτητική συμβουλευτική και συμβουλευτική για διακοπή του καπνίσματος βασισμένη στο διαθεωρητικό μοντέλο.

Στον ελληνικό χώρο, μια σημαντική προσπάθεια στον τομέα της αυτοδιαχείρισης της ΧΑΠ από τους ασθενείς έγινε στη Μονάδα Τηλεϊατρικής του Νοσοκομείου «Σωτηρία», με συμμετοχή 18 ασθενών.³⁷ Το πρόγραμμα συνίστατο σε κατ'οίκον επισκέψεις από νοσηλεύτη, λήψη και καταγραφή ζωτικών σημείων με χρήση ειδικού εξοπλισμού και λογισμικού, εκπαίδευση ασθενούς στην αυτοδιαχείριση και παροχή εκπαιδευτικού υλικού. Μετά την πάροδο της 9μηνης εφαρμογής του προγράμματος, παρατηρήθηκε μείωση των εισαγωγών στο νοσοκομείο, ελάττωση των επισκέψεων στα επείγοντα, βελτίωση της ποιότητας ζωής και αύξηση των γνώσεων των ασθενών.

Κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας εντοπίστηκαν και παρεμβάσεις που υπήρξαν αναποτελεσματικές. Η εξέτασή τους θα βοηθούσε στην αποκάλυψη χαρακτηριστικών, τα οποία θα πρέπει να αποφευχθούν στο σχεδιασμό μελλοντικών παρεμβάσεων.

Οι Coultas et al³⁸ πραγματοποίησαν τυχαίοποιημένη μελέτη ελέγχου, στο πλαίσιο της ΠΦΥ, με συμμετοχή 217 ασθενών οι οποίοι τυχαίοποιήθηκαν σε 3 ομάδες (συνήθης φροντίδα, ιατρική διαχείριση υποβοηθούμενη από νοσηλεύτη και ολοκληρωμένη διαχείριση ασθενών υποβοηθούμενη από νοσηλεύτη, comprehensive management). Το πρόγραμμα περιελάμβανε μία επίσκεψη από το νοσηλεύτη, στη διάρκεια της οποίας πραγματοποιήθηκε η εκπαίδευση των ασθενών

ενώ στη διάρκεια της εξάμηνης περιόδου παρακολούθησης η επικοινωνία γινόταν τηλεφωνικά. Η παρέμβαση που εφαρμόστηκε δεν επέφερε βελτίωση ούτε στην κατάσταση υγείας των ασθενών, ούτε και στη χρήση υπηρεσιών υγείας, όμως, όπως επισημαίνουν, υπήρξε υποβάθμιση σε όλες τις κλίμακες αξιολόγησης ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία στην ομάδα που έλαβε τη συμβατική φροντίδα. Για το αποτέλεσμα ευθύνονται πιθανά μεθοδολογικά σφάλματα της μελέτης (π.χ. δεν ελήφθη υπόψη η συνύπαρξη και άλλων νοσημάτων που απαντώνται συχνά σε ασθενείς με ΧΑΠ, καθώς και η εγκατάλειψη του προγράμματος από ασθενείς που ήταν σε χειρότερη κατάσταση).

Ακόμη, οι Monnikhof et al³⁹ στην Ολλανδία εφαρμόσαν πρόγραμμα αυτοδιαχείρισης σε ασθενείς με ΧΑΠ, στο πλαίσιο τυχαίοποιημένης μελέτης ελέγχου (RCT), με συμμετοχή 248 ασθενών. Το πρόγραμμα αποτελείτο από 5 δίωρες ομαδικές συνεδρίες διδασκαλίας από νοσηλεύτη, με θέματα όπως είναι η διαχείριση συμπτωμάτων, η διαχείριση παροξύνσεων, οι αντιλήψεις σχετικά με τη νόσο, η διατήρηση ενέργειας και δυνάμεων, η διατροφή και στη συνέχεια ακολουθούσε πρόγραμμα φυσικής άσκησης υπό την καθοδήγηση φυσικοθεραπευτή. Μετά την παρέλευση της 12μηνης παρακολούθησης, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, ούτε ως προς τον έλεγχο των συμπτωμάτων, αν και παρατηρήθηκε μικρή αλλά όχι στατιστικά σημαντική αύξηση της αυτοπεποίθησης των ασθενών της ομάδας παρέμβασης. Επίσης, η ομάδα παρέμβασης εκδήλωσε πολύ μικρότερη συχνότητα παροξύνσεων. Σε ό,τι αφορά στους περιορισμούς της μελέτης, οι συγγραφείς επισήμαναν την αρχική (baseline) καλή κατάσταση υγείας και τη σχετικά υψηλή ποιότητα ζωής των ασθενών, γεγονότα που δεν επέτρεψαν μεγάλο περιθώριο για βελτίωση. Επίσης, επεσήμαναν την πιθανή αδυναμία του εργαλείου αξιολόγησης που χρησιμοποιήθηκε ως προς τον εντοπισμό μικρών αλλαγών στην αυτοδιαχείριση.

Χαρακτηριστικά επιτυχημένων παρεμβάσεων – κριτήρια αξιολόγησης

Τα χαρακτηριστικά των επιτυχημένων προγραμμάτων, όπως προκύπτουν από τη βιβλιογραφία, συνοψίζονται στον πίνακα 2.

Τα κριτήρια με βάση τα οποία μπορούν να αξιολογηθούν τα προγράμματα προαγωγής της αυτοδιαχείρισης είναι τα εξής:²⁹

- Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία
- Έλεγχος συμπτωμάτων
- Αριθμός και σοβαρότητα παροξύνσεων

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά πετυχημένων προγραμμάτων αυτοδιαχείρισης για ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ).

Διεπιστημονική συνεργασία – παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας
Συνεχής επαφή με την ομάδα παροχής υπηρεσιών υγείας
Ολοκληρωμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης (ποικιλία δεξιοτήτων)
Υποστήριξη εκπαίδευσης με πληροφοριακό υλικό για ασθενείς
Χρήση σχεδίων αναγνώρισης και διαχείρισης παροξύνσεων
Αξιολόγηση αποτελεσμάτων της εκπαίδευσης
Ενίσχυση στρατηγικών αντιμετώπισης της νόσου που ήδη χρησιμοποιεί ο ασθενής
Επανάληψη διδασκαλίας σε τακτά διαστήματα
Συζήτηση για τρόπους ενσωμάτωσης της άσκησης στη ζωή του ασθενούς
Συνδυασμός εκπαίδευσης και σωματικής άσκησης
Συμβουλευτική για διακοπή καπνίσματος
Ευαισθητοποίηση στην ανάγκη συνειδητοποίησης της συνήθους αναπνευστικής λειτουργίας
Τήρηση ημερολογίου αναπνευστικής λειτουργίας
Συντονισμός της φροντίδας μεταξύ πρωτοβάθμιων και τριτοβάθμιων υπηρεσιών
Θέσπιση σαφών στόχων για επίτευξή τους από τους ασθενείς
Ανάπτυξη καλής σχέσης ασθενούς – μελών ομάδας φροντίδας υγείας

- Χρήση επείγουσας φαρμακευτικής αγωγής – έναρξη από του στόματος κορτικοειδών και αντιβιοτικών
- Εισαγωγές στο νοσοκομείο
- Επισκέψεις στα επείγοντα ιατρεία και χρήση λοιπών υπηρεσιών υγείας
- Απώλεια ημερών εργασίας
- Αναπνευστική λειτουργία
- Ικανότητα άσκησης.

Ο νοσηλεύτης ως μέλος της ομάδας εκπαίδευσης σε ασθενείς με χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια

Η διεπιστημονική ομάδα εκπαίδευσης που οργανώνει και εκτελεί τα προγράμματα παρέμβασης στην κοινότητα αποτελείται από ιατρό, νοσηλεύτη και φυσικοθεραπευτή, οι οποίοι πραγματοποιούν τις κατ' οίκον επισκέψεις και παρεμβάσεις.^{21,33}

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στην περίθαλψη, στην προαγωγή της υγείας, την εκπαίδευση και την κατάρτιση των ασθενών μέσα από στοχευμένα κατ' οίκον προγράμματα.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα

διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι ασθενείς με ΧΑΠ είχαν πολύ περιορισμένη γνώση για να είναι σε θέση να διαχειρίζονται τα προβλήματα της καθημερινότητάς τους που σχετίζονταν με τη νόσο τους. Οι νοσηλευτές που παρέχουν ΠΦΥ χρειάζεται να δραστηριοποιηθούν για την ευρύτερη εκπαίδευση και την υποστήριξη των ατόμων με ΧΑΠ, ώστε αυτά να καταστούν ικανά να διαχειρίζονται τα προβλήματα που ανακύπτουν από τη νόσο τους.⁴⁰

Ο νοσηλευτής μπορεί να παρέχει προληπτική φροντίδα υγείας, να σχεδιάζει, να εκτελεί και να αξιολογεί τις προτεινόμενες από την ομάδα ενέργειες, να εξατομικεύει και να προσαρμόζει το πρόγραμμα εκπαίδευσης και το αρχικό πλάνο φροντίδας.

Ο νοσηλευτής εφαρμόζει το πρόγραμμα παρέμβασης, το οποίο έχει στόχο την εκπαίδευση σε δεξιότητες αυτοφροντίδας, την προαγωγή της αυτοδιαχείρισης και την ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης.

Συμπεράσματα

Τα προγράμματα αυτοδιαχείρισης για ασθενείς με ΧΑΠ ενδεχομένως να συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Παρόλα αυτά, η μεγάλη ετερογένεια των παρεμβάσεων αναφορικά με τους υπό μελέτη πληθυσμούς, την παρακολούθηση και τα αξιολογούμενα αποτελέσματα, δεν επιτρέπει τη διατύπωση σαφών προτάσεων και κατευθύνσεων σχετικά με τη μορφή και το περιεχόμενο των προγραμμάτων.²⁹ Απαιτείται προσεκτικός σχεδιασμός, διεπιστημονική συνεργασία, συνεχής επαφή με τους ασθενείς και κυρίως, κινητοποίησή τους για ενεργό συμμετοχή στα προγράμματα ώστε να αξιοποιηθούν τα θετικά αποτελέσματα των προγραμμάτων αυτοδιαχείρισης.

Ο ρόλος του νοσηλευτή ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας είναι σημαντικός γιατί συμβάλλει στην υποστήριξη και την εκπαίδευση των ασθενών, ενώ προάγει την ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτοφροντίδας.

ABSTRACT

Promotion of Self Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in the Community

Hariklia Stathopoulou,¹ Agoritsa Koulouri²

¹MSc, RN, Graduate Program in Health Promotion and Education, National and Kapodistrian University of Athens, Athens,

²MSc "Primary Health Care", RN in Psychiatric Nursing, Health Center Salamina, Salamina, Greece

Background: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is an increasingly prevalent disease, characterized by severe morbidity and mortality. The chronic nature of the disease accounts for its significant socioeconomic burden. It impairs the health related quality of life of patients to a degree that depends on the stage of the disease and the management of the symptoms.

Aim: The aim of this literature review was to examine the most relevant interventions for the promotion of self management in patients with COPD, and to describe the facilitating factors and the obstacles to effective self management of COPD in the primary health care setting. **Method:** A literature review in the electronic databases Medline, CINAHL, PsycINFO, Scopus was carried out, covering the years 1999–2009, using the keywords: COPD self management, self management interventions, self management programmes, chronic disease management, patient outcomes. **Results:** Factors that have been found to facilitate COPD self management include social support, communication with other patients, and family support. Depression, fatigue, difficulty in performing regular physical exercise, social isolation, lack of control over their lives and dependence upon other people for performance of daily living activities were the main barriers to self management in patients with COPD. Nurses can promote COPD self management by providing support for patients in coping with their disease and managing their symptoms.

Conclusions: Self management aims to improve the ability of patients with COPD to manage their symptoms and treatment, to cope with the social and psychological impact of their disease and to implement the changes in lifestyle that the disease imposes. Self management programmes can contribute to decreasing the frequency of hospitalization and improving the quality of life of patients with COPD. *NOSILEFTIKI* 2010, 49 (2): 148-156.

Key-words: chronic obstructive pulmonary disease, patient education, primary care, self management

✉ **Corresponding Author:** Hariklia Stathopoulou, 105 Makedonias street, GR-185 45 Peiraias, Greece, tel.: +30 210 46 10 050, +30 6974 847 797, e-mail: harastathopoulou@gmail.com; crstathop@med.uoa.gr

Βιβλιογραφία

- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD, 2008. Available at: <http://www.goldcopd.org> (accessed 1.2.2009)
- World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) – Fact sheet no 315. WHO, Geneva, 2008. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315> (accessed 1.2.2009)
- World Health Organization. World Health Statistics 2008. WHO. Available at <http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.html> (accessed 1.2.2009)
- Tzanakis N, Anagnostopoulou U, Filaditaki V, Christaki P, Siafakas N; COPD group of the Hellenic Thoracic Society. Prevalence of COPD in Greece. *Chest* 2004, 125:892–900
- Akazawa M, Halpern R, Riedel AA, Stanford RH, Dalal A, Blanchette CM. Economic burden prior to COPD diagnosis: A matched case-control study in the United States. *Respir Med* 2008, 102:1744–1752
- Marton JP, Boulanger L, Friedman M, Dixon D, Wilson J, Menzin J. Assessing the costs of chronic obstructive pulmonary disease: The state medicaid perspective. *Respir Med* 2006, 100:996–1005
- Menzin J, Boulanger L, Marton J, Guadagno L, Dastani H, Dirani R et al. The economic burden of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in a US Medicare population. *Respir Med* 2008, 102:1248–1256
- Kinnunen T, Säynäjäkangas O, Keistinen T. The COPD-induced hospitalization burden from first admission to death. *Respir Med* 2007, 101:294–299
- Talley CH, Wicks MN. A pilot study of the self-reported quality of life for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart Lung* 2009, 38:141–150
- Sant'Anna CA, Stelmach R, Zanetti Feltrin MI, Filho W, Chiba T, Cukier A. Evaluation of health-related quality of life in low-income patients with COPD receiving long-term oxygen therapy. *Chest* 2003, 123:136–141
- Efremidis G, Manolis A, Spiropoulos K. Global initiative for chronic obstructive pulmonary disease statement and health-related quality of life. *Clinical Pulmonary Medicine* 2005, 12:333–336
- Ståhl E, Lindberg A, Jansson S, Rönmark E, Svensson K, Andersson F et al. Health-related quality of life is related to COPD disease severity. *Health Qual Life Outcomes* 2005, 3:56
- Hu J, Meek P. Health-related quality of life in individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart and Lung* 2005, 34:415–422
- Nguyen HQ, Donesky-Cuenco D, Carrieri-Kohlman V. Associations between symptoms, functioning, and perceptions of mastery with global self-rated health in patients with COPD: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2008, 45:1355–1365
- Willison KD, Andrews GJ. The potential of public health to enhance chronic disease management. *Public Health* 2005, 119:1130–1132
- Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Educ Couns* 2002, 48:117–187
- Newman S, Steed L, Mulligan K. Self-management interventions for chronic illness. *Lancet* 2004, 364:1523–1537
- Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002, 288:2469–2475
- Lorig K. Self-management education. More than a nice extra. *Med Care* 2003, 41:699–701
- Lacasse Y, Goldstein R, Lasserson TJ, Martin S. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006, 4:CD003793
- Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beaudré A, Bégin R et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med* 2003, 163:585–591
- Cicutto L, Brooks D, Henderson K. Self-care issues from the perspective of individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Educ Counsel* 2004, 55:168–176
- Jerant AF, von Fiederichs – Fitzwater MM, Moore M. Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. *Patient Educ Counsel* 2005, 57:300–307
- Toms J, Harrison K. Living with chronic lung disease and the effect of pulmonary rehabilitation. Patients' perspectives. *Physiotherapy* 2002, 88:605–619
- Fraser DD, Kee CC, Minick P. Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders' perspectives. *J Adv Nurs* 2006, 55:550–558
- Dowson CA, Town GI, Frampton C, Mulder RT. Psychopathology and illness beliefs influence COPD self-management. *J Psychosom Res* 2004, 56:333–340
- Kara Kaşıkçı M, Alberto J. Family support, perceived self-efficacy and self-care behavior of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Nurs* 2007, 16:1468–1478
- Wilson JS, O'Neill B, Reilly J, MacMahon J, Bradley JM. Education in pulmonary rehabilitation: The patients' perspective. *Arch Phys Med Rehabil* 2007, 88:1704–1709
- Effing T, Monnikhof EM, van der Valk PD, van der Palen J, van Herwaarden CL, Partidge MR et al. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2007, 4:CD002990
- Gallefoss F, Bakke PS, Rsgaard PK. Quality of life assessment after patient education in a randomized controlled study on asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1999, 159:812–817
- Gallefoss F. The effects of patient education in COPD in a 1-year follow-up randomised controlled trial. *Patient Educ Counsel* 2004, 52:259–266
- Rea H, McAuley A, Stewart A, Lamont C, Roseman P, Didsbury P. A chronic disease management programme can reduce days in hospital for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Intern Med J* 2004, 34:608–614
- Casas A, Troosters T, Garcia-Aymerich J, Roca J, Hernández C, Alonso A et al. Integrated care prevents hospitalisations for ex-

- acerbations in COPD patients. *Eur Respir J* 2006, 28:123–130
34. McGeoch GR, Willsman KJ, Dowson CA, Town GI, Frampton CM, McCartin FJ et al. Self-management plans in the primary care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respirology* 2006, 11:611–618
35. Carrieri-Kohlman V, Nguyen HQ, Donesky-Cuenco D, Demir-Deviren S, Neuhaus J, Stulbarg MS. Impact of brief or extended exercise training on the benefit of a dyspnea self-management program in COPD. *J Cardiopulm Rehabil* 2005, 25:275–284
36. Efraimsson EO, Hillervik C, Ehrenberg A. Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic. *Scand J Caring Sci* 2008, 22:178–185
37. Vontetsianos T, Giovas P, Katsaras T, Rigopoulou A, Mpirmpa G, Giaboudakis P et al. Telemedicine-assisted home support for patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease: Preliminary results after nine-month follow-up. *J Telemed Telecare* 2005, 11:86–88
38. Coultas D, Frederick J, Barnett B, Singh G, Wludyka P. A randomized trial of two types of nurse-assisted home care for patients with COPD. *Chest* 2005, 128:2017–2024
39. Monnikhof E, van der Valk P, van der Palen J, van Herwaarden C, Zielhuis G. Effects of a comprehensive self-management programme in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2003, 22:815–820
40. Γκουτικίδης Ζ, Νακάκης Κ. Διερευνητική μελέτη των προβλημάτων των ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ). Πρακτικά Περιλήψεων 35ου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Αθήνα, 2008:159–160