

Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej nad pacjentem starszym z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc

Selected aspects of nursing care for an elderly patient with chronic obstructive pulmonary disease

Marta Budnik¹, Anna Galikowska¹, Izabela Marzec¹, Dominika Balcerak¹,
Edyta Kobus¹, Zuzanna Posieczek¹

1. Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Streszczenie

Wstęp: Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest jedną z najczęściej występujących przewlekłych chorób układu oddechowego u osób starszych. POChP to złożona jednostka chorobowa, która charakteryzuje się postępującym i nieodwracalnym zwężeniem oskrzeli spowodowanym w głównej mierze przez palenie papierosów.

Cel: Ukazanie wielkości zagrożenia dla zdrowia społeczeństwa jakim jest POChP, określenie problemów osób starszych z POChP oraz roli jaką pełni pielęgniarka w opiece nad nimi.

Materiały i metody: Dokonano analizy 15 artykułów naukowych jak i literatury współczesnej, obejmujących tematykę opieki pielęgniarskiej w przewlekłej obturacyjnej

choroby płuc. Posługując się słowami kluczowymi: przewlekła obturacyjna choroba płuc, POChP, problemy pielęgnacyjne, opieka pielęgnarska.

Wyniki: Opieka pielęgnarska nad pacjentem z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc wynika ze specyficznych objawów tej choroby. Najważniejszymi założeniami opieki pielęgnarskiej jest: zmniejszenie nasilenia duszności, zwiększenie efektywności odkrztuszania oraz zniwelowania ryzyka wystąpienia powikłań choroby.

Wnioski: POChP jest jedną z najpoważniejszych chorób społecznych na świecie, gdzie największy odsetek chorych to osoby starsze. W zaawansowanej postaci prowadzi do inwalidztwa oddechowego i zgonu, dlatego tak ważną rolę odgrywa profilaktyka skierowana na zaprzestanie palenia. Rezygnacja z palenia ma zapobiec wystąpieniu choroby, nie dopuścić do jej rozwoju lub przeciwdziałać wystąpieniu powikłań. Rolą pielęgnarski w opiece nad pacjentem z POChP jest szeroko pojęta edukacja chorych oraz ich rodzin, a także działania mające na celu wspieranie w walce z chorobą.

Słowa kluczowe: przewlekła obturacyjna choroba płuc, POChP, problemy pielęgnacyjne, opieka pielęgnarska.

Summary

Introduction: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is one of the most common geriatric respiratory diseases. COPD is a complex disease entity which is characterised by progressive and irreversible bronchostenosis, caused mainly by smoking.

Purpose: revealing the magnitude of hazard of COPD to people's health, defining health problems of older people affected by COPD and the role of the nurse in looking after them.

Materials and method: 15 scientific articles and contemporary literature, regarding nursing care in chronic obstructive pulmonary disease, were analysed. The key words used: chronic obstructive pulmonary disease, COPD, caring problems, nursing care.

Results: nursing care for COPD-affected patients is the result of specific symptoms of this disease. The main assumptions of nursing care are: reducing the dyspnoea intensification, increasing the effectiveness of expectoration and neutralising the risk of complications.

Conclusions: COPD is one of the most severe social diseases in the world, where the older people constitute the highest number of affected patients. Its advanced stadium leads to

respiratory disorder and death, which is why preventive measures, aimed at quitting smoking, play such a crucial role. Quitting smoking is supposed to prevent the illness from occurring, stop its progress or counter the occurrence of complications. The role of the nurse in care for COPD-affected patients is passing broadly defined knowledge to them and their families and acting to help fight the disease.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, COPD, caring problems, nursing care.

Wstęp:

Według definicji Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) *"[...] jest częstą chorobą, której można zapobiegać i którą można skutecznie leczyć. Charakteryzuje się trwałym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe, które zwykle postępuje i wiąże się z nasiloną przewlekłą odpowiedzią zapalną dróg oddechowych i płuc na szkodliwe cząstki lub gazy. Do ogólnej ciężkości choroby u poszczególnych pacjentów przyczyniają się zaostrzenia i choroby współistniejące."* [5]. POChP prowadzi do osłabienia wymiany gazowej w płucach, uszkodzenia mięszu płuc, hiperinflacji (nadmierne rozdęcie tkanki płucnej) oraz powstania pułapki powietrznej [6].

W praktyce klinicznej wyodrębniono dwa modele patofizjologiczne choroby: typ A (różowy sapacz) i typ B (siny dmuchacz). Początkowo typ A z patofizjologicznego punktu widzenia kojarzono z rozedmą, natomiast typ B z przewlekłym zapaleniem oskrzeli. Pacjenta w większej części przypadków nie można wyraźnie przypisać tylko do jednej z kategorii, gdyż posiada on cechy typowe dla nich obu. Pacjent mający POChP typu A określany jest jako różowy sapacz, gdyż wysoka wentylacja minutowa i duszność są głównymi objawami klinicznymi, jednocześnie pacjent odczuwa, że złapanie oddechu stwarza mu problem, co upodabnia się do "sapania". Natomiast ciśnienie parcjalne tlenu (PaO_2) we krwi tętniczej utrzymane jest stosunkowo w granicach normy, kolor pacjenta jest "różowy" co oznacza, że nie pojawia się u niego sinica [14]. Tymczasem chorzy na POChP typu B posiadają zasadnicze nieprawidłowości w wymianie gazowej, obserwuje się hiperkapnię (podwyższenie prężności dwutlenku węgla we krwi) i hipoksemię (niedobór tlenu we krwi). Chorzy charakteryzowani są jako sini dmuchacze, gdyż hipoksemia może powodować sinicę, a także występuje u nich często otyłość i obrzęki obwodowe, będące następstwem niewydolności prawokomorowej serca [14]. Najczęstsze objawy u osób chorych na POChP to przewlekły poranny kaszel z towarzyszącym mu odkrztuszaniem płwociny oraz duszność wysiłkowa.

Duszność to objaw dominujący u chorych z POChP typu A, natomiast u pacjentów z typem B przeważa przewlekły produktywny kaszel. U większości chorych na POChP pojawiają się objawy obu typów [4, 14].

POChP w statystykach WHO jest usytuowane na 5 miejscu spośród 12 najczęstszych chorób występujących u ludzi. Badania epidemiologiczne wykonane w kilku państwach europejskich ukazały, że u około 8-10% mieszkańców powyżej 30 roku życia występuje przewlekła obturacyjna choroba płuc. W cząstkowych analizach populacji Polski, cechy POChP zidentyfikowano u 10% badanych osób powyżej 40 roku życia. W Polsce jest to czwarta przyczyna zgonu, zaraz po chorobach układu krążenia, nowotworach złośliwych oraz śmierci mającej gwałtowną przyczynę. Według prognoz w 2020 r. POChP stanie się jednym z najczęstszych powodów umieralności [8,10, 12, 15].

Przyjmuje się, iż za rozwój POChP odpowiedzialnych jest kilka czynników. Są to palenie tytoniu, czynniki infekcyjne, zanieczyszczenia środowiskowe, płeć i czynniki genetyczne. Spośród nich najważniejsze jest palenie tytoniu. Temu czynnikowi należy przeznaczyć najwięcej uwagi. Jednakże wiadomo, iż POChP rozwija się u około 20% osób palących tytoń. Oznacza to, że inne czynniki również stwarzają ryzyko powstania choroby [12,13, 14].

Cel pracy:

Celem niniejszej pracy jest ukazanie poważnego zagrożenia dla zdrowia społeczeństwa jakim jest POChP, a także problemów osób starszych z POChP oraz roli jaką pełni pielęgniarka w opiece nad nimi.

Materialy i metody:

Dokonano analizy 15 artykułów naukowych jak i literatury współczesnej, obejmujących tematykę opieki pielęgniarskiej w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. Posługując się słowami kluczowymi: przewlekła obturacyjna choroba płuc, POChP, problemy pielęgnacyjne, opieka pielęgniarska.

Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z POChP

Głównym powodem problemów interdyscyplinarnych i pielęgnacyjnych pacjentów chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc jest przede wszystkim przewlekła duszność

spowodowana obturacją dróg oddechowych i zaburzoną wentylacją płuc. Ponadto należy zwrócić uwagę na występujący kaszel oraz nieefektywne odkrztuszanie płwociny spowodowane zaleganiem wydzieliny w drzewie oskrzelowym. Wystąpić może również ból podczas spożywania posiłków oraz owrzodzenia błony śluzowej jamy ustnej w wyniku przewlekłego stosowania wziewnych steroidów i niesystematyczną higieną jamy ustnej. Podstawowym celem opieki pielęgniarstwa jest zmniejszenie duszności oraz zwiększenie efektywności odkrztuszania. Należy również zadbać o jak najdłuższe utrzymanie samodzielności przez pacjenta. Istotne jest także wsparcie psychiczne pacjenta, oraz edukacja chorego i jego rodziny na temat choroby [3,7]. W części tej pracy dokonano analizy najczęściej występujących problemów pielęgnacyjnych u pacjentów z POChP.

Problem pielęgnacyjny I: Przewlekła duszność spowodowana obturacją dróg oddechowych i zaburzoną wentylacją płuc.

Cel opieki: Zmniejszenie nasilenia duszności.

Interwencje pielęgniarstwa:

- ocena charakteru i stopnia nasilenia duszności
- eliminacja czynników nasilających duszność (nadmierny wysiłek fizyczny, stres psychiczny)
- utrzymanie w pomieszczeniu chorego korzystnych warunków mikroklimatu
 - wilgotność powietrza 60-70%
 - temperatura 18-20°C
 - dostęp do świeżego powietrza
 - unikanie przeciągów
- pomoc pacjentowi w zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych oraz czynnościach samoobsługowych
- choremu leżącemu pomoc w przyjęciu właściwej pozycji poprawiającej efektywność oddychania
 - zaproponowanie pozycji półwysokiej, wysokiej lub wysokiej z pochyleniem do przodu
- uczenie oraz motywowanie pacjenta do wykonywania ćwiczeń oddechowych usprawniających wentylację płuc (3 razy dziennie 5-15 min)

- zalecenie pacjentowi ubierania się w wygodny strój, nieograniczający ruchów klatki piersiowej
- zachęcanie pacjenta do regularnej tolerowanej przez niego aktywności fizycznej
- motywowanie chorego do rzucenia nałogu palenia tytoniu
- edukacja pacjenta w tematyce prawidłowego stosowania leków wziewnych
- podanie pacjentowi tlenu w sytuacji nasilenia duszności
- towarzyszenie pacjentowi oraz okazanie wsparcia w czasie nasilenia duszności.

Problem pielęgnacyjny II: Kaszel oraz nieefektywne odkrztuszaniem płwociny spowodowane zaleganiem wydzieliny w drzewie oskrzelowym.

Cel opieki: Zwiększenie efektywności odkrztuszania.

Interwencje pielęgniarские:

- obserwacja oraz ocena trudności wykrztuszania wydzieliny, jej ilości oraz charakteru, sytuacji i czynników nasilających kaszel
- zwiększenie podaży płynów (po wcześniejszej konsultacji z lekarzem - ryzyko przeciążenia układu krążenia)
- zalecenie pacjentowi przyjmowania rano na czczo ciepłych płynów
- utrzymanie w pomieszczeniu chorego korzystnych warunków mikroklimatu
 - wilgotność powietrza 60-70%
 - temperatura 18-20°C
- układanie chorego w pozycjach drenażowych (przeciwwskazaniem jest duszność)
- oklepywanie, masaż wibracyjny klatki piersiowej pacjenta (3 razy dziennie 5-10 min)
- uczenie oraz motywowanie pacjenta do wykonywania ćwiczeń oddechowych
- uczenie pacjenta efektywnego odkrztuszania wydzieliny
- zastosowanie inhalacji z 0,9% roztworu NaCl, mającej na celu rozrzedzenie wydzieliny zalegającej w drogach oddechowych
- pouczenie chorego o obowiązku zadbania o higienę podczas kaszlu i odkrztuszania oraz zachowanie higieny jamy ustnej
- podawanie na zlecenie lekarza leków mukolitycznych.

Problem pielęgnacyjny III: Ból podczas spożywania posiłków oraz owrzodzenia błony śluzowej jamy ustnej spowodowane przewlekłym stosowaniem wziewnych steroidów i

niesystematyczną higieną jamy ustnej.

Cel opieki: Zmniejszenie dolegliwości bólowych i owrzodzeń.

Interwencje pielęgniarskie:

- płukanie każdorazowo jamy ustnej po inhalacji steroidów wziewnych
- zastosowanie spejsera podczas inhalacji z inhalatorów ciśnieniowych
- stosowanie roztworu odkażającego i przeciwwzapalnego do przemywania jamy ustnej
- inhalacje parowe (szałwia, kwiat rumianku)
- zachęcanie pacjenta do płukania jamy ustnej
 - mieszanka mięty, rumianku i siemienia lnianego (zmniejsza uczucie suchości i pieczenia)
- delikatne wykonywanie toalety jamy ustnej
- stosowanie diety niedrażniącej o zmodyfikowanej konsystencji
 - płynna, półpłynna
 - posiłki rozdrobnione
 - temperatura posiłków pokojowa
- unikanie przez chorego podrażnień błony śluzowej (gorące potrawy, tytoń)

Problem pielęgnacyjny IV: Niedostateczna wiedza pacjenta na temat prawidłowego przyjmowania leków wziewnych.

Cel opieki: Dostarczenie wiedzy na temat prawidłowego przyjmowania leków drogą wziewną.

Interwencje pielęgniarskie:

- ocena aktualnej wiedzy pacjenta na temat właściwego zastosowania inhalatora
- nauka zasad prawidłowej inhalacji dotycząca inhalatora ciśnieniowego
 - należy oczyścić oskrzela, odkrztuszając to co w nich zalega
 - zrobić głęboki wydech
 - włożyć ustnik inhalatora do ust i skierować go na tylną część gardła
 - ustnik objąć ściśle wargami tak aby leżał płasko na języku
 - wziąć głęboki wdech, jednocześnie naciskając przycisk uwalniający lek
 - wyjąć ustnik i zatrzymać na około 10 sekund powietrze w płucach

- wydmuchnąć powoli powietrze ustami
- wypłukać jamę ustną wodą
- zademonstrowanie pacjentowi prawidłowego wykonania inhalacji
- zalecenie stosowania leków w sposób zalecony przez lekarza
- ponowna ocena wiedzy pacjenta

Problem pielęgnacyjny V: Zaburzenia snu spowodowane napadami nocnego kaszlu przejawiające się bezsennością oraz podsypianiem w dzień.

Cel opieki: Przywrócenie prawidłowego rytmu dobowego.

Interwencje pielęgniarские:

- czynności eliminujące objawy niedotlenienia
 - tlenoterapia ciągła
 - oddychanie przeponowe
 - farmakoterapia
- wykonanie przed snem toalety drzewa oskrzelowego
- ułatwienie zasypiania pacjentowi
 - zapewnienie ciszy i spokoju
 - przewietrzenie pomieszczenia
 - temperatura 18-20 °C
- pomoc pacjentowi w przyjęciu właściwej pozycji poprawiającej efektywność oddychania
 - zaproponowanie pozycji półwysokiej lub wysokiej
- zachęcenie pacjenta do stosowania technik relaksacji przed snem
- współpraca z pacjentem dotycząca higieny snu
 - unikanie drzemek w ciągu dnia
 - wstawanie o tej samej porze
 - unikanie spożywania dużej ilości kofeiny, cukru, obfitych posiłków
- unikanie stosowania leków nasennych (ryzyko hipowentylacji)

Problem pielęgnacyjny VI: Trudności w samopielęgnacji spowodowane zmniejszoną tolerancją wysiłku fizycznego.

Cel opieki: Zwiększenie zakresu samodzielności.

Interwencje pielęgniarskie:

- ocena zdolności samoopiekuńczych
- pomoc pacjentowi w czynnościach dnia codziennego natężających duszność, nie wyręczanie, nieograniczanie samodzielności
- dostosowanie wysiłku do możliwości pacjenta
- okazanie wsparcia i zrozumienia
- tlenoterapia ciągła przez wąsy tlenowe na zlecenie lekarza
 - przepływ 1-3 l/min
 - stosowanie zwłaszcza w nocy (zwiększone niedotlenienie)
 - stosowanie w czasie wykonywania czynności wzmagających duszność (spożywanie posiłków, toaleta, rehabilitacja ogólnoustrojowa i oddechowa)
- zalecenie pacjentowi ubierania się w wygodny strój, nieograniczający ruchów klatki piersiowej
- łączenie wykonywania zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych

Problem pielęgnacyjny VII: Obniżony nastrój wynikający z postępującego wzrostu zależności pacjenta od pomocy innych osób.

Cel opieki: Poprawa samopoczucia.

Interwencje pielęgniarskie:

- ocena emocji towarzyszących pacjentowi
- podjęcie prób skrupulatnego ustalenia przyczyn negatywnych emocji występujących u pacjenta
- udzielanie choremu informacji dotyczących występujących dolegliwości oraz sposobów ich zmniejszania
- zachęcanie pacjenta do aktywnego udziału w leczeniu
- rozbudzenie wiary w szansę poprawy oraz utrzymania lepszej kondycji umożliwiające choremu zadowalające życie z chorobą
- pomaganie pacjentowi w zagospodarowaniu wolnego czasu
- zachęcanie pacjenta do systematycznej aktywności fizycznej, która jest przez niego tolerowana a pozwoli utrzymać kondycję fizyczną
- poinformowanie pacjenta o zalecanych formach aktywności oraz ograniczeniach do

ich uprawiania

- marsz, jazda na rowerze, spacer
- stan zdrowia, warunki atmosferyczne

- okazanie pacjentowi wsparcia i zrozumienia

Wnioski:

POChP jest jedną z najgroźniejszych chorób cywilizacyjnych na świecie, gdzie największy odsetek chorych to osoby starsze. W zaawansowanej postaci prowadzi do inwalidztwa oddechowego i zgonu, dlatego bardzo ważną rolę w POChP odgrywa profilaktyka skierowana na zaprzestanie palenia mająca zapobiec wystąpieniu choroby, nie dopuścić do jej rozwoju oraz przeciwdziałać wystąpieniu powikłań.

Opieka pielęgniarska w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc skierowana jest przede wszystkim na szeroko pojętej edukacji chorych i ich rodzin, a także wspieraniu w walce z chorobą. Tylko holistyczne podejście do opieki nad pacjentem z POChP pozwoli stworzyć odpowiedni model opieki pielęgniarskiej. W zapewnienie kompleksowej opieki medycznej pacjentowi z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc konieczna jest współpraca lekarza, pielęgniarki i psychologa.

Bibliografia:

1. Batura-Gabryel H. *Zmiany ogólnoustrojowe u chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc*. *Pneumonologia i Alergologia Polska*. 2009;77(2):180-185.
2. Buist A.S. What are the practical implications of current data on the worldwide prevalence of COPD? *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*. 2007;117(9):394-395.
3. Damps-Konstańska I., Werachowska L., Krakowiak P. *Rola opiekuna medycznego i wolontariusza w opiece nad chorym na zaawansowaną postacią przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)*. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*. 2009;3(3):150-156.

4. Dobosz K. *Klasyczne objawy POChP a wynik przesiewowej spirometrii u pacjentów POZ w Bydgoszczy*. Family Medicine & Primary Care Review. 2013;15(3):308-311.
5. GOLD. *Pocket guide to COPD diagnosis, management, and prevention*. GOLD 2015. Retrieved January 7, 2016 from http://www.goldcopd.it/materiale/2015/GOLD_Pocket_2015.pdf
6. Jagiełło W. *Przewlekła obturacyjna choroba płuc*. The Berlin-Chemie News. 2014;(76):7.
7. Klimiuk K., Wojszel Z.B., Gułaj E., Bień B. *Problemy diagnostyczne i terapeutyczne wybranych chorób układu oddechowego u osób w wieku podeszłym*. Gerontologia Polska. 2011;19(1):7-15.
8. Kozak-Szkopek E. *Ocena kliniczna chorego w podeszłym wieku z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc*. Gerontologia Polska. 2007;15(3):61-68.
9. Lubiński W. *Przewlekła obturacyjna choroba płuc u osób starszych*. Geriatria. 2008;(2):151-156.
10. Płusa T., *Choroby układu oddechowego*. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2014; 7-17.
11. Przybylska-Kuć S., Bartoszek E., Dec M., Mysliński W., Mosiewicz J. *Świadomość pacjentów dotycząca powikłań związanych z paleniem papierosów*. Family Medicine & Primary Care Review. 2014;16(2):153-154.
12. Śliwiński P., Górecka D., Jassem E., Pierzchała W. *Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc*. Pneumonologia i Alergologia Polska. 2014;82(3):227-263.
13. Tamowicz B., Mikstacki A. *Powikłania oddechowe u pacjentów z uzależnieniem od nikotyny*. Przegląd Lekarski. 2012;69(10):1170-1172.
14. Weinberg S., Cockrill B., Mandel J., Pierzchała W. (Red. wyd. pol.), *Choroby płuc*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011; 101-122.
15. Zieliński J. *Przewlekła obturacyjna choroba płuc* W: Rowińska-Zakrzewska E., Kuś J. (Red.), *Choroby układu oddechowego*. PZWL, Warszawa 2004; 156-180.