

Ewelina Dziedzic

Ostrowieckie Centrum Medyczne

Koordynator badań klinicznych

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc

Streszczenie

Wstęp: Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) to jedna z głównych przyczyn przewlekłej chorobowości i umieralności na świecie. Obecnie znajduje się na 4. miejscu wśród przyczyn zgonów. **Cel:** Celem niniejszej pracy było określenie zadań pielęgnacyjno-opiekuńczych pielęgniarki wobec pacjenta z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. **Materiał i metoda:** Badania przeprowadzono w Szpitalu Powiatowym w Ostrowcu Świętokrzyskim na Oddziale Pulmonologicznym. Informacje zdobyte zostały za pomocą obserwacji, pomiaru, wywiadu i analizy dokumentacji medycznej. Badania przeprowadzono u pacjenta przebywającego w oddziale na przełomie września i października 2014. **Wyniki:** Podjęte działania pielęgnacyjne i edukacyjne doprowadziły do poprawy stanu zdrowia pacjenta chorującego na POChP. Dusznosci i kaszel zostały zmniejszone, pacjent oddycha bez problemów, jednak wciąż nie może narażać się na nadmierny wysiłek. Choremu wyjaśniono istotę choroby, w trakcie hospitalizacji stał się aktywnym członkiem zespołu terapeutycznego.

Wnioski: Rola pielęgniarki w opiece nad chorym z POChP jest ogromna. Przebywa ona z pacjentem najczęściej i znajduje się najbliżej jego problemów i cierpienia. Pielęgniarka zajmuje więc ważne miejsce w zespole terapeutycznym. Podczas hospitalizacji pacjenta z zaostrzeniem POChP wielokrotnie wykonywała czynności instrumentalne, opiekuńcze i pielęgnacyjne. Indywidualne podejście do chorego, stymulowanie go do podejmowania wysiłków zmierzających do aktywnego uczestnictwa w procesie terapeutycznym oraz stałe wdrażanie do samoopieki umożliwiło wytworzenie klimatu zaufania i poczucia bezpieczeństwa chorego, co pozytywnie wpłynęło na proces leczniczy.

Słowa kluczowe: POChP, opieka pielęgniarska, rola pielęgniarki

Role of the nurse in care of the patient with chronic obstructive pulmonary disease

Summary

Introduction: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is one of the main causes of chronic morbidity and mortality in the world. At present it is allocated on 4th place among causes of mortality. **Aim:** The aim of the

following research was to define the nursing-care tasks of the nurse to the patient with chronic obstructive pulmonary disease.

Material and method: The research was conducted in District Hospital in Ostrowiec Świętokrzyski on the Pulmonology Ward. Both information and observation have been gathered together with measurement history and analysis of medical records. Research has been carried out on the patient staying in a ward at the turn of September and October 2014.

Results: Nursing and education actions have led to the improvement of health of a patient with COPD. Shortness of breath and cough have been reduced, the patient is breathing without problems, however one cannot be exposed to excessive effort. The patient have been explained about the essence of the disease during hospitalization and has become an active member of the therapeutic team.

Conclusions: The role of nurse in the care of a patient with COPD is enormous. The nurse is staying the most with the patient and is the closest to his problems and suffering. Consequently, the nurse has an important place in the therapeutic team. During the hospitalization of the patient with an exacerbation of COPD the nurse repeatedly performed instrumental actions in terms of care and nursing. Individual approach to the patient, stimulating them to make efforts within active participation in the therapeutic process together with the constant implementation of self-care has enabled the formation of a climate of trust and confidence of the patient, which had a positive impact on the process of healing.

Key words: COPD, nursing, role of the nurse

Wstęp

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) to jedna z głównych przyczyn przewlekłej chorobowości i umieralności na świecie. Obecnie znajduje się na 4. miejscu wśród przyczyn zgonów [1]. Charakterystyczne dla tej choroby jest trwale ograniczenie przepływu powietrza przez dolne drogi oddechowe najczęściej postępujące i związane z nasiloną przewlekłą odpowiedzią zapalną dróg oddechowych i płuc na szkodliwe cząstki lub gazy [1].

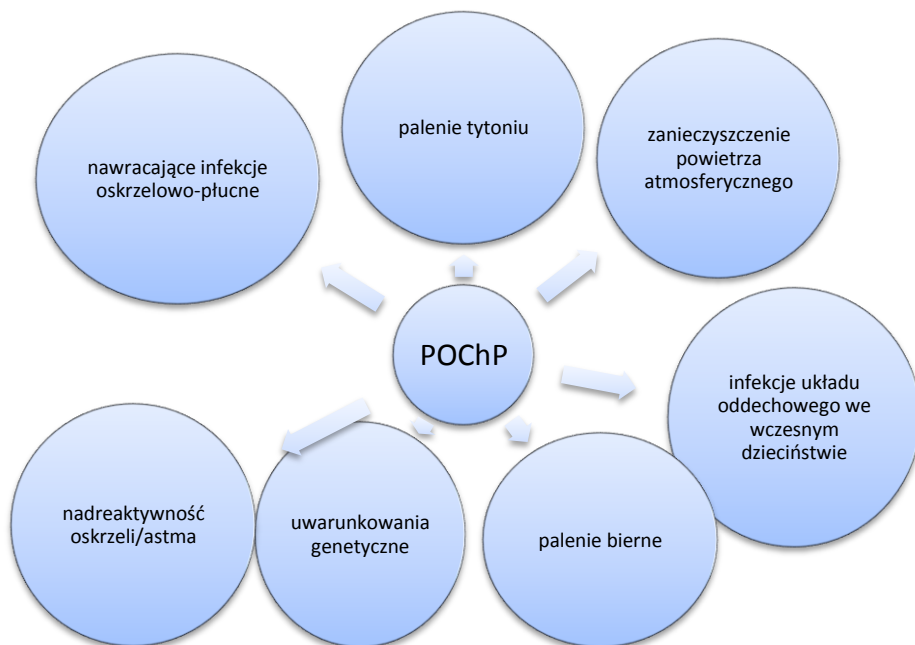
Głównym czynnikiem ryzyka i jedną z najważniejszych przyczyn zachorowania na POChP jest wieloletnie palenie tytoniu. Do pozostałych czynników ryzyka należą: zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego, bierne palenie, infekcje układu oddechowego we wczesnym dzieciństwie, nadreaktywność oskrzeli lub astma, nawracające infekcje oskrzelowo-płucne, uwarunkowania genetyczne. Przyczyny te wywołują i podtrzymują przewlekły proces zapalny w obrębie układu oddechowego i całego organizmu. Powoduje to rozwój zmian pozapłucnych i wpływa na przebieg

naturalny chorób współistniejących [2]. Palenie tytoniu odpowiada za około 80% przypadków POChP [1].

Badania potwierdziły związek POChP z narażeniem zawodowym na pyły organiczne i nieorganiczne oraz gazy, takie jak: dwutlenek siarki (SO₂), dwutlenek azotu (NO₂), ozon i pył zawieszony (cząsteczki pyłu o różnym składzie chemicznym unoszące się w powietrzu ze względu na niski ciężar). Stwierdzono, iż zanieczyszczenia powietrza w środowisku pracy w krajach uprzemysłowionych odpowiadają za rozwój POChP w około 19% wszystkich przypadków choroby i w 33% przypadków choroby u osób niepalących. Im mniejsza jest cząsteczka pyłu, tym bardziej jest ona szkodliwa dla płuc. Udowodniono, że cząsteczki o średnicy < 2,5 μm (PM_{2,5}) powodują ponad 455 000 zgonów rocznie w postaci chorób układu krążenia i oddychania w Europie [1].

Ryzyko zachorowania na POChP jest większe także w przypadku nawracających infekcji dolnych dróg oddechowych, zwłaszcza przed ukończeniem trzeciego roku życia, ponieważ mogą one nieodwracalnie uszkadzać obwodowe struktury płuc, prowadząc do trwałego upośledzenia ich czynności wentylacyjnej w wieku 20–25 lat, gdy rezerwy wentylacyjne płuc są największe. Do czynników ryzyka zalicza się również przewlekłe zapalenie oskrzeli u młodych osób palących tytoń oraz chorujących na astmę [1].

Wskazane czynniki ryzyka powodują przewlekłe zapalenie oskrzeli, miąższu płuc i naczyń płucnych, co przyczynia się do niszczenia miąższu płuc i nieodwracalnych zmian w obrębie dolnych dróg oddechowych. W efekcie zmniejsza się sprężystość płuc, zachodzą także zmiany strukturalne w drobnych drogach oddechowych powodowane przez przewlekły proces zapalny, co powoduje ich zwężenie. To sprawia, że ograniczony zostaje przepływ powietrza przez oskrzela w czasie wydechu. Zachodzą również zmiany odwracalne, do których należą: obrzęk, hipersekrecja śluzu i skurcz mięśni gładkich, one też zwiększają opór oskrzelowy i utrudniają przepływ powietrza [1].



Rycina 1. Przyczyny zachorowania na POChP

POChP jest chorobą przewlekłą, która rozwija się w czasie kilkudziesięciu lat i przez bardzo długi czas nie daje objawów, które niepokoiłyby chorego. W związku z tym diagnoza zwykle postawiona bywa zbyt późno, wówczas gdy duża część rezerw oddechowych płuc została bezpowrotnie utracona. Do głównych przyczyn wysokiej zachorowalności na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc należy znikoma świadomość na temat choroby [3].

W związku z dużą liczbą zachorowań na POChP istotny staje się proces pielęgnowania pacjenta borykającego się z tą chorobą.

Postępowanie w POChP składa się z czterech następujących elementów:

1. oceny i monitorowania choroby,
2. ograniczenia czynników ryzyka,
3. leczenia stabilnej postaci POChP,
4. leczenia zaostrzeń [4].

W leczeniu POChP stosuje się: profilaktykę, farmakoterapię, tlenoterapię, wentylację mechaniczną inwazyjną i nieinwazyjną, leczenie chirurgiczne, rehabilitację i edukację chorego. Celem leczenia jest przede

wszystkim zapobieganie postępowi choroby, poprawa funkcji układu oddechowego, zapobieganie zaostrzeniom i ich leczenie, łagodzenie objawów, zwiększenie tolerancji wysiłku, zapobieganie powikłaniom i ich leczenie, poprawa ogólnego stanu zdrowia oraz zmniejszenie śmiertelności [5].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy było określenie zadań pielęgnacyjno-opiekuńczych pielęgniarki wobec pacjenta z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc w okresie zaostrzenia podczas hospitalizacji na podstawie analizy studium przypadku.

Materiały i metody

Badania przeprowadzono w Szpitalu Powiatowym w Ostrowcu Świętokrzyskim na Oddziale Pulmonologicznym. Badania przeprowadzono na przełomie września i października 2014 r. Metodą badania był sondaż diagnostyczny. Informacje zostały pozyskane za pomocą obserwacji, pomiaru, wywiadu i analizy dokumentacji medycznej.

Badania były dobrowolne i anonimowe. Pacjent był poinformowany o celu badania, następnie pozyskano zgodę ustną na jego udział w badaniu. Na każdym etapie zbierania danych respondent miał prawo zrezygnować lub odmówić dalszego udziału w badaniach. Na prowadzenie badań uzyskano pisemną zgodę dyrektora i kierownika oddziału pulmonologii. Realizowana procedura badawcza była zgodna z Deklaracją Helsińską.

Opis przypadku

Pacjent W.G. został przyjęty na oddział 27.09.2014r. i przebywał na nim do 05.10.2014r. Przyczyną hospitalizacji było zaostrzenie POChP. Choroba została zdiagnozowana 12 lat temu, chociaż pacjent nie przypisywał jej dużego znaczenia, dopóki nie pojawiły się zaostrzenia. Chory palił papierosy przez 25 lat, około 10 sztuk dziennie. Obecnie od 6 lat nie pali. Ma zdiagnozowaną niewydolność krążenia, chorobę niedokrwinną serca i nadciśnienie tętnicze krwi według klasyfikacji WHO III⁰. Pacjent ma 62 lata, mieszka w Ostrowcu Świętokrzyskim wraz z żoną, która się nim opiekuje. W związku ze stanem zdrowia nie pracuje zawodowo, utrzymuje się z renty. Od kilku lat pacjent odkrztusza co rano niewielkie ilości śluzowej wydzieliny, nie traktuje tego jednak jako czegoś niepokojącego. Niemal każdego roku występuje u niego co najmniej 2-3 razy zakażenie dróg

oddechowych, które powoduje przez następne kilka tygodni uporczywy kaszel i większą ilość odkrztuszanej plwociny. Mimo to bardzo rzadko korzysta w takich sytuacjach z pomocy lekarza, jedynie w sytuacji wysokiej gorączki.

Aktualnie według GOLD stwierdzono III stopień nasilenia objawów FEV₁ – 59%, u pacjenta stwierdzono nasilenie duszności w stopniu 2 wg skali mMRC [5]. W roku 2014 pacjent był drugi raz hospitalizowany z powodu zaostrzenia POChP. Do tej pory leczył się lekami wziewnymi o działaniu rozkurczającym oskrzela, takimi jak: długo działający B₂-mimetyk (salmeterol) oraz wziewny kortykosteroid (fluticasone), który zmniejszał stan zapalny w dolnych drogach oskrzelowych. Pacjent jednak przyjmował je nieregularnie i najczęściej nieprawidłowo. Wynika to z jego przekonania o tym, że „psikanie” nie jest skuteczne, a efekty można uzyskać jedynie w wyniku przyjmowania tabletek.

W wywiadzie pacjent podał, iż od miesiąca zaobserwował zwiększoną duszność, nie tylko wysiłkową, ale również w momencie, kiedy nic nie robił. Od tego czasu dokuczał mu także uporczywy kaszel. W momencie przyjęcia na oddział u chorego zaobserwowano cechy niedotlenienia, takie jak: szybki, płytki oddech, wskazujący na cechy niewydolności oddechowej oraz obrzęk kończyn dolnych. Był osłabiony, apatyczny i drażliwy. Skarżył się na problemy ze snem, uporczywy kaszel oraz zaleganie wydzieliny. Jest niespokojny i niepewny swojej przyszłości. Sytuacja hospitalizacji wywołuje u niego lęk i obawy, przynębia go także całkowita zależność od innych. Chory nie jest przekonany o skuteczności leczenia. Mimo wielu lat choroby nie posiada dostatecznej wiedzy na temat tego, jak powinien żyć z POChP.

Na podstawie zebranych danych oceniono stan bio-psycho-społeczny pacjenta z POChP.

I. Układ krążenia:

Wartość RR- 180/90

Tętno - 95/min

Sinica - brak

Inne - obrzęk kończyn dolnych

II. Układ oddechowy:

Oddech - 29/min

Kaszel - wilgotny z odkrztuszaniem

Zaleganie wydzieliny w drogach oddechowych - tak
Duszność - wysiłkowa i często spoczynkowa

III. Układ pokarmowy i stan odżywiania:

Ciężar ciała w kg - 94
Wzrost - 180
BMI – 29,01 (nadwaga)
Łaknienie - prawidłowe
Nudności, wymioty - brak
Sposób odżywiania - doustnie
Zaparcia - skłonność

IV. Układ moczowo - płciowy

Sposób wydalania moczu - cewnik
Nietrzymanie moczu - brak

V. Układ mięśniowo-szkieletowy:

Sprawność kończyn górnych - pełna
Sprawność kończyn dolnych - ograniczona wskutek obrzęku
Zakres ruchów - ograniczony

VI. Układ nerwowy:

Orientacja - niezaburzona
Świadomość - pełna
Punktacja wg skali Glasgow - 15
Chód - nieprawidłowy wskutek obrzęków kończyn
Sprawność umysłowa: myślenie prawidłowe, pamięć prawidłowa, uwaga prawidłowa

VII. Skóra:

Zabarwienie - zaczerwienienie
Zmiany – przebarwienia, suchość
Rany - brak
Odleżyny – ryzyko wystąpienia
Ryzyko powstania odleżyn według skali Waterlow - wysokie

VIII. Stan emocjonalny:

Nastrój - obniżony
Reakcja pacjenta na chorobę – przygnębienie, niepokój, rozdrażnienie

Stosunek pacjenta do personelu - niechętnie współpracuje

IX. Ocena sprawności pacjenta

Pacjent jest samodzielny, w nielicznych czynnościach korzysta z pomocy żony, jego samodzielność zostaje ograniczona w okresach zaostrzeń choroby.

Analiza zebranego materiału badawczego pozwoliła na określenie diagnoz pielęgniarskich formułowanych w systemie PES (P - problem, stan, E - etiologia, S - symptomy, objawy towarzyszące), sformułowanie celów opieki, zaplanowanie działań swoistych dla tego stanu oraz wyników opieki.

Wyniki analizy

Diagnoza pielęgniarska 1: Ryzyko wystąpienia niedotlenienia organizmu z powodu duszności z przebiegu POCHP z towarzyszącym szybkim płytkim oddechem.

Cel opieki: poprawa wentylacji, zapobieganie niedotlenieniu.

Interwencje pielęgniarskie :

- dokonano oceny charakteru i nasilenia duszności (wykorzystano skalę mMRC oceniającą duszność i stopień obciążenia wysiłkiem – duszność umiarkowana, początkowo wysiłkowa, następnie spoczynkowa, wydłużenie fazy wydechu, wydech przez zwężone usta),
- obserwowano chorego – pomiar i dokumentowanie tętna i oddechu, zabarwienie skóry,
- monitorowano efektywność wentylacji poprzez systematyczną kontrolę częstości oddechów pacjenta oraz kontrolę saturacji,
- prowadzono bilans płynów,
- zapewniono prawidłowy mikroklimat w sali: temperatura 18-20°, wilgotność 50-70%,
- zastosowano u pacjenta półwysoką pozycję siedzącą,
- pacjent otrzymał pomoc we wszystkich czynnościach, które nasilają duszność (zabiegi pielęgnacyjne, przyjmowanie posiłków, zmiana pozycji ciała),
- zgodnie z zaleceniem lekarza zastosowano tlenoterapię ciągłą przez węży tlenowe o przepływie 2l/min, zwłaszcza w nocy i podczas czynności nasilających duszność,

- zastosowano nebulizacje rozszerzające oskrzela według zaleceń lekarza – fenoterol + bromek ipratropium w nebulizacji 2 razy dziennie,
- wykonywano toaletę drzewa oskrzelowego dwukrotnie w ciągu dnia, polegała ona na oklepywaniu pacjenta, co ułatwiało odkaszczanie zalegającej wydzieliny,
- choremu zapewniono ciągły kontakt z personelem w celu wywołania poczucia bezpieczeństwa w napadach duszności – zalecono pacjentowi, aby wzywał personel medyczny poprzez wciśnięcie alarmowego przycisku przyłóżkowego podczas napadów duszności.

Wyniki opieki: Pacjent bez duszności lub duszność występuje jedynie podczas dużego wysiłku fizycznego.

Diagnoza pielęgniarska 2: Trudności z odkrztuszaniem zalegającej wydzieliny i uporczywy kaszel nasilające dyskomfort psychiczny i fizyczny z powodu zaostrzenia POCHP.

Cel opieki: ułatwienie odkrztuszania wydzieliny, poprawa drożności drzewa oskrzelowego, łagodzenie dyskomfortu psychicznego i fizycznego.

Interwencje pielęgniarskie :

- dokonano oceny charakteru i nasilenia kaszlu i odkrztuszanej wydzieliny,
- zapewniono prawidłowy mikroklimat w pomieszczeniu(temp. 18-20°, wilgotność 50-70%, brak przeciągów),
- z powodu zwiększonej lepkości wydzieliny odkaszczanej przez chorego zalecono pacjentowi zwiększenie ilości przyjmowanych płynów – wydano zalecenie, aby pacjent przyjmowała przynajmniej 1,5 l płynów dziennie,
- przeprowadzono edukację dotyczącą higieny odpluwania - pouczono chorego o konieczności przepłukiwania jamy ustnej antyseptykiem po odkrztuszaniu,
- zapewniono choremu warunki do przestrzegania higieny kaszlu i odpluwania – dostarczono wymaganą ilość chusteczek higienicznych, toreb na zużyte chusteczki, pojemniki na płwocinę, w celu jej obserwacji, środków antyseptycznych do płukania jamy ustnej, udzielono pomocy w częstym myciu rąk, ułożono chorego w pozycji drenażowej po podaniu leku rozrzedzającego wydzielinę (acetylocysteina),

- regularnie (2 razy dziennie - rano i w porze popołudniowej) przeprowadzano oklepywanie pacjenta w celu ułatwienia ewakuacji zalegającej w dolnych drogach oddechowych wydzieliny,
- zastosowano kilkakrotnie drenaż ułożeniowy z uwagi na nadciśnienie tętnicze chorego,
- dostosowano pory podawania posiłków do pory wykonywania przez chorego toalety drzewa oskrzelowego (godzinę po toalecie),
- na zalecenie lekarza podano pacjentowi lek przeciwkaszlowy (kodeina, sulfagwajakol) i wykrztuśny (acetylocysteina),
- przeprowadzono edukację w zakresie unikania negatywnych bodźców psychicznych, nadmiernego wysiłku fizycznego, gwałtownych zmian pozycji ciała, warunków sprzyjających przeziębieniom, dodatkowych zakażeń.

Wyniki opieki: pacjent łatwiej odkrztusza wydzielinę, uzyskano poprawę drożności drzewa oskrzelowego, złagodzony dyskomfort psychiczny i fizyczny.

Diagnoza pielęgnarska 3: Podwyższona temperatura ciała powodująca przyspieszony oddech i wywołująca niepokój.

Cel opieki: przywrócenie prawidłowej temperatury ciała, poprawa samopoczucia chorego.

Interwencje pielęgnarskie :

- prowadzono systematyczną obserwację stanu pacjenta pod kątem – temperatury, kaszlu, duszności, tętna, ciśnienia, charakteru płwociny,
- co 2 godziny przeprowadzano pomiar temperatury (39,1°C, 39,0°C, 38,6°C, 37,8°C, 37,3°C, 36,9°C),
- pacjentowi podano leki obniżające temperaturę zgodnie ze wskazaniami lekarza (paracetamol),
- zadbano o właściwą higienę pacjenta gorączkującego – zmieniono choremu przepoconą bieliznę osobistą i pościel,
- udzielono choremu pomocy w czynnościach pielęgnacyjnych – pomoc w toalecie ciała,
- zapewniono pacjentowi odpowiednią ilość płynów do przyjmowania doustnego – umieszczono w bliskiej odległości od łóżka naczynie z wodą.

Wyniki opieki: obniżono temperaturę ciała, zrównoważono bilans płynów, nastąpiła poprawa samopoczucia pacjenta.

Diagnoza pielęgniarska 4: Zmniejszona tolerancja wysiłku fizycznego powodująca deficyt samoopieki i trudności w samopielęgnacji spowodowana dusznością.

Cel opieki: zwiększenie tolerancji na wysiłek fizyczny, zmniejszenie deficytu samoopieki i trudności w samopielęgnacji, zmniejszenie duszności będącej efektem wysiłku fizycznego.

Interwencje pielęgniarskie:

- dokonano oceny wydolności fizycznej pacjenta w wyniku przeprowadzenia próby wysiłkowej na bieżni ruchomej (EKG wysiłkowe),
- oceniono zakresu samoobsługi chorego według skali Barthel,
- systematycznie dokonywano pomiarów i dokumentowano parametry życiowe pacjenta – tętno, oddech, ciśnienie, saturację,
- obserwowano zachowanie chorego,
- na bieżąco wyjaśniano pacjentowi wszelkie wątpliwości,
- zastosowano tlenoterapię przez węży tlenowe zgodnie z zaleceniami lekarza (przepływ tlenu 2l/min),
- dostosowano wysiłek fizyczny do wydolności pacjenta,
- wprowadzono stopniową rehabilitację oddechową chorego uwzględniającą poprawę jego stanu,
- zapewniono choremu komfort snu i wypoczynku,
- zminimalizowano napięcie emocjonalne poprzez regularne rozmowy oraz bieżące wyjaśnianie obaw pacjenta i odpowiadanie na jego pytania,
- ułożono potrzebne przybory i przedmioty w pobliżu chorego,
- chory uczestniczy w farmakoterapii zgodnej z zaleceniami lekarza (m.in. tiotropium, salmeterol, flutikazon),
- zalecono pacjentowi ubieranie się w stroje luźne, nie utrudniające oddychania,
- zalecono lekkostrawną dietę,
- kontrolowano wypróżnienia pacjenta i zastosowano profilaktykę zaparć.

Wyniki opieki: stopniowo zwiększono zakres samodzielności pacjenta, zwiększyła się tolerancja chorego na wysiłek fizyczny, wyrażająca się mniejszą dusznością wysiłkową, zmniejszono deficyt samoopieki i trudności w samopielęgnacji.

Diagnoza pielęgniarska 5: Obrzęk kończyn dolnych spowodowany zaburzeniem krążenia obwodowego.

Cel opieki: zmniejszenie obrzęku.

Interwencje pielęgniarskie :

- przeprowadzono obserwację i pomiar obręzków – zlokalizowano obrzęk, zmierzono go, dokonano oceny stanu skóry w miejscu obrzęku,
- dostosowano dietę do stanu pacjenta – zalecono dietę z ograniczeniem soli do 2-3g na dobę,
- prowadzono higienę kończyny objętej obrzękiem – mycie, osuszanie, nawilżanie i natłuszczanie skóry,
- podano leki moczopędne według zaleceń lekarza (furosemid) i oceniono efekty leczenia, monitorowano ilość wydalanego moczu i masę ciała pacjenta.

Wyniki opieki: obrzęk zmniejszył się.

Diagnoza pielęgniarska 6: Deficyt wiedzy i umiejętności związany z prawidłowym przyjmowaniem leków drogą wziewną powodujący niepokój pacjenta.

Cel opieki: edukacja pacjenta w zakresie prawidłowego przyjmowania leków drogą wziewną, zmniejszenie obaw.

Interwencje pielęgniarskie :

- przeprowadzono rozpoznanie i dokonano oceny zakresu deficytu wiedzy pacjenta,
- poinformowano pacjenta o skuteczności podawania leków drogą wziewną,
- zademonstrowano, w jaki sposób należy przyjmować lek w postaci aerozolu – wykonanie głębszego oddechu, szczelne objęcie wargami ustnika, naciśnięcie dozownika, po uwolnieniu dawki wykonanie kilku powolnych wdechów,

→ poinformowano pacjenta o konieczności wyplukania jamy ustnej i umycia twarzy po podaniu leku drogą wziewną w celu zapobiegania powikłaniom,

→ uświadomiono choremu konieczność konserwacji komory przedłużającej – pokazano jak umyć i wyplukać komorę, nie wycierać, pozostawić do samodzielnego wyschnięcia,

→ pouczono pacjenta o konieczności higieny rąk przed i po podaniu leku,

→ dostarczono pacjentowi szczegółowych materiałów edukacyjnych (ulotki oraz instrukcje użytkowania inhalatorów) związanych z przyjmowaniem leków drogą wziewną.

Wyniki opieki: przeprowadzono kompleksową edukację pacjenta dotyczącą prawidłowego przyjmowania leków drogą wziewną, zwiększono umiejętności chorego w tym zakresie i zmniejszono jego obawy.

Diagnoza pielęgniarska 7: Deficyt wiedzy dotyczący prawidłowego trybu życia i prowadzenia aktywności fizycznej przy POChP.

Cel opieki: edukacja pacjenta i jego rodziny w zakresie prawidłowego trybu życia i prowadzenia aktywności fizycznej przy POChP.

Interwencje pielęgniarskie :

→ oceniono deficyt wiedzy chorego i zaplanowano proces edukacji,

→ uświadomiono choremu i członkom jego najbliższej rodziny konieczność unikania bezczynności i wskazano jej konsekwencje - brak aktywności powoduje utratę kondycji i osłabienie mięśni, co utrudnia aktywność fizyczną, chory musi więc jeszcze więcej oddychać, przez co wykonywanie nawet prostych czynności staje się trudne, co odbija się negatywnie na jego samopoczuciu, wzbudzając uczucie przygnębienia,

→ wskazano zalety aktywności fizycznej dla procesu zdrowienia i utrzymania dobrego samopoczucia - utrzymuje płuca i mięśnie w jak najlepszym stanie i spowalnia proces pogarszania stanu zdrowia, zmniejsza zadyszkę podczas ćwiczeń i zmęczenie nóg, podnosi poziom energii, wzmacnia mięśnie i układ odpornościowy, poprawia samoocenę i samopoczucie,

→ przeprowadzono edukację w zakresie prawidłowego organizowania dnia – konieczność rezerwowania większej ilości czasu na wykonanie

obowiązków, równowaga między obowiązkami a odpoczynkiem, systematyczna aktywność fizyczna,

→ dobrano aktywność do stanu pacjenta – krótkie spacery na świeżym powietrzu, rehabilitacja oddechowa, ćwiczenia rozciągające wzmacniające mięśnie,

→ zwrócono uwagę na stosowanie prawidłowej diety – warzywa, owoce, eliminacja potraw tłustych i kalorycznych,

→ przeprowadzono edukację w zakresie minimalizowania ryzyka infekcji – szczepienia przeciwko grypie, wzmacnianie odporności organizmu przez tryb życia, unikanie kontaktu z osobami chorymi,

→ umożliwiono kontakt z fizjoterapeutą w celu opracowania zestawu odpowiednich ćwiczeń (rehabilitacja oddechowa),

→ pacjent otrzymał broszury i ulotki dotyczące trybu życia i aktywności fizycznej w POChP.

Wyniki opieki: pacjent i jego rodzina otrzymali informacje dotyczące prawidłowego trybu życia i prowadzenia aktywności fizycznej przy POChP, zmniejszono deficyt wiedzy w tym obszarze.

Diagnoza pielęgniarska 8: Edukacja pacjenta w zakresie rehabilitacji oddechowej w celu polepszenia funkcji płuc i zwiększenia tolerancji na wysiłek fizyczny.

Cel opieki: uświadomienie konieczności wykonywania gimnastyki oddechowej.

Interwencje pielęgniarskie :

→ nauczono pacjenta prawidłowego oddychania pozwalającego unikać zadyszki - wdychanie powietrza przez nos, wydychanie przez ściągnięte usta - drogi oddechowe są wówczas otwarte dłużej, co pomaga przywrócić normalne tempo oddechu,

→ przeprowadzono trening mięśni wdechowych,

→ zademonstrowano pacjentowi pozycję stabilizującą barki.

Wyniki opieki: pacjent ma świadomość konieczności codziennej rehabilitacji oddechowej i posiada wiedzę na temat wykonywania gimnastyki oddechowej.

Omówienie wyników

W oparciu o analizę przypadku i na podstawie przeglądu dostępnej literatury u pacjenta z POChP występują najczęściej następujące problemy:

- ✓ ryzyko wystąpienia niedotlenienia organizmu z powodu duszności,
- ✓ dyskomfort psychiczny i fizyczny spowodowany nieefektywnym odkrztuszaniem wydzieliny i uporczywym kaszlem,
- ✓ deficyt samoopieki i trudności w samopielęgnacji spowodowane zmniejszoną tolerancją wysiłku fizycznego,
- ✓ dyskomfort i trudności w funkcjonowaniu spowodowane obrzękiem kończyn dolnych, możliwość powikłań,
- ✓ ryzyko wystąpienia odleżyn i odparzeń w związku z unieruchomieniem pacjenta i obrzękiem kończyn dolnych,
- ✓ ryzyko wystąpienia zaparć w związku z unieruchomieniem i stresem wynikającym z konieczności hospitalizacji,
- ✓ ryzyko powikłań spowodowane podwyższonym ciśnieniem, złe samopoczucie i niepokój pacjenta wynikający z nadciśnienia,
- ✓ rozdrażnienie i złe samopoczucie w efekcie problemów z zasypianiem,
- ✓ dyskomfort pacjenta spowodowany ogólnym stanem zdrowia i pobytem w szpitalu,
- ✓ niepokój i przyspieszony oddech w wyniku podwyższonej temperatury,
- ✓ odczucia przygnębienia i smutku stwarzające ryzyko zachorowania na depresję [6].

Pielęgniarka opiekująca się pacjentem z POChP powinna posiadać niezbędną wiedzę na temat choroby, jej leczenia, powikłań, problemów psychologicznych, fizjoterapii, żywienia, a także możliwości duchowego i innego rodzaju wsparcia.

Pielęgniarka zajmująca się pacjentem chorym na POChP powinna do standardowej opieki wdrażać oddziaływania profilaktyczno-edukacyjne, które koncentrują się na: wzbudzaniu zainteresowania zdrowiem, kształtowaniu postawy odpowiedzialności za stan własnego zdrowia, przekonywaniu, że zdrowie jest wartością, na nauce zachowania i doskonalenia zdrowia. Istotne jest także przygotowanie pacjenta do takiego postępowania, które sprzyja zapobieganiu i ograniczeniu ryzyka wystąpienia choroby, prowadzeniu umiejętnej samoobserwacji, właściwemu

postępowaniu w sytuacji występowania objawów niepokojących i uświadamianiu o konieczności zgłaszania się po poradę i pomoc [7].

Współczesna pielęgniarka, oprócz wielu stawianych jej obecnie wymagań zawodowych, powinna posiadać również umiejętność komunikowania się z innymi, przede wszystkim zdolność terapeutycznego kontaktu z podmiotem opieki. To z nią bowiem człowiek chory i zagrożony chorobą wchodzi w określoną interakcję. W związku z tym pielęgniarka musi być nie tylko merytorycznie przygotowana w zakresie szeroko rozumianego pielęgnowania, ale również w zakresie nawiązania bliskiego, terapeutycznego kontaktu z człowiekiem, który potrzebuje jej pomocy. Pacjent do pielęgniarki właśnie kieruje swe pytania i wątpliwości, oczekując profesjonalnej i konkretnej informacji oraz porady czy doradztwa w zakresie zdrowia i/lub choroby [1].

Chorzy na POChP bardzo często mają problemy z wypełnianiem lekarskich zaleceń. Wynika to z polipragmazji, strachu przed ubocznym działaniem leków oraz z obniżonych zdolności poznawczych i intelektualnych chorych na zaawansowaną postać choroby. Często pacjenci po prostu nie wierzą w skuteczność leczenia. W tej sytuacji niezwykle istotnym elementem postępowania terapeutycznego jest właściwa komunikacja z chorym, polegająca zwłaszcza na przekazywaniu informacji w prosty i zrozumiały sposób oraz na przekazywaniu zaleceń w postaci pisemnej i angażowanie bliskich pacjentowi osób w proces leczenia. Nie do przecenienia jest znaczenie nawiązania właściwej, wspierającej relacji z chorymi i jego rodziną. Sprzyja temu fakt, że chorzy, zwłaszcza na zaawansowaną POChP, chętnie omawiają swoje problemy z pielęgniarką lub personelem niemedycznym, jednak są skrępowani w obecności lekarza [8].

Bardzo ważnym obszarem działań pielęgniarki w opiece i pielęgnacji pacjenta z POChP jest edukacja zdrowotna. Pozwala ona na usprawnienie procesu leczenia dzięki zmniejszeniu deficytu wiedzy chorego. Osoby z chorobą przewlekłą bardzo często mają obniżony nastrój i są zmęczeni swoimi dolegliwościami, co sprawia, że nie angażują się w proces leczenia i nie wierzą w jego skuteczność. Edukacja dotycząca choroby i radzenia sobie z jej objawami pozwala im zdobyć siły i chęć do walki. Proces edukacyjny skierowany do pacjenta z POChP koncentrował się

zwłaszcza na dostarczeniu choremu wiedzy na temat odpowiedniego trybu życia i konieczności bycia aktywnym [9].

Rola pielęgniarki w opiece i pielęgnacji nad chorym na POChP jest ogromna. Przebywa ona z pacjentem najczęściej i znajduje się najbliżej jego problemów i cierpienia. Pielęgniarka zajmuje więc ważne miejsce w zespole terapeutycznym. Podczas hospitalizacji pacjenta z zaostrzeniem POChP wielokrotnie wykonywała czynności instrumentalne, opiekuńcze i pielęgnacyjne. Indywidualne podejście do chorego, stymulowanie go do podejmowania wysiłków zmierzających do aktywnego uczestnictwa w procesie terapeutycznym oraz stałe wdrażanie do samoopieki umożliwiło wytworzenie klimatu zaufania i poczucia bezpieczeństwa chorego, co pozytywnie wpłynęło na proces leczniczy [10,11].

W wyniku podjętych działań pielęgnacyjnych i edukacyjnych stan zdrowia pacjenta z POChP poprawił się. Duszności i kaszel zostały zmniejszone, pacjent oddycha bez problemów, jednak wciąż nie może narażać się na nadmierny wysiłek. Choremu wyjaśniono istotę choroby, w trakcie hospitalizacji stał się aktywnym członkiem zespołu terapeutycznego, mimo iż na początku nie był chętny do współpracy.

Wnioski

W opiece nad chorym z POChP pielęgniarka realizuje następujące zadania: określa deficyty pacjenta w zakresie samoobsługi i samopielęgnacji, rozpoznaje stan bio-psycho-społeczny chorego, kontroluje odżywianie i rozpoznaje (oraz rozwiązuje) problemy z nim związane (np. ustalenie właściwej diety), pomaga w pielęgnacji skóry, utrzymaniu optymalnej temperatury ciała, zapobiega odleżynom, problemom oddechowym, zakażeniom, odparzeniom.

Pielęgniarka realizuje wobec pacjenta i jego rodziny liczne działania edukacyjne dotyczące następujących obszarów: prawidłowe zasady żywienia, zwiększenie wiedzy chorego na temat istoty choroby, prawidłowe przyjmowanie leków drogą wziewną, zmniejszenie obaw i niepokojów, zasady toalety drzewa oskrzelowego, prawidłowy tryb życia i prowadzenie aktywności fizycznej w POChP. Ponadto pielęgniarka w zindywidualizowanym pielęgnowaniu:

- przygotowuje chorego na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc do samoopieki i samopielęgnacji poprzez edukowanie go w zakresie

wykonywania poszczególnych czynności pielęgnacyjnych oraz poprzez rozmowy terapeutyczne i aktywne słuchanie,

– zapewnia pacjentowi z POChP poczucie bezpieczeństwa w sytuacji przebywania w szpitalu.

Piśmiennictwo:

1. Górecka D. i współ. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). *Pneumonologia i Alergologia Polska*. 2012; 223-225.

2. Brodnicka I, Nowak-Gabryel M, Gabryel M, Grabicki M. Zależność występowania chorób współistniejących z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) od wieku chorych i od stopnia ciężkości choroby. *Nowiny Lekarskie*. 2010; 363.

3. Kuna P, Kupczyk M. Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) – diagnostyka i terapia. *Przewodnik Lekarza*. 2002, 9.

4. Grzelewska-Rzymowska I. Standardy leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Alergia Astma Immunologia*. 2006, 11, 4; 188.

5. Jasik A, Marcinowska-Suchowierska E. Przewlekła obturacyjna choroba płuc. *Postępy Nauk Medycznych*. 2009, 5; 341

6. Wierzbicka A. Pielęgnowanie chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. W: Talarska D, Zozulińska-Ziółkiewicz D. (red). *Pielęgniarstwo internistyczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2009; 128-130.

7. Pitek A. Zadania pielęgniarki w profilaktyce przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. W: Pękała R. (red.). *Wiedza i doświadczenie pielęgniarki a jej działania promocyjno-edukacyjne*. Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis. 2008/1, Legnica 2008; 26.

8. Damps-Konstańska I. i współ. Zintegrowany model opieki nad chorymi na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) w praktyce lekarza rodzinnego. *Forum Medycyny Rodzinnej*. 2012, tom 6, nr 1; 20.

9. Zieliński J. Jak radzić sobie z POChP?. PZWL, Warszawa 2011.

10. Damps-Konstańska I. Rola pielęgniarki koordynującej w zintegrowanej opiece nad pacjentami z zaawansowaną przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*. 2011; 5, 2.

11. Książek J. Bezpieczeństwo chorych a komunikacja w relacji pielęgniarka-pacjent. W: Majchrzak M, Zduniak A. (red.). *Jakość wobec wyzwań i zagrożeń XXI wieku*, t. 2. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa, Poznań 2010; 300.