Opieka nad pacjentem chorującym na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc i nadciśnienie tętnicze – studium przypadku

Care of the patient suffering from chronic obstructive pulmonary disease and arterial hypertension: Case study

Paulina Bulińska^{1,A–D}, Małgorzata Anna Dobrzyńska^{1,C,D}, Aleksandra Anna Lisowska^{2,D–F}

¹ Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska

² Zakład Onkologii i Opieki Paliatywnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,

D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2020;10(3):205–211

Adres do korespondencji

Paulina Bulińska

e-mail: paulina.bulinska@o2.pl

Zewnętrzne źródła finansowania

Brak

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 13.06.2020 r.

Po recenzji: 28.07.2020 r.

Zaakceptowano do druku: 20.08.2020 r.

Streszczenie

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) charakteryzuje się trwałym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Głównymi objawami POChP są duszność i przewlekły kaszel z odkrztuszaniem wydzieliny. Najczęstszą przyczyną występowania tej choroby jest palenie papierosów. Diagnostyka opiera się na badaniu przedmiotowym i podmiotowym, spirometrii, RTG klatki piersiowej oraz pulsoksymetrii i gazometrii. Leczenie choroby polega na stosowaniu leków rozkurczających oskrzela, GKS, roflumilastu oraz wdrożeniu antybiotykoterapii w przypadku infekcji bakteryjnej. Celem pracy było przedstawienie problemów pielęgnacyjnych 69-letniego pacjenta chorującego na POChP, nadciśnienie tętnicze i otyłość oraz określenie roli i zadań pielęgniarki powiązanych z opieką nad osobą chorą, szczególnie jeśli chodzi o postępowanie edukacyjne, opiekuńcze, diagnostyczne i lecznicze wobec pacjenta. W pracy wykorzystano metodę studium przypadku. Plan opieki został stworzony na podstawie obserwacji pacjenta, wywiadu pielęgniarstwa oraz analizy dokumentacji medycznej złożonej z historii choroby, wyników badań oraz skal MRC, ADL, NYHA i wskaźnika BMI. Należy podkreślić, że pielęgniarka pełni ważną funkcję w opiece nad osobą chorującą na POChP. Jej głównymi zadaniami są: edukacja pacjenta i jego bliskich, kontrola parametrów życiowych, podawanie leków według zlecenia lekarza oraz zapewnienie bezpieczeństwa choremu. Regularne przyjmowanie leków, unikanie sytuacji stresowych oraz eliminacja nadmiernego wysiłku zmniejszyły częstość występowania napadów duszności u pacjenta.

Słowa kluczowe: edukacja, przewlekła obturacyjna choroba płuc, pielęgnacja, duszność

Cytowanie

Bulińska P, Dobrzyńska M, Lisowska A. Opieka nad pacjentem chorującym na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc i nadciśnienie tętnicze – studium przypadku. *Piel Zdr Publ.* 2020;10(3):205–211. doi:10.17219/pzp/126573

DOI

10.17219/pzp/126573

Copyright

© 2020 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the

Creative Commons Attribution 3.0 Unported License

(<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>)

Abstract

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is characterized by permanent airflow limitation. Symptoms include shortness of breath and chronic cough with expectoration of secretions. Smoking is the most common cause of this disease. Diagnosis is based primarily on the physical and subjective examination of a patient, spirometry, chest X-ray as well as pulse oximetry and gasometry. The treatment of the disease is based on the use of bronchodilators, glucocorticoids, roflumilast and antibiotics in case of bacterial infection. The aim of the study was to present the nursing problems of an obese patient with chronic obstructive pulmonary disease and arterial hypertension, to determine the role and tasks of a nurse in caring for a patient, paying special attention to the patient's educational, diagnostic and therapeutic procedures. The study used the individual case study method. The nursing process was created on the basis of observation of a 69-year-old patient with COPD, nursing history, analysis of medical records consisting of the history of the disease and test results as well as MRC, ADL, NYHA scales and BMI. Nurses play an important role in the care of patients with COPD, their main tasks include: educating patients and their relatives, controlling patients' vital signs, administering medicines according to the doctor's order and ensuring safety. Regular medication, avoiding stressful situations, and elimination of excessive exercise have reduced the occurrence of breathlessness attacks.

Key words: education, chronic obstructive pulmonary disease, dyspnoea, nursing

Wprowadzenie

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest chorobą układu oddechowego, w której przebiegu następuje nieodwracalne i pogłębiające się ograniczenie przepływu powietrza przez drogi oddechowe.¹

Głównymi objawami POChP są duszność oraz kaszel z odkrztuszaniem zalegającej wydzieliny.² Najczęstsze przyczyny choroby to: palenie wyrobów tytoniowych, zanieczyszczone powietrze, narażenie zawodowe, narażenie na pyły oraz szkodliwe substancje chemiczne. Szacuje się, że ok. 2 mln osób w Polsce choruje na POChP.³ Chorobę rozpoznaje się na podstawie dokładnego wywiadu lekarskiego i wyników badania przedmiotowego oraz badań dodatkowych, takich jak: badanie spirometryczne, pulsoksymetria, RTG klatki piersiowej, morfologia krwi obwodowej, gazometria krwi tętniczej i posiew płwociny.⁴

Zmiana stylu życia jest kluczowym elementem w leczeniu POChP. Konieczne jest całkowite rzucenie palenia tytoniu. Należy zwrócić szczególną uwagę na czynniki ryzyka, zaostrzenia choroby, zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego, pyły oraz gazy wywołujące nasilenie objawów. W każdym stadium zaawansowania choroby zalecana jest aktywność fizyczna. Rehabilitacja i ćwiczenia oddechowe poprawiają wydolność oddechową oraz zmniejszają duszność.¹

Celem leczenia jest łagodzenie objawów choroby oraz zmniejszenie częstotliwości występowania zaostrzeń. Wybór leczenia zależy nie tylko od nasilenia objawów podmiotowych u pacjenta, ale również od liczby zaostrzeń w ostatnich 12 miesiącach. W leczeniu przewlekłym stosuje się: leki rozkurczające oskrzela, glikokortykosteroidy (GKS) wziewne, roflumilast. W trakcie zaostrzeń choroby podaje się krótko działające β_2 -mimetyki, GKS oraz antybiotyki w przypadku infekcji bakteryjnej.⁵

Pielęgniarka gra ważną rolę w opiece nad osobą chorą na POChP, może m.in. jako pierwsza zauważyć niepokojące objawy. W trakcie rozpoznania obserwuje i ocenia

funkcjonowanie układu oddechowego poprzez kontrolę częstości i liczby wykonywanych oddechów, sprawdza stosunek długości wdechu i wydechu, przygotowuje pacjenta do wszystkich zleconych badań, a także kontroluje jego stan zdrowia po ich wykonaniu, przeprowadza badanie czynnościowe – spirometrię. Kolejnym ważnym zadaniem pielęgniarki jest edukacja pacjenta i jego rodziny. Pielęgniarka uświadamia choremu istotę oraz przebieg choroby, zwraca uwagę na czynniki powodujące zaostrzenia i zachęca do rzucenia palenia. Nakłania do corocznych szczepień przeciwko grypie, aby ograniczyć występowanie infekcji dróg oddechowych. Przekazuje wiedzę dotyczącą używania inhalatorów oraz zasad przyjmowania leków przepisanych przez lekarza. Uczy wykonywania ćwiczeń oddechowych, które poprawiają efektywność oddychania. Pełni również funkcję opiekunczą – pomaga w problemach, które wynikają z bieżącej sytuacji zdrowotnej. Wie, jak ważne jest zapewnienie wsparcia emocjonalnego i bezpieczeństwa oraz pomoc w prowadzeniu zdrowego trybu życia.⁶

Celem pracy było przedstawienie problemów pielęgnacyjnych pacjenta zmagającego się z POChP, otyłością oraz nadciśnieniem tętniczym, określenie roli i zadań pielęgniarki w opiece nad osobą chorą, szczególnie pod kątem postępowania edukacyjnego, opiekuńczego, diagnostycznego i leczniczego.

Materiał i metody

W pracy wykorzystano metodę studium przypadku. Proces pielęgnowania 69-letniego pacjenta chorującego na POChP został zaplanowany na podstawie: obserwacji, szczegółowego wywiadu pielęgniarstwa, analizy dokumentacji medycznej złożonej z historii choroby oraz wyników badań, Skali Nasilenia Duszności Medical Research Council (MRC), Skali Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego wg Katza (Activities of Daily Living – ADL), skali New York Heart Association

Functional Classification (NYHA) oraz wskaźnika masy ciała (ang. *body mass index* – BMI).

Opis przypadku

Pacjent w wieku 69 lat, chorujący na POChP od 8 lat, wielokrotnie hospitalizowany z powodu zaostrzeń choroby i częstych infekcji dróg oddechowych, a także zaśląbnień. Pobyt w szpitalu konieczny był min. 3–4 razy w roku. Każde zaostrzenie choroby wiązało się z lękiem i strachem przed kolejną hospitalizacją. Częste infekcje dróg oddechowych i zaleganie wydzieliny w drzewie oskrzelowym doprowadziły do przewlekłego kaszlu, który był uciążliwy dla pacjenta. W 2015 r. chory przeszedł zabieg wszczepienia kardiowertera-defibrylatora. Choroby współistniejące występujące u pacjenta to nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca oraz zaburzenia rytmu serca (złożona napadowa arytmia komorowa i napadowy nieutralony częstoskurcz komorowy). U chorego stwierdzono niewydolność serca – II/III stopień w skali NYHA. Oznacza to, że każda aktywność fizyczna wywoływała objawy zmęczenia i duszności. BMI pacjenta wynosiło 38,2 kg/m², co wskazuje na otyłość II stopnia. Obserwowany potrzebował pomocy w podstawowych i złożonych czynnościach życia codziennego, np. przy ubieraniu i myciu się. Według ADL pacjent otrzymał 4 pkt, co oznacza średnie czynnościowe upośledzenie.

Najczęstsze problemy pielęgnacyjne

Diagnoza pielęgnarska: przewlekła duszność spowodowana obturacją dróg oddechowych.

Cel opieki: zmniejszenie nasilenia duszności.

Plan opieki:

- ocena czasu trwania i stopnia nasilenia duszności za pomocą skali MRC;
- ocena liczby i jakości oddechów;
- kontrola i dokumentacja parametrów życiowych pacjenta: ciśnienia tętniczego krwi, tętna i temperatury;
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu pomieszczenia: temperatura 18–20°C, wilgotność ok. 60–70%;
- eliminacja czynników wywołujących i nasilających duszność, unikanie stresu i dużego wysiłku fizycznego;
- zaproponowanie pacjentowi przyjęcia pozycji półwysokiej lub wysokiej;
- nauka ćwiczeń oddechowych (np. powolnego wdechu przez nos i 2 razy dłuższego wydechu przez usta) oraz zachęcanie do ich wykonywania;
- zapewnienie bezpieczeństwa i wsparcia w trakcie duszności poprzez obecność, trzymanie za rękę.

Uzasadnienie podjętych działań

Odpowiednio dostosowany mikroklimat pomieszczenia poprawia warunki wymiany gazowej w płucach. Po przyjęciu pozycji wysokiej przez pacjenta obniża się przepięcie, dzięki czemu zwiększa się pojemność płuc. Istotna

jest nauka ćwiczeń oddechowych, takich jak wykonywanie powolnego wdechu przez nos aż do całkowitego napełnienia płuc, a następnie wypuszczanie powietrza powoli przez usta; wydech powinien być 2 razy dłuższy od wdechu, ćwiczenie to należy wykonywać 4–5 razy. Regularnie wykonywanie ćwiczeń wzmacnia podstawowe i pomocnicze mięśnie oddechowe, ułatwiając oddychanie. W czasie duszności ważne jest wsparcie i zapewnienie bezpieczeństwa, np. poprzez trzymanie za rękę, obecność, aby osoba nie czuła się osamotniona. U pacjenta należy ograniczyć stres, wysiłek fizyczny, które sprzyjają nasileniu duszności.⁶

Diagnoza pielęgnarska: dyskomfort wynikający z przewlekłego kaszlu spowodowanego nadmiernym gromadzeniem się wydzieliny w drogach oddechowych.

Cel opieki: zmniejszenie nasilenia kaszlu, rozrzedzenie wydzieliny i skuteczne jej odkrztuszanie.

Plan opieki:

- ocena natężenia, charakteru, czasu występowania i długości trwania kaszlu, zebranie informacji poprzez obserwację, wywiad i osłuchiwanie;
- ocena koloru, ilości i wyglądu odkrztuszanej wydzieliny;
- ułożenie pacjenta w pozycji półwysokiej;
- nauka efektywnego kaszlu i usuwania wydzieliny (wykonywanie głębokiego wdechu i wydech z odkrztuszaniem);
- motywacja i nauka wykonywania ćwiczeń oddechowych;
- oklepywanie pacjenta;
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu pomieszczenia: wilgotności pomieszczenia w granicach 60–70% i temperatury wynoszącej 18–20°C;
- poinformowanie o sposobie przyjmowania leków i wykonywania inhalacji według zlecenia lekarza;
- rozrzedzanie wydzieliny zalegającej w drogach oddechowych poprzez inhalacje roztworem 0,9% NaCl;
- poinformowanie o istotności utrzymywania higieny jamy ustnej podczas odkrztuszania wydzieliny – konieczności przepłukiwania jamy ustnej po każdym odkrztuszeniu.

Uzasadnienie podjętych działań

Inhalacje poprzez rozrzedzenie zalegającej wydzieliny w drogach oddechowych ułatwiają odkrztuszanie. Innymi sposobami są: nauka efektywnego kaszlu, oklepywanie oraz odpowiedni drenaż ułożeniowy. Ważne jest, aby zachować odpowiedni mikroklimat w pomieszczeniu, gdyż zbyt wysoka temperatura powietrza w pomieszczeniu i mała wilgotność sprzyjają zaleganiu wydzieliny. Ocena koloru, jakości i ilości odkrztuszanej wydzieliny pozwala na szybkie wykrycie nieprawidłowości, np. zakażeń.⁷

Diagnoza pielęgnarska: problemy w samoopiece pacjenta spowodowane ograniczoną tolerancją wysiłku fizycznego i otyłością.

Cel opieki: zwiększenie samodzielności pacjenta.

Plan opieki:

- określenie stopnia samodzielności pacjenta za pomocą skali Katza;
- pomoc w codziennych czynnościach ograniczających pacjenta i powodujących nasilenie duszności;
- pomoc przy kąpieli i ubieraniu;
- zapewnienie bezpieczeństwa i udogodnień w łazience poprzez wstawienie krzesłka pod prysznic, położenie antypoślizgowej maty, zamontowanie uchwytów;
- zapewnienie pomocy przy poruszaniu się, zachęcenie rodziny do wypożyczenia balkonika zapewniającego pacjentowi bezpieczeństwo przy przemieszczaniu się;
- edukacja rodziny w zakresie niesienia pomocy pacjentowi w samopielęgnacji przy jego współpracy i unikanie wyręczania chorego;
- obserwacja stanu skóry w celu zapobiegania odleżynom;
- zapewnienie komfortu pacjentowi poprzez zastosowanie udogodnień, zaopatrzenie w czystą odzież i zapewnienie przygotowanych posiłków;
- wyrozumiałość wobec pacjenta, okazanie wsparcia, zapewnienie bezpieczeństwa.

Uzasadnienie podjętych działań

Określenie stopnia samodzielności pacjenta pozwala ocenić, w jakich czynnościach potrzebuje pomocy. Zastosowanie przyrządów pomocniczych w łazience poprawia samodzielność pacjenta, zapewnia mu bezpieczeństwo i zmniejsza ryzyko upadku. Warto poinformować rodzinę, że całkowite wyręczanie chorego może doprowadzić do trwałej zależności od innych osób – ważne jest, aby dostosować poziom pomocy do aktualnego stanu pacjenta. Niezdolność do samoopieki doprowadza do uczucia zależności od innych, powoduje obniżenie samooceny. Istotne jest zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa i pomocy przy poruszaniu się, np. poprzez zastosowanie balkonika, dzięki któremu pacjent będzie pewniej i swobodniej przemieszczał się po mieszkaniu, a ryzyko wystąpienia upadku zostanie zmniejszone. Zachęcanie pacjenta przez bliskich do wykonywania prostych czynności, takich jak obieranie ziemniaków czy krojenie warzyw, sprawi, że poczuje się on potrzebny, a jego świadomość własnej wartości wzrośnie.⁷

Diagnoza pielęgniarska: strach przed kolejnymi hospitalizacjami spowodowanymi częstymi infekcjami dróg oddechowych.

Cel opieki: zminimalizowanie strachu przed kolejnymi hospitalizacjami.

Plan opieki:

- zapewnienie bezpieczeństwa poprzez zapoznanie z topografią szpitala;
- poinformowanie, jak ważna i konieczna jest hospitalizacja;
- informowanie o konieczności przeprowadzania badań;

- wyjaśnienie celu przeprowadzanych badań diagnostycznych;
- omówienie przebiegu każdego badania przed jego wykonaniem;
- uzyskanie zgody przed badaniami;
- zapewnienie możliwości kontaktu z rodziną;
- zalecenie szczepień przeciwko grypie, zapobieganie infekcjom;
- dostosowanie ubioru do warunków atmosferycznych.

Uzasadnienie podjętych działań

Informacje o hospitalizacji wywołują strach przed zmianą otoczenia, wykonywaniem badań diagnostycznych, utrudnioną komunikacją z rodziną. Przedstawienie topografii oddziału, a także umożliwienie kontaktu z rodziną i lekarzem prowadzącym w czasie hospitalizacji dają poczucie swobody i bezpieczeństwa. Omówienie z chorym przebiegu i celu planowanych badań diagnostycznych oraz uzyskanie zgody na ich wykonanie zmniejsza obawy pacjenta. Szczepienia przeciwko grypie ograniczają ryzyko zachorowania na zapalenie płuc, przez co zapobiegają kolejnym hospitalizacjom. Mężczyzna powinien zminimalizować ryzyko zakażenia poprzez unikanie kontaktu z osobami chorymi. Ważny jest ubiór dostosowany do pogody, ponieważ zarówno przegrzanie, jak i wychłodzenie organizmu mogą doprowadzić do infekcji, wskutek czego może dojść do zaostrzeń POChP.^{8,9}

Diagnoza pielęgniarska: otyłość II stopnia wynikająca z nieprawidłowego odżywiania i zbyt małej aktywności fizycznej.

Cel opieki: zmniejszenie masy ciała, poprawa odżywiania i zwiększenie aktywności fizycznej.

Plan opieki:

- rozmowa z pacjentem na temat otyłości, zagrożeń związanych ze zwiększoną masą ciała;
- edukacja pacjenta i jego rodziny na temat zdrowego odżywiania;
- pomiar masy ciała, kontrola BMI;
- spożywanie regularnie 5 posiłków dziennie;
- unikanie przekąszania pomiędzy posiłkami;
- wyeliminowanie z diety słodczy i zastąpienie ich owocami;
- spożywanie dużych ilości warzyw w formie surowej i gotowanej;
- zmiana nawyków żywieniowych – smażone mięso należy zastąpić gotowanym;
- ograniczenie spożywania tłuszczów zwierzęcych;
- ograniczenie spożywania soli, zastąpienie jej ziołami;
- unikanie spożywania słodzonych napojów, zastąpienie ich wodą;
- zachęcenie i mobilizowanie do aktywności fizycznej – spacer na świeżym powietrzu (kilkanaście metrów), kiedy duszność nie jest nasiloną;
- zapoznanie pacjenta i jego rodziny z piramidą zdrowego odżywiania;

– zaproponowanie wizyty u dietetyka w celu ustalenia diety i zredukowania masy ciała.

Uzasadnienie podjętych działań

Regularne pomiary masy ciała i obwodów pozwalają na ocenę efektów eliminowania otyłości. Edukacja pacjenta i jego rodziny na temat sposobów odżywiania zwiększa motywację do wprowadzenia nowych nawyków żywieniowych. Istotne jest także przedstawienie powikłań otyłości, jak np. udar mózgu czy cukrzyca typu 2. Zaproponowana konsultacja z dietetykiem umożliwia dostosowanie prawidłowej i zbilansowanej diety do pacjenta i jego całej rodziny. Trzeba pamiętać o regularności spożywania posiłków – 3 lub 5 dziennie, a także o unikaniu podjadania przekąsek pomiędzy nimi. Słodkie i słodzone napoje należy zastąpić wodą oraz surowymi owocami. Pacjent powinien zrezygnować ze smażonych, ciężkich mięs, zastępując je chudymi gatunkami, najlepiej w postaci gotowanej. Warto pamiętać, że aktywność fizyczna sprzyja redukcji masy ciała, lecz musi być dostosowana do aktualnego stanu oraz samopoczucia pacjenta. Zmniejszenie masy ciała poprawia samopoczucie i samoocenę.^{10,11}

Diagnoza pielęgniarska: brak dostatecznej wiedzy oraz umiejętności z zakresu samokontroli nadciśnienia tętniczego.

Cel opieki: pogłębienie wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego i umiejętności jego samokontroli.

Plan opieki:

- poinformowanie o istocie i skutkach nadciśnienia tętniczego;
- nauka pomiaru ciśnienia tętniczego i doboru mankietu;
- zaproponowanie założenia dzienniczka kontroli ciśnienia tętniczego, motywowanie do systematycznego prowadzenia go;
- informowanie o istotności przyjmowania leków wg zaleceń lekarza;
- zmiana stylu życia, wprowadzenie aktywności fizycznej, krótkich spacerów, jeśli jest taka możliwość;
- zmiana diety, ograniczenie spożywania soli do 5–6 g dziennie, a najlepiej zastąpienie jej ziołami;
- dostarczenie ulotek informacyjnych dotyczących nadciśnienia tętniczego i jego skutków;
- edukacja rodziny pacjenta w zakresie nadciśnienia tętniczego oraz zmiany diety pacjenta i pozostałych członków rodziny;
- zaproponowanie wizyty u dietetyka w celu ustalenia diety i redukcji masy ciała.

Uzasadnienie podjętych działań

Dla pacjenta ważna jest edukacja, przekazanie oraz pogłębienie wiedzy dotyczącej jednostki chorobowej, a także poinformowanie o wystąpieniu możliwych powikłań. Istotne jest systematyczne mierzenie ciśnienia tętniczego oraz odnotowywanie wyników w dzienniczku. Pacjent powinien regularnie przyjmować leki zgodnie z zaleceniami lekarza. W przypadku wystąpienia niepokojących objawów czy złego samopoczucia należy zgłosić się do le-

karza. Konieczne są regularne badania i wizyty kontrolne u lekarza prowadzącego. Ważnym elementem w terapii nadciśnienia tętniczego jest prawidłowo zbilansowana dieta – pacjent powinien ograniczyć spożywanie soli do 5 g dziennie, można zastępować ją świeżymi ziołami. Należy unikać gotowych dań i zmniejszyć konsumpcję produktów bogatych w cholesterol oraz nasycone kwasy tłuszczowe, a zwiększyć ilość spożywanych warzyw i owoców. Kolejnym krokiem jest normalizacja masy ciała oraz zwiększenie aktywności fizycznej.¹²

Omówienie

POCHP jest postępującą i nieuleczalną chorobą. Na świecie choruje na nią ok. 80 mln, a w Polsce – ok. 2 mln ludzi. Większą część stanowią mężczyźni, ponieważ to oni częściej sięgają po papierosy. POChP jest 4. przyczyną zgonów na świecie – szacuje się, że w ciągu kilku lat będzie już na 3. miejscu pod względem śmiertelności.^{4,13}

Palenie tytoniu to jeden z najczęstszych czynników etiologicznych zachorowania na POChP. Szacuje się, że jest przyczyną 80% przypadków choroby. Mniejsze znaczenie mają zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego, pyły oraz gazy. Potwierdził to opisywany przypadek pacjenta, który przez ok. 25 lat wypalał codziennie ok. 1 paczki papierosów. Przez pracę na gospodarstwie narażony był na pył i kurz. Przyczyny zachorowania pacjenta całkowicie pokrywają się z czynnikami ryzyka, które odpowiadają za występowanie POChP.⁴

POCHP charakteryzuje się ograniczeniem przepływu powietrza przez układ oddechowy. Można zacząć podejrzewać ją już u osób, które ukończyły 40 lat, palą papierosy, potwierdzają obecność występowania duszności i obserwują pojawienie się u nich kaszlu z odkrztuszaniem wydzieliny. Aby dokładnie rozpoznać i potwierdzić chorobę, należy wykonać dodatkowe badania. Jednym z nich jest spirometria, dzięki której można stwierdzić obturację oskrzeli. Skala duszności MRC pozwala na ocenę stopnia nasilenia duszności u pacjenta. Poziom zaawansowania choroby można ocenić, określając stopień obturacji, stopień nasilenia i liczbę objawów oraz liczbę zaostrzeń w ciągu ostatniego roku. W analizowanym przypadku występują wszystkie charakterystyczne objawy POChP, pokrywają się one z obrazem klinicznym choroby. U pacjenta występuje duszność, zadyszka po krótkiej aktywności oraz uciążliwy kaszel z odkrztuszaniem zalegającej wydzieliny. Częste zaostrzenia choroby, hospitalizacje 3–4 razy do roku, występowanie duszności po opuszczeniu domu i kilkumetrowym spacerze wskazują na wysoki stopień zaawansowania choroby.¹⁴

POCHP zazwyczaj występuje z innymi jednostkami chorobowymi. Najczęściej dotyczą one układu krążenia. Wynika to ze wspólnego czynnika zwiększającego ryzyko POChP i chorób układu krążenia, jakim jest palenie papierosów. Wśród wszystkich chorób współistniejących naj-

częściej występują: nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, miażdżycy, choroby układu ruchu. W przypadku opisywanego pacjenta również występowały choroby współistniejące, mężczyzna leczyl się na nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, kilka lat temu przeszedł zabieg wszczepienia kardiowertera-defibrylatora.¹⁵

Wśród pacjentów chorujących na POChP w ciągu kilkunastu ostatnich lat zaobserwowano wzrost występowania otyłości. Nadmierna masa ciała oraz duszność utrudniają aktywność fizyczną, przez co zmniejsza się wydolność. Otyłość wpływa na obniżenie jakości życia, a u chorych obserwuje się progresję nasilenia objawów choroby podstawowej. U opisywanego pacjenta stwierdzono otyłość II stopnia, która ograniczała jego aktywność fizyczną, dlatego podczas wykonywania wielu czynności był zależny od innych. Wysiłek fizyczny nie był tolerowany, pojawiała się duszność, przez co trudno było zredukować masę ciała.¹⁶

Rehabilitacja oddechowa w POChP jest bardzo ważna, ponieważ przyczynia się do złagodzenia objawów i poprawy jakości życia. W jej skład wchodzi: trening wysiłkowy, ćwiczenia oddechowe, edukacja chorego, a także jego rodziny. Prawidłowo prowadzona rehabilitacja przynosi korzyści niezależnie od stopnia zaawansowania choroby. Regularne wykonywanie ćwiczeń połączone z leczeniem zmniejsza częstość występowania zaostrzeń. Turnus powinien trwać min. 6 tygodni, aby przyniósł pożądane rezultaty. Opisywany pacjent nigdy nie uczestniczył w turnusie rehabilitacyjnym i nie wykonywał ćwiczeń wysiłkowych. Stosował tylko ćwiczenia oddechowe, do których został zachęcony.^{4,17}

Wiedza chorych na POChP nie jest zadowalająca. Niski poziom edukacji pacjentów może prowadzić do gorszych wyników w leczeniu. Bardzo ważna jest edukacja społeczeństwa, wyjaśnienie istoty choroby, korzyści płynących z rzucenia palenia papierosów, przestrzegania zaleceń. Istotna jest też aktywność fizyczna i rehabilitacja oddechowa oraz informowanie i zachęcanie do cosezonowych szczepień ochronnych przeciwko grypie, które zmniejszają ryzyko infekcji i zaostrzenia choroby. Pacjent, jak większość społeczeństwa, miał niewystarczającą wiedzę na temat POChP i chorób współistniejących, takich jak nadciśnienie tętnicze. Mężczyzna nie szczepił się przeciwko grypie, często występowały u niego infekcje wywołujące zapalenia płuc i zaostrzenia choroby, przez co kilka razy do roku wymagał hospitalizacji.¹⁸

Wnioski

Podczas pełnienia opieki nad pacjentem chorującym na POChP pielęgniarka pełni kilka ważnych funkcji powiązanych z diagnostyką, leczeniem oraz pielęgnacją. Realizując funkcję diagnostyczną, pielęgniarka kontroluje i ocenia parametry życiowe pacjentów, przygotowuje ich do badań, wykonuje spirometrię oraz pobiera materiał do badań diagnostycznych. Uczestniczy w procesie leczenia poprzez

podawanie leków, a także stosowanie tlenoterapii zgodnie ze zleceniem lekarza. Pielęgniarka odpowiada za edukację pacjenta i jego rodziny, przekazuje informacje dotyczące postępowania w chorobie, zapobiegania kolejnym nasileniom poprzez eliminację czynników je wywołujących, ograniczania ryzyka rozwinienia się infekcji i stosowania się do zaleceń lekarza. Zapewniając poczucie bezpieczeństwa w czasie nasilenia duszności poprzez obecność i wsparcie, powinna wykazać się dużym zasobem wiedzy, empatią wobec chorego oraz gotowością niesienia pomocy. Jednym z głównych problemów mężczyzny była przewlekła duszność spowodowana obturacją dróg oddechowych. Interwencjami pielęgniarki były ocena i kontrola parametrów życiowych oraz oddechu. Dzięki temu możliwa była szybka reakcja w momencie nasilenia się duszności, np. podanie tlenu. U pacjenta występowały braki w wiedzy na temat jego chorób i prawidłowego odżywiania, które wymagały uzupełnienia. Zaproponowane udogodnienia (takie jak kule, balkonik) pomogły mu w przemieszczaniu się, poprawiły jego samodzielność i zapewniły mu bezpieczeństwo. Głównymi zadaniami pielęgniarki podczas opieki nad pacjentem były zapewnienie bezpieczeństwa, wsparcia, edukacja oraz pomoc w wykonywaniu codziennych czynności. Podjęte działania nauczyły chorego i jego rodzinę prawidłowego postępowania w chorobie.

ORCID iDs

Paulina Bulińska <https://orcid.org/0000-0002-7002-4986>

Małgorzata Anna Dobrzyńska <https://orcid.org/0000-0002-7855-8106>

Aleksandra Anna Lisowska <https://orcid.org/0000-0002-1429-0673>

Piśmiennictwo

1. Grajewski P, Szczeklik A. *Interna Szczeklika – mały podręcznik*. Kraków, Polska: Medycyna Praktyczna; 2018.
2. Światowa Inicjatywa Zwalczania Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc. *Podręczny przewodnik rozpoznawania, leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc*. Cholerzyn, Polska: Medycyna Praktyczna; 2015.
3. Pączek L, Mucha K, Foronewicz B. *Choroby wewnętrzne – podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009.
4. Śliwiński P, Górecka D, Jassem E, Pierzchała W. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznania i leczenia przewlekłej choroby płuc. *Pneumon Alergol Pol*. 2014;82(3):230–236. doi:10.5603/PiAP.2014.0030
5. Grajewski P, Szczeklik A. *Interna Szczeklika*. Kraków, Polska: Medycyna Praktyczna; 2017.
6. Cisoń-Apanasewicz U. *Zadania i kompetencje pielęgniarki w opiece nad pacjentem w wybranych stanach internistycznych*. Nowy Sącz, Polska: Wydawnictwo Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu; 2012.
7. Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K. *Podstawy pielęgniarstwa – podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Założenia teoretyczne*. T 1. Lublin, Polska: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2013.
8. Biesak B, Włoszczak-Szubda A. Ocena poziomu stresu u pacjentów przed badaniami diagnostycznymi. *AZiCH*. 2016;1(2):23–33. <http://www.wydawnictwo.wsei.eu/index.php/azch/article/download/397/402>. Dostęp 5.03.2020.
9. Kobańska M. Jakie szczepienia profilaktyczne są zalecane u chorych na POChP? <https://www.termidia.pl/pulmonologia/Jakie-szczepienia-profilaktyczne-sa-zalecane-u-chorych-na-POChP-32701.html>. Opublikowano 13.01.2019. Dostęp 20.02.2020.

10. Kózka M, Płaszewska-Żywko L. *Diagnozy i interwencje pielęgniarские*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2015.
11. Tomiak E, Koziańska-Rościszewska M, Mizgała E, Jóźwiak J. *Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego*. Kraków, Polska: Medycyna Praktyczna; 2017.
12. Wożakowska-Kapłon B, Salwa P, Siebert J. Nowe europejskie wytyczne dotyczące postępowania u chorego w nadciśnieniu tętniczym – czy istotnie zmieniają postępowanie lekarza praktyka? *Folia Cardiol.* 2014;9(1):37–53. https://journals.viamedica.pl/fovia_cardiologica/article/view/37691. Dostęp 12.01.2020.
13. Damps-Konstańska I, Świętnicka K, Olszewska-Karaban M, et al. Opieka nad chorymi na zaawansowaną przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP). *Med Paliat Prakt.* 2016;10(1):9–12. https://journals.viamedica.pl/palliative_medicine_in_practice/article/download/47022/35634. Dostęp 9.02.2020.
14. Jassem E. Chory na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) w opiece lekarza rodzinnego. *Pneumon Alergol Pol.* 2014;82(supl 2): 11–21. doi:10.5603/PiAP.2014.0039
15. Głuszek J. Niedokrwienie serca i nadciśnienie tętnicze u chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc i obturacyjny bezdech senny. *Pneumon Alergol Pol.* 2013;81(6):568–572. https://journals.viamedica.pl/advances_in_respiratory_medicine/article/view/35999/32025. Dostęp 3.03.2020.
16. Mandecka A, Regulska-Iłow B. Stan odżywienia i planowanie interwencji dietetycznych u pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Probl Hig Epidemiol.* 2016;97(3):188–194. <http://www.phie.pl/phe.php?opc=AR&lng=pl&art=1374>. Dostęp 21.09.2020.
17. Rysiak E, Osińska M, Kazberuk A. Rehabilitacja oddechowa w POChP. *Farm Współ.* 2017;10:115–120. <https://www.akademia.medycyny.pl/wp-content/uploads/2017/09/9.pdf>. Dostęp 1.02.2020.
18. Gutknecht P, Trzeciak B, Siebert J. Wiedza pacjentów na temat przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Fam Med Primary Care Rev.* 2014;16:99–100. <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-b7d3913f-60e8-43c0-a1b2-246de60937f4>. Dostęp 18.03.2020.