

# **MODEL OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM Z PRZEWLEKŁĄ OBTURACYJNĄ CHOROBA PŁUC**

## **MODEL OF NURSING CARE FOR PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE**

**Julia Szczepańska<sup>1</sup>, Wioleta Sosik<sup>1</sup>, Izabela Przybyło<sup>1</sup>, Jakub Stachyra<sup>1</sup>,  
Klaudia Iwaniszczyk<sup>2</sup>, Aneta Kościółek<sup>3,4\*</sup>, Iwona Adamska-Kuźmicka<sup>4</sup>,  
Agnieszka Sadurska<sup>3,4</sup>**

<sup>1</sup>Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>2</sup>Studenckie Koło Naukowe przy Instytucie Nauk Medycznych „Pielęgniarstwo z Pasją”, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie

<sup>3</sup>Instytut Nauk Medycznych, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie

<sup>4</sup>Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

[https://doi.org/10.29316/9788368103397\\_7](https://doi.org/10.29316/9788368103397_7)

### **Streszczenie**

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest jedną z głównych przyczyn zachorowalności i umieralności na świecie. Choroba prowadzi do postępującego ograniczenia przepływu powietrza przez drogi oddechowe, pogorszenia wydolności organizmu oraz obniżenia jakości życia pacjentów. Istotną rolę w procesie terapeutycznym odgrywa kompleksowa opieka pielęgniarska ukierunkowana na kontrolę objawów, edukację zdrowotną oraz profilaktykę zaostrzeń choroby. Celem rozdziału było przedstawienie modelu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc na podstawie indywidualnego studium przypadku. Badanie przeprowadzono metodą studium przypadku u 62-letniego pacjenta hospitalizowanego z powodu zaostrzenia POChP i współistniejącego zapalenia płuc. Wykorzystano analizę dokumentacji medycznej, wywiad, obserwację oraz pomiary. Zastosowano następujące narzędzia badawcze: COPD Assessment Test (CAT), zmodyfikowaną skalę duszności MRC, skalę BODE, skalę Padewską, skalę Glasgow Coma Scale, skalę NRS, spirometrię,

---

\* e-mail: akosciolka@panschelm.edu.pl

pulsoksymetrię oraz sześciominutowy test marszowy. Pacjent z wieloletnim wywiadem nikotynowym, zaawansowaną POChP, przewlekłą niewydolnością oddechową, tracheostomią i respiratoroterapią domową prezentował znaczne ograniczenie sprawności funkcjonalnej oraz liczne choroby współistniejące. Uzyskano wynik 32 pkt w skali CAT, 4 pkt w skali MRC oraz 9 pkt w skali BODE, co wskazywało na ciężki przebieg choroby i wysokie ryzyko niekorzystnego rokowania. Zidentyfikowano trzy główne problemy pielęgniarские: nieefektywne oddychanie związane z dusznością, nieskuteczne oczyszczanie dróg oddechowych z powodu nadmiernej ilości wydzieliny oraz potrzebę edukacji zdrowotnej dotyczącej profilaktyki i modyfikacji stylu życia. Wdrożone działania pielęgniarские przyczyniły się do poprawy drożności dróg oddechowych, zmniejszenia nasilenia duszności oraz utrzymania odpowiedniej kontroli choroby. POChP znacząco obniża jakość życia pacjentów i prowadzi do ograniczenia samodzielności. Indywidualnie zaplanowana opieka pielęgniarская pozwala skutecznie ograniczać objawy choroby, poprawiać komfort życia oraz wspierać pacjenta w radzeniu sobie z przewlekłą niewydolnością oddechową. Szczególne znaczenie mają działania edukacyjne, profilaktyczne oraz monitorowanie stanu chorego w celu zapobiegania zaostrzeniom i powikłaniom.

**Słowa kluczowe:** przewlekła obturacyjna choroba płuc, POChP, opieka pielęgniarская, studium przypadku, duszność, niewydolność oddechowa, edukacja zdrowotna, jakość życia

### Abstract

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is one of the leading causes of morbidity and mortality worldwide. The disease leads to progressive airflow limitation in the airways, a decline in physical performance, and a reduced quality of life for patients. Comprehensive nursing care focused on symptom management, health education, and prevention of disease exacerbations plays a significant role in the therapeutic process. Presentation of a nursing care model for a patient with chronic obstructive pulmonary disease based on an individual case study. The study was conducted using the case study method in a 62-year-old patient hospitalized due to an exacerbation of COPD and concomitant pneumonia. Medical record analysis, interviews, observation, and measurements were utilized. The following research tools were used: the COPD Assessment Test (CAT), the modified MRC dyspnea scale, the BODE scale, the Padewska scale, the Glasgow Coma Scale, the NRS scale, spirometry, pulse oximetry, and the six-minute walk test. A patient with a long history of smoking, advanced COPD, chronic respiratory failure, a tracheostomy, and home ventilator therapy presented with significant functional impairment and numerous comorbidities. A score of 32 on the CAT scale, 4 on the MRC scale, and 9 on the BODE scale was obtained, indicating a severe course of the disease and a high risk of poor prognosis. Three main nursing problems were identified: ineffective breathing associated with dyspnea, ineffective airway clearance due to excessive secretions, and the need for health education regarding prevention and lifestyle modification. The nursing interventions implemented contributed to improved airway patency, reduced shortness of breath, and adequate disease control. COPD significantly reduces patients' quality of life and leads to a loss of independence. Individually planned nursing care effectively reduces disease symptoms, improves quality of life, and supports patients in managing chronic

respiratory failure. Educational and preventive measures, as well as monitoring the patient's condition, are particularly important for preventing exacerbations and complications.

**Keywords:** chronic obstructive pulmonary disease, COPD, nursing care, case study, shortness of breath, respiratory failure, health education, quality of life

## Wstęp

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest piątą przyczyną zachorowalności i umieralności w krajach rozwiniętych i stanowi znaczne obciążenie gospodarcze i społeczne (Viegi i in., 2007). POChP jest powszechnie występującą, przewlekłą chorobą poddającą się profilaktyce i leczeniu. Cechuje się utrwalonym ograniczeniem przepływu powietrza przez dolne drogi oddechowe, które zazwyczaj postępuje i jest związane z nadmierną reakcją zapalną w oskrzelach i płucach w odpowiedzi na szkodliwe działanie gazów i pyłów, w Polsce najczęściej z dymu tytoniowego. Chorobie można zapobiegać przez usunięcie wpływu czynników wywołujących: palenie papierosów i ekspozycji na inne dymy w środowisku pracy, pyłów i gazów w środowisku domowym i powietrzu atmosferycznym. Zmniejszenie chorobowości i umieralności z powodu POChP na świecie będzie zależało od skuteczności działań profilaktycznych. PZO (przewlekłe zapalenie oskrzeli) rozpoznaje się na podstawie stwierdzenia przewlekłego kaszlu z odkrztuszaniem, utrzymującego się co najmniej przez trzy miesiące w roku w ciągu ostatnich dwóch lat (Śliwiński, 2014). Pacjenci doświadczają postępującego pogorszenia, aż do schyłkowej POChP charakteryzującej się bardzo ciężkim ograniczeniem przepływu powietrza, poważnym ograniczeniem i pogarszającym się stanem sprawności i przewlekłą niewydolnością oddechową, zaawansowanym wiekiem, licznymi chorobami współistniejącymi i ciężkimi objawami powikłaniami ogólnoustrojowymi (Viegi i in., 2007).

Klasyfikacja ciężkości obturacji u chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc obejmuje następujące stopnie po inhalacji leku rozkurczającego oskrzela (IMP, 2022):

- lekki (GOLD 1) –  $FEV_1 \geq 80\%$  wartości należnej,
- umiarkowany (GOLD 2) –  $FEV_1$  wynosi 50-79% wartości należnej,
- ciężki (GOLD 3) –  $FEV_1$  wynosi 30-49% wartości należnej,
- bardzo ciężki (GOLD 4) –  $FEV_1 < 30\%$  wartości należnej.

Przewlekłą obturacyjną chorobę płuc należy podejrzewać u każdej osoby po 40 r.ż. palącej od wielu lat papierosy lub narażonej na środowiskowe zanieczyszczenie powietrza, która kaszle i wykrztusza płwocinę. Dolegliwości te

występują przez wiele lat. Chory zazwyczaj skarży się na postępującą z upływem lat duszność, która początkowo występuje tylko podczas wysiłku. Często dochodzi do zaostrzeń choroby, głównie jesienią i zimą. Zaostrzenie cechuje nasilenie duszności i kaszlu z wykrztuszaniem większej niż zazwyczaj objętości płwociny. W okresie zaostrzeń płwocina zwykle zmienia się ze śluzowej na śluzowo-ropną lub ropną (Śliwiński, 2014).

Do czynników ryzyka należą: zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego, bierne palenie, infekcje układu oddechowego we wczesnym dzieciństwie, nadrektywność oskrzeli lub astma, nawracające infekcje oskrzelowo-płucne, uwarunkowania genetyczne. Przyczyny te wywołują i podtrzymują przewlekły proces zapalny w obrębie układu oddechowego i całego organizmu. Palenie tytoniu odpowiada za około 80% przypadków POChP (Dziedzic, 2020). Badania potwierdziły związek POChP z narażeniem zawodowym na pyły organiczne i nieorganiczne oraz gazy, takie jak: dwutlenek siarki, dwutlenek azotu, ozon i pył zawieszony. 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 (Górecka, 2012).

Celem rozdziału było ukazanie modelu opieki pielęgniarzkiej wobec pacjenta z przewlekłą obturacyjną chorobę płuc.

## **Materialy i metody**

Metoda badawcza jest skoncentrowana na studium indywidualnego przypadku. Wykorzystano następujące techniki badawcze: analiza dokumentacji, wywiad, pomiary, obserwacja. Zastosowane narzędzia badawcze to: Karta opieki pielęgniarzkiej, COPD Assesment Test CAT, BMI, skala do oceny bólu NRS, spirometria, pulsoksymetria, zmodyfikowana skala duszności MRC, skala do oceny kaszlu, skala BODE, skala Padewska, skala Glasgow Coma Scale, sześciominutowy marsz. Badanie zostało przeprowadzone w dniach 8-14 listopada 2022 r. podczas hospitalizacji chorego w szpitalu.

## **Wyniki**

Pacjent lat 62. Mieszka wraz z żoną w większym miesście na parterze w bloku mieszkalnym. Pacjent określa swoją sytuację materialną na raczej dobrą. Chory obecnie nie podejmuje pracy zawodowej z powodu poważnych chorób i pogorszenia stanu zdrowia. Pacjent M. W. od szkoły podstawowej miał kontakt

z nikotyną. Zgłasza, że w przeszłości był nałogowym palaczem i w ciągu dnia wypalał łącznie dwie paczki papierosów. Zaznaczył, iż od 2012 r. całościowo zaprzestał palenia papierosów. 12 lat temu zdiagnozowano u Pana M. W. przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Początkowo lekceważył objawy: nieustający kaszel, napadowa duszność podczas niewielkiego wysiłku fizycznego. Do szpitala trafił z powodu niemożności nabrania powietrza, pacjent zgłaszał silny ucisk w płucach. Po wykonaniu badań postawiono rozpoznanie o przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. Pacjent po 2 latach od rozpoznania kwalifikował się do założenia rurki tracheostomijnej i podłączenia do respiratora z pomocą tracheostomii. Pacjent był wielokrotnie hospitalizowany w Klinice Pulmonologicznej w Lublinie z powodu zaostrzeń POChP i niewydolności oddechowej. Od lat stosuje respiratoroterapię domową, która ułatwia mu oddychanie. Pacjent stara się w miarę możliwości często przebywać na świeżym powietrzu, podczas przebywania na dworze nie korzysta z respiratora. Chory porusza się za pomocą wózka inwalidzkiego. W życiu codziennym ma wsparcie rodziny, zwłaszcza żony.

Z powodu nasilającej się duszności od kilku dni, pacjent dnia 4.11.2022 r. przyjechał karetką na SOR w Lublinie. Tam wykonano podstawowe badania oraz RTG klatki piersiowej AP w pozycji siedzącej. W wywiadzie zaznaczono, że pacjent ma domową respiratoroterapię z powodu przewlekłej niewydolności oddechowej rozpoznane ciężkie POChP. Pacjent skarżył się ponadto na ogólne osłabienie, temperatura ciała wynosiła 37 stopni Celsjusza. Po wykonaniu koniecznych badań rozpoznano: Nieokreślone płatowe zapalenie płuc. Test na zakażenie COVID-19 dał wynik negatywny. Pacjent został skierowany na oddział: Kliniczny Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy z Pododdziałem Wzmoczonej Opieki Pulmonologicznej i Postcovidowej.

Pacjent ma liczne choroby współistniejące m.in.: epilepsja, stan po napadach gromadnych ogniskowych lewostronnych, przewlekła niewydolność serca, dna moczanowa, nadciśnienie tętnicze, nadciśnienie płucne, zatorowość obwodowa, ZUA, stłuszczenie wątroby oraz nosicielstwo KPC. Dodatkowo jest to pacjent po udarze. W 2019 r. pacjent zgłosił się z objawami drgawek lewych kończyn oraz lewej połowy twarzy. Po licznych badaniach wykazano, że u pacjenta doszło do udaru niedokrwiennego prawej półkuli mózgu. Skutkiem tego jest nieznaczny niedowład połowiczny lewostronny.

W teście do oceny POChP-COPD Assessment Test (CAT) badanie wykazało wynik 32 pkt, świadczy to o wysokim ryzyku zaostrzenia choroby oraz negatywny

wpływ na jakość życia pacjenta. Pacjent w skali MRC do oceny duszności otrzymał wynik 4 duszność uniemożliwiająca choremu opuszczanie domu lub występuje przy ubieraniu się lub rozbieraniu. W skali do oceny kaszlu uwzględniono kaszel dzienny oraz kaszel w spoczynku nocnym. Badanie wykazało: 5 pkt kaszel w ciągu dnia nie można wykonywać większość zwykłych czynności z powodu ciężkiego kaszlu, 4 pkt kaszel w spoczynku nocnym często kaszle przez większość nocy. Saturacja pacjenta wynosiła w dniu badania 97%. W skali Padewskiej do oceny ryzyka żylnej choroby zakrzepowo zatorowej pacjent otrzymał 20 pkt. Oznacza to, że istnieje duże ryzyko choroby i konieczne jest wdrożenie profilaktyki żylnej choroby zakrzepowo zatorowej. Do oceny pacjenta w skali BODE konieczne było wykonanie innych czterech testów, aby otrzymać wynik. BMI = 19,73 (+1 pkt), FEV1 = 36% (+2 pkt), duszność w skali MRC = 4 (+3pkt), Pokonana odległość w sześciominutowym teście marszowym = < 149m (+3 pkt). Badanie wykazało, iż pacjent został oceniony na 9 pkt odsetek 4-letniego przeżycia.

W skali Glasgow-Coma-Scale pacjent uzyskał 15 punktów, znaczy, że pacjent jest przytomny i świadomy. W skali NRS pacjent otrzymał 0 pkt brak dolegliwości bólowych. Na podstawie wywiadu dokonano oceny funkcjonowania poszczególnych układów:

- **Układ sercowo-naczyniowy:** tętno 80 uderzeń na minutę, miarowe, drutowate, ciśnienie tętnicze krwi 145/80 mmHg, obecne szmery przy osłuchiowaniu, brak omdleń, chłodne dystalne części ciała, pacjent choruje na nadciśnienie tętnicze, niedomykalność lewej zastawki mitralnej i trójdzielnej, zespół przewlekłego serca płucnego.
- **Układ oddechowy:** oddechy 13 w ciągu minuty z pomocą respiratora, obecna duszność spoczynkowa i wysiłkowa, zaleganie gęstej wydzieliny, obecny przewlekły kaszel, założona rurka tracheostomijna, respiratoroterapia.
- **Układ pokarmowy:** wymaga pomocy podczas posiłku, łaknienie prawidłowe, objętość przyjmowanych płynów 1,5-2l w ciągu doby, jama ustna bez zmian, dieta wysokobiałkowa, pacjent nie zgłasza nudności.
- **Układ moczowo-płciowy:** pacjent ma założony cewnik Foley, obecnie brak dolegliwości bólowych, w przeszłości liczne zakażenia układu moczowego, ilość diurezy 1l na dobę.
- **Układ mięśniowo-szkieletowy:** sprawność ruchowa ograniczona – nieznaczny niedowład połowiczny lewostronny, wysokie ryzyko upadku, ograniczona mobilność.

- **Skóra:** temperatura ciała 37 stopni Celsjusza, obecne liczne obtarcia w okolicy czołowej, stan higieniczny – skóra sucha, blada, obecne liczne tatuaże.
- **Narządy zmysłów:** wzrok i słuch prawidłowy, sen zaburzony – liczne wybudzenia nocne, percepcja prawidłowa.
- **Stan odżywienia:** masa ciała: 69 kg, wzrost 187 cm, BMI: 19,73 prawidłowa masa ciała na granicy minimum.

Diagnozy pielęgniarstwa zostały sformułowane na podstawie aktualnej wiedzy medycznej oraz literatury przedmiotu: „Podręcznik diagnoz pielęgniarstwa. Przewodnik planowania opieki opartej na dowodach naukowych” Betty J. Ackley, Gail B. Ladwig; redakcja naukowa wydania polskiego: Danuta Zarzycka, Barbara Ślusarska.

**Tabela 1.** Nieefektywne oddychanie spowodowane dusznością

|                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Diagnoza:</b> Nieefektywne oddychanie                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Przyczyna:</b> Duszność                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Cel:</b> Drożność dróg oddechowych, zmniejszenie odczuwania duszności.                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Działania pielęgniarstwa:</b>                                                                                                       | <b>Uzasadnienie empiryczne:</b>                                                                                                                                                                                                                                     |
| Określenie stopnia nasilenia duszności, stosując skalę oceny, taką jak np. zmodyfikowana skala Borga.                                  | W badaniu przeprowadzonym na izbie przyjęć wyniki uzyskane przy zastosowaniu zmodyfikowanej skali Borga dobrze korelowały z wynikami badania klinicznego czynności układu oddechowego i zostały ocenione jako pomocne zarówno dla pacjentów, jak przez pielęgniarki |
| Obserwowanie częstości oddechów, głębokość i łatwość oddychania.                                                                       | Badanie wykazało, że zaistniały istotne zmiany fizjologiczne, gdy częstość oddechów przekraczała 30 oddechów/minutę przy współistniejących innych wskaźnikach fizjologicznych                                                                                       |
| Zwrócenie uwagi na pracę mięśni dodatkowych, rozszerzenie nozdrzy, wciąganie mięśni międzyżebrowych, drażliwość, splątanie lub letarg. | EB: Te objawy wskazują na narastające zaburzenia oddychania i narastającą hipoksję.                                                                                                                                                                                 |
| Obserwowanie koloru języka, śluzówki jamy ustnej i skóry pod kątem objawów sinicy.                                                     | Sinica języka i śluzówki jamy ustnej to sinica centralna i generalnie wskazuje na stan wymagający natychmiastowej pomocy medycznej.                                                                                                                                 |
| Osluchiwanie szmerów oddechowych, zwracając uwagę na ich ściszenie lub brak, trzeszczenia lub świsty.                                  | EB: Te nieprawidłowe szmery oddechowe mogą wskazywać na nieprawidłowości oddechowe związane ze zmienionym rytmem oddechowym.                                                                                                                                        |

|                                                                                                                                    |                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Monitorowanie saturacji, stosując pulsoksymetr. Zwracanie uwagi na wyniki gazometrii krwi.                                         | Saturacja tlenem mniejsza niż 90% lub ciśnienie parcjalne tlenu mniejsze niż 80 mmHg wskazuje na istotne problemy z natlenowaniem                       |
| Wspieranie pacjenta w stosowaniu oddychania „przez zasnurowane usta” i technik oddechu kontrolowanego.                             | Badanie przeglądowe wykazało, że oddychanie przez „zasnurowane usta” jest skutecznym sposobem w zmniejszaniu objawów duszności                          |
| Zalecenie w ostrej duszności przechylenie pacjenta do przodu przez stoli przy łóżku, opierając łokcie na stoliku jeśli to możliwe. | Przechylenie się do przodu może pomóc zmniejszyć duszność, prawdopodobnie z powodu ciśnienia w żołądku, które pozwala na lepsze kurczenie się przepony. |
| Ułożenie pacjenta w pozycji pionowej lub pozycji pół-Fowlera.                                                                      | EB: Pozycja wyprostowana ułatwia rozszerzenie się tkanki płucnej.                                                                                       |
| Podawanie tlenu według zleceń.                                                                                                     | Wykazano, że podawanie tlenu koryguje hipoksemię, która powoduje duszność                                                                               |
| Skierowanie pacjenta na rehabilitację oddechową.                                                                                   | W badaniu Cochrane stwierdzono, że programy rehabilitacji oddechowej są wysoce skuteczne i bezpieczne dla pacjentów z zaostrzeniem POChP                |
| <b>Wynik opieki:</b> Uzyskano drożność dróg oddechowych, zmniejszono odczuwanie duszności przez pacjenta.                          |                                                                                                                                                         |

Źródło: Puhan i in., 2009; Langer i in., 2009; Nguyen i in. 2008; Clark, 2006; Fauci i in., 2008; Bickley, Szilagyi, 2009.

**Tabela 2.** Nieskuteczne oczyszczanie dróg oddechowych z powodu nadmiernej ilości wydzieliny

|                                                                                           |                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Diagnoza:</b> Nieskuteczne oczyszczanie dróg oddechowych                               |                                                                                                                                                                |
| <b>Przyczyna:</b> Nadmierna ilość płwociny                                                |                                                                                                                                                                |
| <b>Cel:</b> Uzyskanie drożności dróg oddechowych, zmniejszenie zalegającej wydzieliny.    |                                                                                                                                                                |
| <b>Działania pielęgniarskie:</b>                                                          | <b>Uzasadnienie empiryczne:</b>                                                                                                                                |
| Osluchiwanie szmery oddechowe co 1-4 godziny.                                             | Obecność szorstkich trzeszczeń w czasie późniejszej fazy wdechu wskazuje na obecność płynu w drogach oddechowych, świsty wskazują na zwężenie dróg oddechowych |
| Kontrolowanie schematów oddechów, w tym częstość, głębokość oddechów i wysiłek oddechowy. | EB: W miarę zwiększenia ilości wydzieliny w drogach oddechowych częstość oddechu wzrośnie.                                                                     |
| Kontrolowanie wartości gazometrii krwi oraz tętno i poziom saturacji.                     | Obniżenie poziomu saturacji poniżej 90% lub ciśnienia parcjalnego tlenu poniżej 80 wskazuje na poważne problemy z utlenowaniem krwi                            |
| Podawanie tlenu zgodnie z zleceniami.                                                     | Udowodniono, że podawanie tlenu koryguje hipoksemię.                                                                                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pomoc pacjentowi w głębokim oddychaniu i zastosowaniu kaszlu kontrolowanego. Zalecenie pacjentowi oddychania głęboko, wstrzymanie oddechu na kilka sekund, a następnie do odkaszlnięcia dwa lub trzy razy z otwartymi ustami z jednoczesnym napięciem górnych mięśni brzucha. | Ta technika pozwala na zwiększenie ilości usuwanej wydzieliny i zmniejsza częstość napadów kaszlu. W kontrolowanym kaszlu wykorzystywana jest przepona, co powoduje, że kaszel jest silniejszy i bardziej skuteczny. |
| Pomoc pacjentowi w przyjęciu pozycji, która będzie ułatwiała mu oddychanie np. zagłówek łóżka odchylony o 30-45 stopni i zmieniaj pozycję przynajmniej, co 2 godziny.                                                                                                         | U pacjenta wentylowanego mechanicznie obserwuje się obniżenie częstości występowania zapalenia płuc, jeżeli pacjenta w pozycji półleżącej pod kątem 45 stopni w stosunku do leżenia na wznak                         |
| Zachęcanie pacjenta do przyjmowania płynów w ilości do 2500 ml na dobę.                                                                                                                                                                                                       | EB: Płyny mogą pomóc w minimalizacji wysychania błon śluzowych i maksymalizacji działania rzęsek usuwających wydzielinę.                                                                                             |
| Podawanie zgodnie z zleceniem leki rozszerzające oskrzela lub wziewne steroidy.                                                                                                                                                                                               | Środki rozszerzające oskrzela zmniejszają opór dróg oddechowych, usprawniają skuteczność ruchów dróg oddechowych, poprawiają tolerancję wysiłku fizycznego i mogą redukować objawy duszności po wysiłku              |
| Wykonywanie drenażu pozycyjnego, oklepywanie i ćwiczenia vibracyjne, jeśli są zalecane.                                                                                                                                                                                       | Przegląd badań przeprowadzony przez Cochrane nie wykazał przewagi fizjoterapii nad technikami oczyszczania dróg oddechowych u pacjentów z mukowiscydozą                                                              |
| Obserwowanie plwociny zapisując jej kolor zapach i objętość.                                                                                                                                                                                                                  | EB: Prawidłowa plwocina jest przezroczysta i jest jej mało, plwocina nieprawidłowa może być zielona, żółta lub krwista, może mieć przykry zapach, a często jest obfita.                                              |
| Prowadzenie dokumentacji, zapisywanie wyników odkasływania i odsysania, zwracając szczególną uwagę na tolerancję pacjenta oraz cechy wydzieliny takie jak kolor, zapach, objętość.                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Wynik opieki:</b> Uzyskano drożność dróg oddechowych oraz zmniejszono odczucie duszności przez pacjenta.                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                      |

Źródło: Fauci i in., 2008; Barnett, 2008; Seckel, 2006; Donahue, 2002; Clark, 2006.

**Tabela 3.** Niedostateczna wiedza na temat zaprzestania palenia papierosów

|                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Diagnoza:</b> Niedostateczna wiedza                                       |
| <b>Przyczyna:</b> Brak zainteresowania skutków palenia papierosów            |
| <b>Cel:</b> Pacjent włącza wiedzę na temat reżimu zdrowotnego do stylu życia |

| <b>Działania pielęgniarские:</b>                                                                                                              | <b>Uzasadnienie empiryczne:</b>                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zwrócenie szczególnej uwagi na gotowość pacjenta do uczenia się (sprawność umysłu, motywacja, uprzednio nabyta wiedza) podczas edukacji       | EB: Gotowość pacjenta zmienia się w czasie od czynników sytuacyjnych fizycznych i emocjonalnych                                                                     |
| Ocena znaczenia choroby dla pacjenta w postrzeganiu zmiany stylu życia                                                                        | . Zaobserwowano poprawę w zakresie zarządzania objawami i satysfakcji pacjentów w wyniku interwencji skoncentrowanych na potrzebach pacjenta oraz znaczeniu choroby |
| Wykorzystanie zindywidualizowanego podejścia wspierającego priorytety preferencji i wybór pacjenta                                            | Zindywidualizowane interwencje edukacyjne mają wpływ na pozytywne rezultaty leczenia u pacjenta                                                                     |
| Zapewnienie pomocy wizualnej w celu polepszenia efektywności uczenia się uwzględnienie skoordynowanych różnych metod przekazywania informacji | Dowodzono że zastosowanie pomocy wizualnych takich jak obrazki i ich proste opisy było skutecznym środkiem uwydatnienia najważniejszych informacji                  |
| Przedstawienie pacjentowi negatywnych skutków palenia nikotyny oraz przedstawienie możliwych metod zaprzestania                               |                                                                                                                                                                     |
| Omówienie prozdrowotnych zmiany stylu życia sprzyjające dobremu zdrowiu oraz naszemu samopoczuciu                                             | Należy zwiększyć wysiłki na rzecz poprawy zarówno opieki prewencyjnej jak też interwencji mających na celu podniesienie jakości życia osób starszych                |
| <b>Wynik opieki:</b> Pacjent włacza nabytą wiedzę do swojego stylu życia                                                                      |                                                                                                                                                                     |

Źródło: Houts i in., 2006; Suhonem i in., 2000; Hornsten i in., 2005; Olinzock, 2004.

## Dyskusja

W rozdziale została podkreślona rola pielęgniarki nad pacjentem z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Jest to choroba przewlekła z okresami remisji i zaostrzenia. Znaczenie wpływa na jakość życia człowieka i obniża jego komfort. Poprzez patomechanizm choroby pacjentowi coraz trudniej jest oddychać, a co za tym idzie funkcjonować w życiu codziennym, prywatnym, zawodowym. Możliwe jest zmniejszenie objawów choroby poprzez niwelowanie czynników ryzyka oraz modyfikację stylu życia. Zaplanowane działania mają na celu poprawę jakości życia pacjenta oraz zminimalizowania występowania działań niepożądanych związanych z chorobą. Pielęgniarka pełni kluczową rolę w procesie pielęgnowania pacjenta chorującego na POChP. Pełni funkcję edukacyjno-profilaktyczną, przekazując widzę pacjentowi i rodzinie o objawach choroby, czynnikach ryzyka, działaniach jakie należy podjąć, aby zminimalizować skutki choroby. Pełni

również funkcję diagnostyczno-terapeutyczną, gdzie dokonuje pomiaru podstawowych parametrów życiowych i podaje leki na zlecenie lekarskie.

## Wnioski

1. W wyniku choroby POChP jakość życia pacjenta znacznie spadła. Prawidłowo dobrana opieka pielęgniarska znacząco wpływa na poprawę jakości życia. Dzięki zaplanowanym działaniom można skutecznie zmniejszyć odczuwane dolegliwości i kontrolować chorobę.
2. Pacjent ma trudności z oddychaniem z powodu dużej ilości gęstej wydzieliny. Konieczne jest częste odsysanie dróg oddechowych pacjenta, aby ułatwić mu oddychanie. Poza uporczywymi problemami związanymi z układem oddechowym pacjent nie wykazuje w obecnym czasie stanu zagrożenia zdrowia czy życia.
3. Obecnie u pacjenta nie występują czynniki ryzyka związane z chorobą. Od rozpoznania choroby mężczyzna nie zażywa nikotyny pod żadną postacią.
4. Pacjent jest świadomy swojej choroby i posiada wystarczającą wiedzę na temat modyfikacji stylu życia.
5. Istotnym aspektem w życiu chorego jest wykonywanie przez personel pielęgniarski funkcji edukacyjno-profilaktycznej. Pacjent posiadający wiedzę na temat czynników ryzyka, odpowiedniego leczenia czy rehabilitacji oddechowej w pełni może kontrolować chorobę i nie odczuwać dolegliwości związanych z układem oddechowym.

## Literatura

1. Ackley, B., Ladwig G. (2011). *Podręcznik diagnoz pielęgniarskich*. GC Media House.
2. Barnett, T., Merylin Cross, M., Jacob, E., Shahwan-Akl, L., Welch, A., Caldwell, A., Berry R. (2008). Building capacity for the clinical placement of nursing students. *Collegian*, 15, 55-61.
3. Bickley, L. S., Szilagyi, P. G. (2009). *Bates guide to physical examination and history taking*. Lippincott Williams and Williams.
4. Clark, C. (2006). Student Voices: Perceptions of Faculty Incivility. *Nursing Education Perspectives*, 27(1), 34-43.
5. Donahue, N., Wilimas, J., Urbina, C., de Grimaldi, G., Ribeiro, P. (2002). International hematology-oncology nursing education in Latin America. *J. Pediatr Oncol Nurs*, 19(3), 79-83.
6. Dziedzic, E. (2016). Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Polish Journal of Health and Fitness*, 1, 12-29.

7. Fauci, A. S. (2008). 25 years of HIV. *Nature*, 453, 289-90.
8. Górecka, D., Jassem, E., Pierzchała, W., Śliwiński, P. (2012). Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 80(3), 220-254.
9. Hornsten, A., Lundman, B., Selstam, E. K., Sandstrom, H. (2005). Patient satisfaction with diabetes care. *JAN. Leading Global Nursing Research*, 51(6), 609-617.
10. Houts, P. S., Doak, C. C., Doak, L. G., Loscalzo, M. J. (2006). The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient. Educ. Couns*, 61(2), 173-190.
11. Instytut Medycyny Pracy. (2022). *Przewlekła obturacyjna choroba płuc: Wytyczne do profilaktyki, rozpoznawania i powrotów do pracy*. Pobrane z: <https://npz.net.pl/wp-content/uploads/2022/01/Przewlekla-obturacyjna-choroba-pluc-wytyczne-do-profilaktyki-rozpoznawania-i-powrotow-do-pracy.pdf> (data dostępu: 06.11.2022).
12. Langer, E. J. (2009). *Counterclockwise: Mindful health and the power of possibility*. Ballantine Books.
13. Nguyen, H. Q., Donesky-Cuenco, D., Wolpin, S., Reinke, L. F., Benditt, J. O., Paul, S. M., Carrieri-Kohlman, V. (2008). Randomized controlled trial of an internet-based versus face-to-face dyspnea self-management program for patients with chronic obstructive pulmonary disease: pilot study. *J Med Internet Res*, 10(2), e9.
14. Olinzock, B. J. (2004). A model for assessing learning readiness for self-direction of care in individuals with spinal cord injuries: A qualitative study. *SCI Nursing*, 21(2), 69-74.
15. Puhan, M. A., Garcia-Aymerich, J., Frey, M., Gerben ter Riet, Antó, J. M., Agustí, A. G., Gómez, F. P., Rodríguez-Roisín, R., Moons, K. G. M., Kessels, A. G., Held, U. (2009). Expansion of the prognostic assessment of patients with chronic obstructive pulmonary disease: the updated BODE index and the ADO index. *Lancet*, 374(9691), 704-711.
16. Seckel, M. A. (2006). AACN Protocols for Practice: Care of Mechanically Ventilated Patients. *AACN Adv. Crit. Care*, 17(4), 460-461.
17. Suhonem, L., Hiilesmaa, V., Teramo, K. (2000). Glycemic control during early pregnancy and fetal malformations in women with type 1 diabetes mellitus. *Diabetologia*, 43, 79-82.
18. Śliwiński, P., Górecka, D., Jassem, E., Pierzchała, W. (2014). Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 82(3), 227-263.
19. Viegi, G., Pistelli, F., Sherrill, D. L., Maio, S., Baldacci, S., Carrozzi, L. (2007). Definition, epidemiology and natural history of COPD. *European Respiratory Journal*, 30(5), 993-1013.