

Iwona Damps-Konstańska¹, Lidia Werachowska², Piotr Krakowiak³¹Klinika Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku²Wojewódzki Zespół Szkół Policealnych w Chojnicach³Hospicjum im. Ks. Eugeniusza Dutkiewicza, Fundacja Hospicyjna w Gdańsku

Rola opiekuna medycznego i wolontariusza w opiece nad chorymi na zaawansowaną postać przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)

Streszczenie

Opieka nad chorymi na zaawansowaną przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) stwarza wiele problemów medycznych i organizacyjnych. Chorzy na zaawansowaną POChP to zazwyczaj osoby starsze, u których występują także inne przewlekłe schorzenia. Jednym ze sposobów poprawy organizacji opieki nad osobami przewlekłe chorymi i niesamodzielnymi w Polsce jest utworzenie nowego zawodu, jakim jest opiekun medyczny, oraz promowanie medycznego wolontariatu. Medyczny opiekun i wolontariusz mają za zadanie rozpoznawać bieżące i stałe problemy osoby chorej i niesamodzielnej. Powinni współpracować z pielęgniarką w zakresie planowania i realizowania opieki, pomagać pielęgniarce podczas wykonywania zabiegów pielęgnarskich oraz wspierać chorego w realizowaniu zaleceń lekarskich. Opieka domowa nad chorymi na zaawansowaną POChP wymaga współpracy interdyscyplinarnego zespołu opiekuńczego. Wydaje się, że opiekunowie medyczni i wolontariusze mogą w istotny sposób usprawnić działania takiego zespołu.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2009; 3, 3: 150–156

słowa kluczowe: zaawansowana POChP, opiekun medyczny, wolontariusz

Wstęp

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest schorzeniem charakteryzującym się niecałkowicie odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Ograniczenie to jest zwykle postępujące i wiąże się z nieprawidłową odpowiedzią zapalną płuc na szkodliwe pyły lub gazy [1]. W zaawansowanej postaci prowadzi do inwalidztwa oddechowego i zgonu. Ostatnie badania wskazują, że ciężka i bardzo ciężka postać POChP

występuje u około 20% chorych, przy ogólnej liczbie sięgającej w Polsce niemal 2 000 000 [2]. Choroba najczęściej dotyczy osób powyżej 40. roku życia.

Spośród czynników ryzyka POChP wymienia się uwarunkowania genetyczne, astmę i nadreaktywność dróg oddechowych, zaburzony wzrost płuc w okresie płodowym i wczesnym dzieciństwie, zawodowe narażenia na pyły i substancje chemiczne, zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego i wewnątrz pomieszczeń, zakażenia układu oddechowego, niski status ekonomiczno-społeczny oraz warunki

Adres do korespondencji: dr n. med. Iwona Damps-Konstańska
Klinika Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
ul. Dębinki 7, 80–211 Gdańsk
tel./faks: (058) 349 16 25
e-mail: damik@amg.gda.pl



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2009, 3, 3, 150–156
Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

klimatyczne [1]. Najsilniejszym czynnikiem, udokumentowanym w pracach doświadczalnych i epidemiologicznych, pozostaje jednak palenie tytoniu [3].

Kliniczny obraz zaawansowanej POChP

Ciężka POChP charakteryzuje się dużym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe [natężona objętość pierwszosekundowa (FEV₁, *forced expiratory volume in one second*) wynosi 50 do 30% wartości należnej]; w bardzo ciężkiej POChP stwierdza się jeszcze bardziej nasilone ograniczenia czynności wentylacyjnej (FEV₁ < 30% wartości należnej) oraz, najczęściej, obecność niewydolności oddechowej lub objawów prawokomorowej niewydolności serca. W tym stadium jakość życia chorych jest znacznie pogorszona, a zaostrzenia mogą zagrażać życiu [1].

U chorych na POChP przewlekły proces zapalny prowadzi do anatomicznych zmian w układzie oddechowym oraz do występowania objawów pozapłucnych [4, 5]. Do najważniejszych zmian pozapłucnych należą: zmniejszenie masy mięśniowej i osłabienie siły mięśni szkieletowych, zaburzenia stanu odżywienia, zaburzenia ze strony układu nerwowego (zaburzenia snu, stany lękowe i depresyjne), zmiany w układzie krążenia, osteoporoza, zaburzenia endokrynologiczne, przewlekła niedokrwistość niedobarwliwa i normocytarna lub policytemia [6]. Chorzy na zaawansowaną POChP to zazwyczaj osoby starsze, u których występują także inne przewlekłe schorzenia. Najczęściej są to choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca, schorzenia przewodu pokarmowego, depresja czy inne choroby układu oddechowego, w tym rak płuca. U około 15% chorych na POChP ustalenie rozpoznania histopatologicznego guza płuca nie jest możliwe z powodu ciężkiego stanu ogólnego lub zbyt niskich wartości FEV₁ [7]. W wielu badaniach wykazano, że ciężka POChP powoduje znaczne pogorszenie jakości życia. Połowa chorych otrzymująca domowe leczenie tlenem nie opuszcza swych domów, zaś 80% odczuwa duszność podczas codziennej aktywności [8]. Mimo że chorzy na ciężką POChP deklarują potrzebę długotrwałej opieki [9], z reguły nie otrzymują właściwego wsparcia.

Leczenie POChP

Optymalne leczenie POChP powinno nie tylko przeciwdziałać płucnym następstwom, lecz także pozapłucnym powikłaniom choroby. W opiece nad chorym istotne jest ponadto rozpoznanie i leczenie chorób współistniejących [6]. Zaprzestanie palenia

tytoniu i DLT są jedynymi potwierdzonymi dotychczas metodami leczenia, które wpływają na przeżycie chorych [10]. Farmakoterapia zaawansowanej POChP to przede wszystkim leczenie wziewne lekami rozkurczającymi oskrzela i poprawiającymi mechanikę oddychania, takimi jak β_2 -mimetyki i leki antycholinergiczne [11, 12]. W przypadku występowania częstych zaostrzeń jest wskazane włączenie wziewnych glikokortykosteroidów. W zaawansowanej POChP jest wskazane leczenie skojarzone (z zastosowaniem glikokortykosteroidów i długodziałających β_2 -mimetyków w jednym pojemniczku), które, wykorzystując synergizm ich działania, daje lepsze wyniki. Należy podkreślić, że prawidłowa technika inhalacji leków wziewnych jest konieczna do osiągnięcia odpowiedniej depozycji leku w układzie oddechowym, a w konsekwencji klinicznej skuteczności inhalowanych leków.

Innym lekiem zalecanym w farmakoterapii zaawansowanej POChP jest teofilina, przy czym stosowanie pochodnych teofiliny powinno być ograniczone do preparatów o powolnym uwalnianiu. W przypadku hipoksemii, kwasicy oddechowej czy współwystępowania niewydolności serca dawkę teofiliny należy zmniejszyć z powodu możliwości zahamowania jej metabolizmu. Bezpieczeństwo stosowania leków z tej grupy zależy także w istotnym stopniu od umiejętności chorego i jego opiekunów wczesnego stwierdzenia niepożądanych objawów, jak: tachykardia, zaburzenia rytmu serca lub nasilone wymioty [13–15].

Niewydolność oddechowa jest wskazaniem do DLT. Korzystne efekty uzyskuje się u chorych, którzy oddychają tlenem co najmniej 15 godzin na dobę. Przepływ tlenu ustala się na podstawie gazometrii krwi tętniczej; wynosi on zwykle około 2 l/minutę. W okresie nasilonej fizycznej aktywności chorego zaleca się zwiększenie przepływu tlenu o 1 l/minutę w odniesieniu do przepływu ustalonego w spoczynku. Korzyści związane ze stosowaniem DLT obejmują stabilizację nadciśnienia płucnego, zmniejszenie poliglobulii, wydłużenie życia oraz poprawę jakości życia chorych [16].

W zaawansowanej POChP chory powinien wykonywać ćwiczenia fizyczne podczas tlenoterapii [17, 18]. Nauka odpowiedniej techniki oddychania wpływa na zmniejszenie odczuwania przez chorego duszności. Właściwie prowadzona fizjoterapia pozwala poprawić drożność drzewa oskrzelowego poprzez zwiększenie wykrztuszania wydzieliny. Ogólnie usprawniające ćwiczenia poprawiają siłę mięśniową i koordynację ruchową. Do niefarmakologicznych metod terapii zaawansowanej POChP należy operacyjne zmniejszenie objętości płuc. Metoda ta polega

na usunięciu najbardziej zniszczonych brzeżnych części płuc, znajduje zastosowanie u chorych z nierównomiernie nasiloną rozedmą płuc. Korzyści takiego zabiegu polegają na poprawie tolerancji wysiłku, zmniejszeniu duszności wysiłkowej i poprawie wyników badań czynnościowych — zmniejszeniu objętości zalegającej, zwiększeniu pojemności życiowej i natężonej FEV₁ [19].

Problemem, który często dotyczy chorych na zaawansowane postaci POChP, są nawracające zaostżenia. Średnio u jednego chorego w czasie roku występują dwa do trzech incydentów, co w wielu przypadkach wiąże się z koniecznością hospitalizacji. Zaostżenia pogarszają przebieg choroby i niekorzystnie wpływają na rokowanie. Wczesne rozpoznanie zaostżenia na ogół pozwala uniknąć leczenia szpitalnego. Należy przy tym podkreślić, że prawidłowe leczenie w stabilnym okresie choroby pozwala znacznie zmniejszyć liczbę zaostżeń w ogóle.

Problemy organizacji opieki nad chorymi na zaawansowaną POChP

Opieka nad chorymi na przewlekłe zaawansowane choroby stwarza wiele problemów medycznych i organizacyjnych. Poza opieką medyczną staje się potrzebna codzienna opieka nad osobą chorą i niesamodzielną. Rodzina w domowym środowisku potrzebuje fachowej pomocy osoby, która potrafi wesprzeć chorego i jego bliskich w organizacji działań związanych z procesem leczenia. W wielu przypadkach bliskie osoby nie potrafią lub nie mają możliwości (brak czasu, sił fizycznych lub/i emocjonalnych), żeby właściwie opiekować się chorym. Wzrasta też odsetek ludzi starych i niesamodzielnych, którzy samotnie borykają się z chorobą i trudami codziennego życia. W schyłkowym okresie przewlekłej choroby z reguły osoby te wymagają stałego wsparcia.

W niektórych środowiskach (dotyczy to zwłaszcza regionów wiejskich) system opieki medycznej i środowiskowej nie jest w pełni wydolny — brakuje pielęgniarek i opiekunek środowiskowych. Także szpitale stają przed problemem kadrowym.

Polska próbuje poprawić organizację opieki nad osobami przewlekłe chorymi i niesamodzielnymi poprzez utworzenie nowego zawodu, jakim jest opiekun medyczny, oraz przez promowanie medycznego wolontariatu.

Opiekun medyczny

Zakres kompetencji i odpowiedzialności opiekuna medycznego określa odpowiednia prawna regu-

lacja, która została wydana w 2007 roku przez Ministerstwo Zdrowia [20]. Absolwent szkoły kształcącej w zawodzie opiekun medyczny powinien być przygotowany do wykonywania następujących zawodowych zadań:

- 1) rozpoznawanie i rozwiązywanie problemów opiekuńczych osoby chorej i niesamodzielnej o różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku;
- 2) pomoc osobie chorej i niesamodzielnej w zaspokajaniu podstawowych potrzeb biologicznych;
- 3) pomoc osobie chorej i niesamodzielnej w podtrzymywaniu aktywności społecznej;
- 4) aktywizowanie osoby chorej i niesamodzielnej do zwiększania samodzielności życiowej;
- 5) zapewnianie osobie chorej i niesamodzielnej bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego;
- 6) zapewnianie osobie chorej i niesamodzielnej higienicznych warunków otoczenia;
- 7) wykonywanie zabiegów higienicznych;
- 8) współdziałanie z zespołem opiekuńczym i terapeutycznym;
- 9) asystowanie pielęgniarce podczas wykonywania zabiegów pielęgniarstkich;
- 10) użytkowanie i konserwacja urządzeń, przyborów oraz narzędzi do wykonywania zabiegów higienicznych;
- 12) konserwacja przyborów i narzędzi stosowanych podczas wykonywania zabiegów pielęgniarstkich;
- 13) popularyzowanie zachowań prozdrowotnych [20].

Wolontariat medyczny

W ostatnich latach w Polsce propaguje się ideę wolontariatu, w tym także — idąc za przykładem innych krajów — wolontariatu hospicyjnego i medycznego [21]. Zgodnie z ustawą z 2003 roku o pożytku publicznym i wolontariacie (Dz.U. z 2003 r., nr 96, poz. 873) wolontariuszem medycznym może zostać pełnoletnia osoba, która po przejściu wstępnej kwalifikacji (często po okresie wolontariatu pozamedycznego) ukończy odpowiednie szkolenie. Wstępna kwalifikacja obejmuje rozmowę z koordynatorem wolontariatu i psychologiem. Na kurs wolontariatu medycznego składają się wykłady z podstaw opieki paliatywnej oraz część praktyczna — „przy łóżku chorego”, pod opieką doświadczonego pracownika zespołu hospicyjnego. Po zakończeniu kursu odbywa się kolejna rozmowa kwalifikacyjna, po której kandydat otrzymuje certyfikat kursu wolontariusza medycznego hospicjum [22]. Zadaniem

wolontariusza medycznego jest świadczenie bezpłatnej, bezpośredniej pomocy choremu w schyłkowej fazie przewlekłej choroby i jego bliskim, w stacjonarnym hospicjum lub w opiece domowej. Wie-dza w zakresie podstaw opieki paliatywno-hospicyjnej daje wolontariuszowi odpowiednie przygotowanie do wspierania chorego i jego rodziny, jednak jego działania powinny zawsze odbywać się w ścisłej współpracy z zespołem opiekuńczym hospicjum. Do zadań wolontariuszy należą między innymi: pomoc przy pielęgnacji pacjenta, karmienie i towarzyszenie choremu, pomoc w pracach porządkowych na oddziale hospicyjnym i w opiece domowej. Celem nadrzędnym służby wolontariusza jest towarzyszenie pacjentowi i jego rodzinie w ostatnim etapie życia. Zakres tej pomocy wiąże się z bieżącymi potrzebami pacjenta i jego rodziny oraz grafikem dyżurowym domowego zespołu wspierającego [23].

Wolontariuszem medycznym może być osoba posiadająca zawodowe przygotowanie (lekarz, pielęgniarka, technik medyczny). Najczęściej jednak wolontariuszami zostają odpowiednio przygotowani ochotnicy, przedstawiciele innych zawodów, mający różne życiowe doświadczenia i połączeni wspólną chęcią pomagania chorym [22].

Wolontariusze w domowej opiece paliatywno-hospicyjnej

Dotychczas opieka hospicyjna dotyczyła w Polsce niemal wyłącznie chorych na zaawansowane nowotwory. Nie ma zatem doświadczeń dotyczących roli wolontariuszy medycznych w opiece nad chorymi na zaawansowane postaci POChP.

Podstawową formą opieki nad pacjentami w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej w większości ośrodków paliatywnych lub hospicyjnych jest opieka domowa. Wiele badań wskazuje, że chorzy najlepiej czują się w dobrze znanym otoczeniu, w towarzystwie najbliższych. Dotyczy to także chorych na zaawansowane postaci POChP, którzy — pytani o najważniejsze elementy opieki w ostatnim etapie życia — wymieniali między innymi możliwość przebywania w domu oraz skuteczne, ale nieinwazyjne łagodzenie dokuczliwych objawów choroby. Tymczasem chorzy na zaawansowaną POChP znacznie częściej umierają na oddziałach intensywnej terapii niż na przykład chorzy na raka płuca, u których schyłkowy przebieg choroby jest podobny.

Zespół, który składa się z: lekarza, pielęgniarki, wolontariusza, kapelana, a także rehabilitanta i psychologa, przychodzi z pomocą choremu i jego bli-

skim, angażując ich w opiekę. Ważnym bowiem zadaniem opieki sprawowanej przez zespół hospicyjny, z udziałem wolontariuszy, jest pomoc najbliższemu chorego przez „rozwiniecie ich zdolności do udzielania praktycznej pomocy” [24]. Warto podkreślić, że zespoły opieki paliatywnej i hospicyjnej zapewniają całodobową opiekę, co oznacza, że chory i jego rodzina w każdej chwili mogą liczyć na pomoc wykwalifikowanego personelu. Sam pacjent ustala priorytety opieki, a wolontariusz, podobnie jak cały zespół, powinien dostosować się do jego oczekiwań i pragnień. Pacjent ma pełne prawo nie akceptować nakazów i postępować według własnej woli, jest ponadto uprawniony do udziału w dyskusjach na temat dalszego postępowania, w tym w decyzji o zgodzie na pomoc wolontariusza. Uczy to wolontariusza tolerancji dla poglądów chorego i poszanowania decyzji, jakie ten podejmuje [22]. Z drugiej strony chory zazwyczaj zachowuje większy dystans wobec lekarza, pielęgniarki czy kapelana niż wobec wolontariusza, który często staje się przyjacielem chorego i jego rodziny. W związku z dużym zaufaniem, jakim jest darzony cały zespół, wolontariusz musi być odpowiednio przygotowany przez osoby odpowiedzialne za wolontariat (koordynator, pracownik socjalny, psycholog). Wolontariusz, podobnie jak medyczny pomocnik, jest zobowiązany do przestrzegania tajemnicy zawodowej [23]. Wsparcie udzielane rodzinie wiąże się nieodłącznie z poszanowaniem jej prywatności oraz poglądów, jakie reprezentują jej członkowie. Znaczna część wolontariuszy kieruje się w swojej pracy najpiękniejszymi zasadami humanizmu i altruizmu. Ofiarowując swój czas i umiejętności ciężko chorym i umierającym, stają się prawdziwymi przyjaciółmi domu i chorego. Istnieją jednak zagrożenia, których nie należy pomijać, między innymi: łatwy dostęp do leków opioidowych i silnie działających, ułatwiony dostęp do mieszkania i własności chorego, możliwość wywierania nacisku emocjonalnego i wpływu na decyzje podejmowane przez osoby samotne i starsze [22]. Takie zagrożenia należy uwzględnić w zespołowej opiece nad ciężko chorymi i nadzorować pracę wolontariuszy. Samodzielna praca w domu chorego łączy się z wysokimi wymaganiami stawianymi wolontariuszowi. W praktyce ośrodków paliatywnych i hospicyjnych wolontariuszem domowej opieki może zostać osoba sprawdzona w opiece stacjonarnej, ciesząca się zaufaniem koordynatora wolontariatu i pozostałych członków zespołu, a nade wszystko kierująca się czystymi intencjami bezinteresownej służby ludziom w potrzebie [22].

Od wolontariatu hospicyjnego do wolontariatu dla chorych na POChP

Prawne regulacje Narodowego Funduszu Zdrowia z 2007 roku umożliwiły objęcie opieką paliatywno-hospicyjną chorych na zaawansowane przewlekłe choroby układu oddechowego, między innymi chorych na zaawansowane postaci POChP. Wydaje się, że włączenie wolontariuszy (i opiekunów medycznych) do zintegrowanych zespołów wspierających chorych na zaawansowane POChP mogłoby w istotnym stopniu usprawnić proces leczenia w tej grupie.

Przygotowanie strategii budowania wolontariatu wspierającego chorych na POChP powinno obejmować:

- 1) intensywne działania informacyjne i promocyjne** objaśniające potrzeby chorych na POChP i ich rodzin w celu zwiększenia społecznego zainteresowania i zachęcenia do wolontariatu. Warto przy tym zaznaczyć, że opieka paliatywna i hospicyjna nad chorymi na nowotwory jest popularyzowana od lat, a działania edukacyjne rozpoczynają się w niektórych regionach już w przedszkolu i szkołach podstawowych, co skutecznie zachęca młodzież i dorosłych do pomocy ciężko chorym i umierającym [25]. Wydaje się, że społeczeństwo nadal nie ma świadomości medycznych i socjalnych potrzeb chorych na zaawansowane postaci POChP i takie promocyjne działania mogłyby w istotny sposób wpłynąć na zmianę dotychczasowych postaw;
- 2) pozyskanie wolontariatu** — na przykład w ośrodkach pneumologicznych (kliniki, szpitale, przychodnie specjalistyczne) należałoby wyznaczyć osobę odpowiedzialną za rekrutowanie, szkolenie i organizowanie pracy wolontariuszy dla chorych na POChP. Stosując zasady wypracowane dla opieki paliatywno-hospicyjnej, należałoby przygotować program szkolenia wolontariuszy pomagających chorym na POChP. Podstawą do tego działania mogą być zasoby zebrane w Podręczniku Koordynatora Wolontariatu Hospicyjnego [22]. Warto wspomnieć, że odpowiednie szkolenia dla koordynatorów wolontariatu organizuje Fundacja Hospicyjna w Gdańsku — www.hospicja.pl;
- 3) organizację zintegrowanej opieki nad chorymi na zaawansowane postaci POChP** — wydaje się, że zintegrowana opieka medyczna powinna być koordynowana na poziomie specjalistycznej placówki (kliniki, szpitale, przychodnie specjalistyczne) przez takich pracowników, jak: psycholog, pracownik socjalny lub pracownik

administracyjny. W szczególnych przypadkach koordynatorem mógłby zostać doświadczony wolontariusz lub właściwie przygotowany opiekun medyczny.

Rola opiekuna medycznego i wolontariusza w opiece nad chorymi na zaawansowaną postać POChP

Z reguły chorzy na zaawansowane postaci POChP są w dużym stopniu niesamodzielni, mają ograniczone możliwości wykonywania codziennych czynności, często mają obniżoną sprawność intelektualną. Jednym z istotnych problemów chorych są trudności w zapamiętaniu i zrozumieniu zaleceń, zwłaszcza dotyczących stosowania leków podawanych z inhalatora lub w postaci nebulizacji. Prawidłowe stosowanie leczenia ma istotne znaczenie dla przebiegu choroby, udowodniono bowiem, że jest związane ze znacznie mniejszą liczbą zaostrzeń. Prawidłowa technika inhalacji leków wziewnych jest konieczna do osiągnięcia odpowiedniej depozycji leku w układzie oddechowym, a w konsekwencji — klinicznej skuteczności inhalowanych leków. Jednym z zadań opiekunów medycznych, a także wolontariuszy przeszkolonych w zakresie aerozoterapii byłaby edukacja chorych oraz ich bliskich dotycząca technik inhalacji leków z osobistych inhalatorów oraz obsługi nebulizatorów. Medyczny pomocnik lub wolontariusz powinien także monitorować zużycie leków i, powiadamiając o tym pielęgniarkę lub lekarza, nie dopuszczać do przerw w leczeniu.

Opiekun medyczny może także wykonywać pomiary podstawowych parametrów życiowych, jak: ciśnienie tętnicze, liczba oddechów, częstość akcji serca, badanie pulsoksymetryczne, i przekazywać pielęgniarce informacje o zmianach w stanie zdrowia chorego. Ponadto do jego obowiązków należą nadzór nad konserwacją tlenokoncentratorów, kontrola stanu cewników, drenów łączących, maseczek oraz tak zwanych wąsów tlenowych.

Medyczny opiekun i wolontariusz mają za zadanie rozpoznawać bieżące oraz stałe problemy osoby chorej i niesamodzielnej [26]. Powinni współpracować z pielęgniarką w zakresie planowania i realizowania opieki, pomagać pielęgniarce podczas wykonywania zabiegów pielęgniarstwa oraz pomagać choremu w realizowaniu zaleceń lekarskich [27]. W przypadku oznak zaostrzenia choroby powinni zawiadomić pielęgniarkę, lekarza lub w wezwać pomoc doraźną. Powinni także posiadać umiejętność organizacji transportu chorego do placówek medycznych.

Pomocnik i wolontariusz medyczny powinni pomagać chorym na zaawansowaną POChP w utrzymaniu osobistej czystości oraz w porządkowaniu bezpośredniego otoczenia chorego, w zaspokajaniu potrzeb związanych z odżywianiem i wydalaniem, w utrzymaniu aktywności ruchowej, przy używaniu przedmiotów ortopedycznych i sprzętu rehabilitacyjnego. Zarówno pomocnicy, jak i wolontariusze medyczni powinni wspierać chorego w adaptacji do warunków życia w szpitalu oraz do zmian związanych z przewlekłą chorobą lub starością. Powinno to obejmować także komunikowanie się z rodziną, zespołem opiekuńczym i terapeutycznym oraz z innymi pacjentami. Ważnym elementem działań pomocników i wolontariuszy medycznych jest wspieranie emocjonalne chorego oraz jego rodziny. Wiąże się to ściśle z umiejętnością interpretowania zachowań społecznych jednostki i zbiorowości oraz określania wpływu choroby na stan psychiczny chorego i członków jego rodziny, a nierzadko też z potrzebą udzielenia choremu lub innej osobie w jego otoczeniu doraźnej pomocy w sytuacji nagłego zagrożenia ich zdrowia.

W przypadku zaawansowanych postaci POChP ważne jest jak najdłuższe utrzymanie chorego w stanie sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej. Zaspokojenie tych potrzeb powinno być priorytetem całego zespołu opiekującego się chorym. Medyczny opiekun i wolontariusz — członkowie zespołu, którzy najczęściej kontaktują się z chorym i jego opiekunami — odpowiednio poinstruowani przez lekarza i pielęgniarkę, mogą pomagać w ruchowej rehabilitacji chorych, która powinna być prowadzona niezależnie od miejsca, gdzie chory się znajduje: w domu, na oddziale szpitalnym lub w ośrodku opiekuńczym. Zachęcanie pacjenta przez opiekuna medycznego i wolontariusza do treningu fizycznego i ćwiczeń oddechowych aktywizuje chorego, powoduje zwrócenie uwagi na ten niezbędny element leczenia. Obecność opiekuna medycznego lub wolontariusza podczas ćwiczeń daje ponadto chorym poczucie bezpieczeństwa i jest jednym z czynników motywujących do uzyskiwania jak najlepszych wyników.

Istotna jest sfera psychiczna chorego na POChP. Znaczna część chorych cierpi z powodu depresji, czuje lęk przed napadami duszności. Uczucie braku powietrza jest niewyobrażalnym dyskomfortem fizycznym i psychicznym. Dlatego pomoc i wnikliwa obserwacja są nieodzownymi elementami w pracy medycznego opiekuna i wolontariusza. Ważna jest rozmowa z chorym, wysłuchanie jego obaw oraz okazanie życzliwości i zainteresowania. W wyniku trwałego procesu chorobowego powstają inne

problemy. Duszność i osłabienie doprowadzają do tego, że chory nie jest w stanie wykonywać podstawowych czynności życiowych (mycie, ubieranie, wydalanie, gimnastyka, zmiana pozycji ułożeniowej). Spożywanie posiłków staje się uciążliwe. Duszność powoduje szybkie męczenie się chorego i rezygnację z jedzenia. Rolą opiekuna i wolontariusza jest nakłanianie do przyjęcia pokarmów, podanie posiłku bez zniecierpliwienia i pośpiechu.

Wnioski

Długotrwałe, uciążliwe, obciążające zarówno chorego, jak i jego otoczenie dolegliwości związane z przebiegiem POChP w opiece domowej wymagają wsparcia interdyscyplinarnego zespołu opiekuńczego. Oprócz odpowiednio przygotowanych lekarzy i pielęgniarek niezbędna jest pomoc psychologiczna i wsparcie duchowe. Konieczne wydaje się włączenie do zespołu opiekuna medycznego oraz wolontariuszy gotowych wspierać chorego i jego rodzinę. Daje to nadzieję, że chorzy na zaawansowaną POChP, przebywający w swoich domach, oraz ich rodziny będą mogli znaleźć wsparcie medyczne i pozamedyczne. Szczególnie istotnym zadaniem wydaje się powołanie koordynatora opieki nad chorym w domu i działań wolontariatu. Wydaje się, że nowy zawód opiekuna medycznego i szkolenia przygotowane i przeprowadzone w klinikach i szpitalach, we współpracy z zespołami opieki paliatywnymi i hospicyjnej, mogą stworzyć warunki do zaistnienia realnego wsparcia, tak potrzebnego chorym i ich rodzinom.

Jedna z autorek (L.W.) niniejszego artykułu wspomina: „Przypominają mi się słowa wypowiedziane przez moją Mamę kilkanaście lat temu «Pamiętaj, córko, tyle jesteś warta, ile możesz pomóc drugiemu człowiekowi»”. Oby wszystkim opiekunom medycznym i wolontariuszom pomoc chorym na zaawansowane postaci POChP przyniosła wiele zadowolenia.

Piśmiennictwo

1. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Workshop report, global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD. Aktualizacja 2008. Dostępne na: goldcopd.com.
2. Bednarek M., Maciejewski J., Wozniak M., Kuca P., Zieliński J. Prevalence, severity and underdiagnosis of COPD in the primary care setting. *Thorax* 2008; 63: 402–407.
3. Fletcher C., Peto R. Natural history of chronic respiratory tract obstruction. *Bull. Int. Union Tuberc.* 1978; 53: 79–87.
4. Fabbri L.M., Luppi F., Beghe B., Rabe K.F. Complex chronic comorbidities of COPD. *Eur. Respir. J.* 2008; 31: 204–212.
5. Barnes P.J., Celli B.R. Systemic manifestations and comorbidities of COPD. *Eur. Respir. J.* 2009; 33: 1165–1185.

6. Batura-Gabryel H. Zmiany ogólnoustrojowe u chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2009; 77: 180–185.
7. Maskey-Warzechowska M., Domagała-Kulawik J., Rubinsztajn R., Chazan R. Lung cancer in COPD — a clinical analysis. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 2002; 108: 769–775.
8. Restrick L.J., Paul E.A., Braid G.M., Cullinan P., Moore-Gillon J., Wedzicha J.A. Assessment and follow up of patients prescribed long term oxygen treatment *Thorax* 1993; 48: 708–713.
9. Górska L., Krajnik M., Damps-Konstańska I., Kuziemski K., Jassem E. Need for palliation in patients with the severe COPD: a questionnaire study. *Adv. Palliat. Med.* 2007; 3: 107–109.
10. Albert P., Calverley P.M. Drugs (including oxygen) in severe COPD. *Eur. Respir. J.* 2008; 31: 1114–1124.
11. Barnes P.J. Frontrunners in novel pharmacotherapy of COPD. *Curr. Opin. Pharmacol.* 2008; 8: 300–307.
12. Barnes P.J. Emerging pharmacotherapies for COPD. *Chest* 2008; 134: 1278–1286.
13. Ram F.S.F., Jones P.W., Castro A.A. i wsp. Oral theophylline for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Review The Cochrane Library* 2002; 4. Oxford: Update Software.
14. Barnes P.J. Theophylline: new perspectives for an old drug. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2003; 167: 813–818.
15. Currie G.P., Butler C.A., Anderson W.J., Skinner C. Phosphodiesterase 4 inhibitors in chronic obstructive pulmonary disease: a new approach to oral treatment. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 2008; 65: 803–810.
16. Kim V., Benditt J.O., Wise R.A., Sharafkhaneh A. Oxygen therapy in chronic obstructive pulmonary disease. *Proc. Am. Thorac Soc.* 2008; 5: 513–518.
17. Troosters T., Gayan-Ramirez G., Pitta F., Gosselin N., Gosselink R., Decramer M. Exercise effort training for COPD: physiological basis and results. *Rev. Mal. Respir.* 2004; 21: 319–327.
18. Nonoyama M.L., Brooks D., Lacasse Y., Guyatt G.H., Goldstein R.S. Oxygen therapy during exercise training in chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2007; 18: CD005372e.
19. Shah A.A., D'Amico T.A. Lung volume reduction surgery for the management of refractory dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease. *Curr. Opin. Support Palliat. Care* 2009; 3: 107–111.
20. http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_k_opiekun_03082007p.pdf
21. Doyle D. *A handbook for volunteer service managers.* Oxford University Press, London 2002.
22. Krakowiak P., Modlińska A., Binnebesel J. red. *Podręcznik koordynatora wolontariatu hospicyjnego.* Via Medica, Gdańsk 2008.
23. Modlińska A., Paczkowska A., Krakowiak P. *Przygotowanie do pracy wolontariusza hospicyjnego: informacja, rekrutacja, szkolenia wstępne i szkolenie wolontariusza medycznego.* W: Krakowiak P., Modlińska A. red. *Podręcznik wolontariusza hospicyjnego.* Via Medica, Gdańsk 2008; 143–162.
24. Rada Europy, Wytyczne (Rekomendacje) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej. Memorandum wyjaśniające. 860 Konferencja Zastępców Ministrów. Rada Europy 12.11.2003 (tłumaczenie pod red. J. Łuczak), Poznań 2004.
25. Binnebesel J., Janowicz A., Krakowiak P. *Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym.* Via Medica, Gdańsk 2009.
26. *Podstawy programowe kształcenia w zawodzie opiekun medyczny.* MEN, Warszawa 2007.
27. Szwałkiewicz E. *Opiekun medyczny. Wirtualny Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2008; 8. www.nursing.com.pl/Kategorie_Magazyn_Pielegniarki_i_Poloznej_56.html.