

LANGVINN LUNGNATEPPA OG ALDRAÐIR

Jóna Bára Jónsdóttir

LANGVINN LUNGNATEPPA (LLT) er sjúkdómur sem veldur mikilli skerðingu á lífsgæðum þeirra sem af honum þjást. Sjúkdómurinn verður æ algengari og er áætlað að árið 2020 verði LLT í þriðja sæti yfir algengustu dánarorsök í heiminum (Kaufman, 2013). Niðurstöður íslenskrar rannsóknar frá árinu 2007 sýna að um 18% Íslendinga eru með langvinna lungnateppu og má gera ráð fyrir að sú tala eigi eftir að hækka með tilheyrandi álagi á heilbrigðiskerfið (Bryndís Benediktsdóttir o.fl., 2007). Samkvæmt þessu má ætla að fjöldi aldraðra einstaklinga með langvinna lungnateppu eigi eftir að aukast. Hjúkrun aldraðra einstaklinga með LLT er yfirgripsmikil og nær til margra þátta. Tilgangur þessarar fræðslugreinar er að fjalla um meðferðarúrræði sem hafa þarf í huga við umönnun aldraðra einstaklinga með LLT til að auka öryggi þeirra og lífsgæði á efri árum.

Hvað er langvinn lungnateppa?

Langvinn lungnateppa (LLT) er ólæknandi og lífshættulegur sjúkdómur í lungum. Global initiative for chronic lung disease (GOLD) skilgreinir langvinna lungnateppu sem „algengan sjúkdómur í lungum sem hægt er að koma í veg fyrir og meðhöndla. Sjúkdómurinn einkennist af þrálátri teppu í lungum sem ágerist smám saman og henni tengjast langvarandi bólguviðbrögð í lungnavef við ertandi ögnum eða lofttegundum” (Global initiative for chronic lung disease [GOLD], 2015). Til langvarandi lungnateppu teljast tveir nátengdir sjúkdómar í lungum, langvinn berkjubólga og lungnaþemba. Ef annar er til staðar er hinn það að jafnaði líka en misjafnt er hvor hefur meiri áhrif á heilsuna (Tabloski, 2014). Langvinn berkjubólga lýsir sér sem bólga í berkjum sem orsakast af langvarandi ertingu. Bólguvörðun veldur þrengslum í lungnaberkjum sem leiða til þess að inn- og útöndun verður erfiðari. Slímframleiðsla eykst og bifhár slímhúðar lamast og það leiðir til þess að hreinsun lungna verður ófullnægjandi. Í lungnaþembu verða skemmdir í lungnablöðrum, þær renna saman vegna bólgu, stækka og veggir þeirra missa teygjanleika sinn.

Lungun ná ekki að starfa á eðlilegan hátt og skerðing verður á súrefnisupptöku til vefja líkamans. Í sumum tilfellum verður einnig skerðing á losun koltvísýrings frá lungum og óæskileg efni geta safnast upp og valdið öndunarbílun (Kaufman, 2013). Reykingar eru aðaláhættuþátturinn fyrir myndun LLT og talið er að rekja megi allt að 90% tilfella til þeirra. Óbeinar reykingar, iðnaðarryk, ýmis kemísk efni og loftmengun geta einnig átt þátt í myndun LLT (Tabloski, 2014).

Greining LLT

Greining sjúkdómsins fer fyrst og fremst fram með öndunarmælingu (spírómetríu) sem mælir starfsemi lungnanna. Mælt er hlutfall fráblásturs á 1 sekúndu (FEV1) og heildarrúmmáls (FVC) eftir notkun á berkjuvíkkandi lyfi. Ef hlutfall milli FEV1 og FVC er lægra en 70% er um teppusjúkdóm að ræða. Við útreikninga er tekið tillit til aldurs, hæðar og kyns (GOLD, 2015). Eftir að niðurstöður úr öndunarprófi liggja fyrir er sjúkdómurinn flokkaður í fjögur stig eftir alvarleika (sjá töflu 1).

TAFLA 1. Flokkun LLT (GOLD, 2015).

Sjúklingur er með teppu ef FEV1/FEV < 70%	
GOLD-stig 1 Vægur sjúkdómur	FEV1 ≥ 80% af spáðu gildi
GOLD-stig 2 Meðalslæmur sjúkdómur	50% ≤ FEV1 < 80% af spáðu gildi
GOLD-stig 3 Alvarlegur sjúkdómur	30% ≤ FEV1 < 50% af spáðu gildi
GOLD-stig 4 Mjög alvarlegur sjúkdómur	FEV1 < 30% af spáðu gildi

Einkenni LLT

Einkenni langvinnar lungnateppu þróast á löngum tíma og koma yfirleitt ekki fram fyrr en eftir miðjan aldur. Hósti og uppgangur eru oft fyrstu einkenni (Tabloski,

2014). Eftir því sem sjúkdómurinn ágerist fara einkenni eins og þyngsli fyrir brjósti, blámi á vörum og þreyta að gera vart við sig (American Thoracic Society [ATS], 2015). Mæði (dyspnea) er algengasta einkenni LLT, það einkenni veldur hvað mestri vanlíðan og skerðingu á lífsgæðum einstaklinga. Mæði er huglæg tilfinning og hefur verið skilgreind sem óþægileg skynjun eða tilfinning um aukna öndunarþörf eða óeðlilegt erfiði við öndun. Með framgangi sjúkdóms eykst mæðin og kemst á það stig að erfitt er fyrir einstaklinginn að sinna daglegum athöfnum.

Kvíði og þunglyndi er algengur fylgifiskur LLT ásamt sektarkennd og söknuði vegna hluta sem einstaklingur gat áður gert. Hræðsla við andnað og köfnunartilfinning leiðir til líkamlegra takmarkana og félagslegrar einangrunar. Sjúklingurinn ræðir þessa líðan sína sjaldnast við heilbrigðisstarfsólk og túlkar einkenni sín oft sem eðlilegan hlut af sjúkdómi sínum. Á þetta sér í lagi við aldrað fólk með LLT. Því finnst að heilbrigðisstarfsólk leggi aðaláherslu á starfsgetu lungnanna og telur að lítið sé hægt að gera til að bæta líðan þess og virkni í daglegu lífi (Habraken o.fl., 2008). Meðferð þessara skjólstæðinga ætti fyrst og fremst að beinast að þeim einkennum sem þeir sjálfir telja vera mest hamlandi í daglegu lífi og veldur þeim mestri skerðingu og vanlíðan.

Meðferðarúrræði

Eins og áður hefur komið fram er langvinn lungnateppa ólæknandi en hana er hægt að fyrirbyggja og meðhöndla einkenni. Meðferð LLT felst fyrst og fremst í að bæta líðan einstaklingsins, hindra versnun sjúkdómsins og koma í veg fyrir ótímabæran dauða, (Tabloski, 2014). Það næst með því að draga úr áhættuþáttum á borð við reykingar og aðra mengunarvalda ásamt því að meðhöndla þau einkenni sem eru til staðar. Sýnt hefur verið fram á að meðferðarúrræði, sem lúta að heilbrigðum lífsstíl, reykleysi, hreyfingu, hollri næringu og rétttri lyfjanotkun bæta líf og líðan þeirra sem eru með LLT (Verbrugge o.fl., 2013). Mikilvægt er að hafa einstaklinginn sjálfan og fjölskyldu hans með í ráðum varðandi meðferð. Fræðsla, stuðningur og eftirfylgni er því veigamikill þáttur í umönnun þessara skjólstæðinga. Nauðsynlegt er að viðhafa gagnkvæm samskipti þar sem einstaklingnum og fjölskyldu hans er sinnt á þeirra forsendum og virðing er borin fyrir upplifun þeirra og

reynsluheimi. Sýnt hefur verið fram á að sérhæfð hjúkrunarþjónusta, þar sem áhersla er lögð á samvinnu við einstaklinginn og samþættingu þjónustu, auka lífsgæði sjúklinga með LLT og fjölskyldna þeirra. Einkenni kvíða og þunglyndis minnkuðu, næringarástand batnaði og síðast en ekki síst dró úr einkennum versnunar og bráðainnlögn um á sjúkrahús fækkaði (Ingadottir og Jonsdottir, 2010).

Þeim sem fá fræðslu um sjúkdóm sinn og leiðir til að takast á við hann finnst þeir hafa betri stjórn á ástandi sínu (GOLD, 2015). Mikilvægt er að flýta sér hægt í allri umönnun, gefa sér tíma og nauðsynlegt getur verið að skipa verkefnum niður í minni einingar.

Að forðast að sjúkdómurinn versni

Versnun (exacerbation) langvinnrar lungnateppu hefur verið skilgreind sem versnun á öndunarfæraeinkennum sem kalla á breytingu á lyfjagjöf (GOLD, 2015). Eftir því sem sjúkdómurinn ágerist aukast líkur á versnun og eru aldraðir í meiri hættu en þeir sem yngri eru. Versnun leiðir til meiri skerðingar á lungnastarfsemi og eykur líkur á öndunarbílun. Versnun getur því orðið lífshættulegt ástand sem getur leitt til dauða (Liao o.fl., 2015). Mikilvægt er því að þekkja einkenni versnunar til að bregðast fljótt við og minnka líkur á varanlegum skaða. Aukin slímframleiðsla og uppgangur eru oftast fyrstu merki versnunar. Uppgangur breytir um lit, verður gul- eða grænleitari og jafnvel blóðlitaður. Mæði og andþyngsli aukast, breyting verður á lífsmörkum og litarhætti einstaklingsins. Skerðing getur orðið á vitrænni starfsemi, pirringur og eirðarleysi aukast og það leiðir til aukinnar hættu á óráði (COPDFoundation, 2012). Veiru- eða bakteríusýkingar eru algengasta orsök þess að LLT versnar. Árleg influensubólusetning ásamt lungnabólugbólusetningu á 5 ára fresti er mikilvægur þáttur í forvörnum gegn versnun. Góður handþvottur fyrirbyggir smit ásamt því að forðast þá sem eru veikir eða með kvef eða álíka einkenni (Tabloski, 2014). Rannsóknir hafa sýnt að slæm munnheilsa hefur áhrif á almenna heilsu. Bakteríur í munni komast auðveldlega inn í blóðrás líkamans og hafa áhrif á önnur líffæri, þar á meðal lungun. Góð munnhreinun er því mikilvæg í umönnun og til að forðast versnun. Lyfjanotkun hefur áhrif á munnheilsu og er sveppasýking í kjölfar notkunar innúðastera algeng. Til að komast hjá sveppaskýkingu er mikilvægt að skola munninn vel með vatni eftir að lyf hafa verið tekin inn. Aðrar aðferðir til að hindra sveppvöxt í munni eru að nota munnskól, sem inniheldur alkóhól, taka inn acidophilus-gerla eða borða jógurt (COPDFoundation, 2012).

Öndunaræfingar

Öndunaræfingar draga úr mæði og eru mikilvægur þáttur í umönnun einstaklinga með LLT. Æfingarnar bæta öndunina, það hægir á henni, hún verður dýpri og loftflæði um lungun batnar (Buckholz og von Gunten, 2009). Mælt er með þindaröndun og mótstöðuöndun (sjá töflu 2). Notkun hjálpartækja, eins og pep-flautu eða maska, getur

TAFLA 2. Öndunaræfingar (COPDFoundation, 2012).

Þindaröndun	Mótstöðuöndun
- Hafa góðan stuðning við bakið - Leggja aðra hönd á kvið og hina á brjóstakassa - Anda rólega inn um nefið, finna kvið lyftast - Brjóstakassi á að lyftast sem minnst - Anda rólega frá sér og finna kvið síga til baka.	- Slaka á axlarvöðvum og hálsi - Anda rólega inn um nefið, telja 1, 2, 3 - Setja stút á varir - Anda rólega frá sér, telja upp að sex.

hjálpað til við öndunaræfingar og til slímlosunar. Notkun á pep-flautu eða maska hefur reynst vel við slímlosun ásamt banki á bak og brjóstkassa. Mikilvægt er að hjálpa fólki með LLT að losa slím til að forðast sýkingu og draga úr mæði (Hill o.fl., 2010). Kvíði er algengur fylgifiskur mæði og oft vangreindur hjá þeim sem eru með LLT. Oföndun er eitt einkenni kvíða. Oföndun veldur aukinni mæði og andnað og eykur þannig enn meira á kvíðann. Einstaklingurinn getur því lent í vítahring andnaðar og kvíða. Mikilvægt er að leiðbeina fólki í andnað að róa öndunina niður og veita nærveru (COPDFoundation, 2012). Ýmis hagnýt ráð eru til sem hægt er að hvetja sjúklinginn til að nýta og leiðbeina honum með. Má þar nefna að nota mótstöðuöndun og hvíldarstöður þar sem sjúklingurinn styður sig fram á hendurnar. Handarnudd og baknudd með löngum handar-strokum eru aðferðir sem auðvelt er veita við umönnun og hafa reynst draga úr kvíða hjá öldruðum og veita slökun (Harris og Richards, 2010).

Lyfjameðferð

Lyfjameðferð er mikilvægur þáttur í meðhöndlun langvinnrar lungnateppu. Lyfjameðferð dregur úr einkennum sjúkdómsins, minnkar bólgu, bætir öndun og eykur lífsgæði einstaklinga (Kaufmann, 2013). Hvaða lyfjameðferð er beitt fer eftir alvarleika eða flokkun sjúkdómsins. Algengast er að nota berkjuvíkkandi- og bólgueyðandi innúðalyf (GOLD, 2015). Mikilvægt er að taka innúðalyf rétt til að fá sem besta virkni. Minnkaður vöðvastyrkur, léleg samhæfing og skerðing á vitrænni starfsemi hafa áhrif á getu aldraðra til að nota innúðalyf (Taffet o.fl., 2014). Sýnt hefur verið fram á að aldraðir einstaklingar eiga í erfileikum með að nota innúðalyf og um helmingur þeirra notar þau ekki á réttan hátt. Virkni lyfjanna verður ekki sem skyldi og lyfjameðferð ber ekki tilskilinn árangur (Gelberg og McIvor, 2010). Fræðsla og kennsla á innúðalyf er grunnur að góðri lyfjameðferð fyrir þennan aldurshóp, ásamt mati á hvaða innúðalyfjaform hentar einstaklingnum best (Kaufmann, 2013). Það að nota úðavél eða belg (spacer) til lyfjagjafar getur reynst vel fyrir þennan aldurshóp. Notkun á úðavél er góð leið til að gefa lyf á öruggan og árangursríkan hátt, einkum hjá þeim sem eru með vitræna og/eða líkamlega skerðingu (Taffet o.fl., 2014). Súrefni flokkast sem lyf. Sýnt hefur verið fram á að notkun á súrefni, yfir 15 klukkustundir á hverjum sólarhring eykur lífslíkur einstaklinga með LLT og bætir líkamsástand þeirra. Mælt er með samfelldri súrefnisnotkun hjá einstaklingum með lágt súrefnisgildi í blóði (Tabloski, 2014). Fara þarf þó gætilega við gjöf súrefnis vegna hættu á hækkuðu koltvísýringsgildi hjá þessum skjólstaðingum. Hækkað koltvísýringsgildi í blóði getur leitt til öndunarbílunar (McNicholas o.fl., 2013).

Reykleysi

Reykningar eru stærsti áhættuþáttur í myndun langvinnrar lungnateppu. Að hvetja til reykleysis, óháð aldri einstaklingsins, er mikilvægur þáttur í hjúkrun

einstaklinga með LLT. Með því að hætta að reykja er hægt að draga úr framgangi sjúkdómsins. Að hætta að reykja er þó ekki einfalt mál. Meðferð, sem byggist á lyfjameðferð ásamt hegðunarmótandi aðferðum, hefur reynst árangursrík. Lyfjameðferð með nikótínlyfjum dregur úr fráhvörfum vegna nikótínffiknar og gerir einstaklinginn betur í stakk búinn til að finna leiðir til að brjóta upp þann vana sem fylgir reykingum (Kaufmann, 2013). Áhugahvetjandi samtal er aðferð sem aðstoðar einstaklinginn til að brjóta upp vanann með því að hjálpa honum að sjá hvað það er sem þarf til að yfirstíga hindranir og breyta þeirri hegðun sem fylgir reykingum. Ef einstaklingurinn er tilbúinn að hætta að reykja þarf að styðja hann í þeirri ákvörðun og hjálpa honum að finna út hvaða leið henti honum best. Best er að leita aðstoðar fagfólks á þessu sviði.

Hreyfing

Hreyfing er mikilvæg öllum. Endurhæfing einstaklinga með langvinna lungnateppu er mikilvægur þáttur í meðferð þeirra. Markmið endurhæfingar er að bæta almennt líkamsástand, líkamspól og auka þannig virkni einstaklingsins í daglegu lífi (Tabloski, 2014). Rannsóknir sýna að líkamspjálfun gagnast öllum, öldruðum og þeim sem eru með lokastig sjúkdóms. Því ætti ekki að útiloka aldraða frá því að taka þátt í endurhæfingu vegna aldurs (Gelberg og McIvor, 2010). Markviss hreyfing styrkir vöðva, dregur úr mæði og þreytu, bætir andlega líðan og hefur almennt jákvæð áhrif á almenna líðan og lífsánægju. Mælt er með þolæfingum, sem styrkja hjarta og æðakerfi, styrktaræfingum er styrkja vöðva og teygjuæfingum sem auka liðleika. Æfingar þarf að gera 3-5 sinnum í viku til að þær beri sem mestan árangur (COPDFoundation, 2012). Sýnt hefur verið fram á að æfingaáætlun, sem inniheldur göngu- og styrktaræfingar fyrir alla limi líkamans gagnast öldruðum vel, þær draga úr mæði, auka almennt þol og úthald (Liao o.fl., 2015). Mikilvægt er þó að fara rólega af stað. Árangursrík líkamspjálfun krefst samstarfs við sjúkrahjálpara til að átta sig á hver geta einstaklingsins er og til að útbúa einstaklingsmiðaða æfingaáætlun sem umönnunaraðilar geta fylgt (Kaufmann, 2013). Fylgja þarf einstaklingnum eftir við að framfylgja æfingaáætluninni, hvetja hann áfram og gæta þess að hann ofgeri sér ekki við æfinarnar. Stuttar æfingar með reglulegri hvíld á milli gagnast þessum hóp betur en stöðug æfing án hvíldar. Einstaklingurinn ofgerir sér síður, æfingatími verður lengri og æfingarnar skila markvissari árangri en stöðug æfing án hvíldar (Vogiatzis, 2011). Mótstöðuöndun gagnast vel á meðan á æfingum stendur og við alla hreyfingu. Hún hjálpar til við að stjórna öndun og dregur úr mæði (Liao o.fl., 2015). Til að auka æfingapol einstaklinga með lágt súrefnisgildi er gott að gefa aukasúrefni til að auka flæði súrefnis til vöðva og draga úr mæði (Vogiatzis, 2011). Æskilegt er að súrefnismettun sé > 90% á meðan á æfingum stendur.

Næring

Gott næringarástand er mikilvægt til að viðhalda líkamlegu og andlegu heilbrigði. Vannæring er algeng hjá einstaklingum með LLT, allt að 25-40% þeirra sýna merki vannæringar (Itoh o.fl., 2013). Hröð og erfið öndun krefst mikillar orku. Orkuþörf einstaklinga með LLT er almennt 10-15% meiri en hjá heilbrigðum einstaklingum (Schols o.fl., 2014). Lélegt næringarástand veikir mótstöðuafli líkamans, rýrir vöðva og eykur líkur á sýkingum. Forvörn er besta ráðið gegn vannæringu. Mat á næringarástandi er því mikilvægur þáttur í að greina þá sem eiga vannæringu á hættu. Mat þarf að fara fram strax við upphaf þjónustu og reglubundið eftir það. Mælt er með að nota líkamsþyngdarstuðul (Body Mass Index, BMI) og fitulausan þyngdarstuðul (Fat Free Mass Index, FFMI) til að greina einstaklinga sem eru í aukinni áhættu á vannæringu. Einstaklingar með BMI undir 21 kg/m² og FFMI undir 16 kg/m² eru í meiri hættu en aðrir. Ósjálfrátt þyngdartap, meira en 10% á síðustu 6 mánuðum eða 5% á 1 mánuði, gefur einnig vísbendingu um vannæringu (ATS, 2015). Á hjúkrunarheimilum er hægt að styðjast við RAI-mat (Resident assessment instrument) við skimun á vannæringu. RAI-mælitækið inniheldur breytur er taka til þyngdarbreytinga, vandamála við að nærast og aðferða við næringargjöf. Matstækið inniheldur einnig þætti sem meta munnheilsu og vökvainntekt (Ingibjörg Hjaltadóttir o.fl., 2007). RAI-mat er reglubundið mat sem er framkvæmt við upphaf dvalar og einnig þrisvar á ári. Við mat á næringarástandi þarf að hafa í huga hvaða þættir það eru sem geta haft áhrif á fæðuinntekt. Algengast er að ójafnvægi milli orkuinntektar og orkuþarfar valdi vannæringu. Aldurstengdar breytingar, eins og tap á bragðskyni, léleg tannheilsa, kyngingarvandamál og minnkuð matarlyst, hafa áhrif á fæðuneyslu (Schols o.fl., 2014). Þreyta og mæði hafa áhrif á getu og úthald við að nærast og veldur minni næringarinntekt. Að borða smærri mátiðir og oftast yfir daginn, velja mjúka fæðu, sem auðvelt er að tyggja, og hvíld fyrir matmálistíma eru ráð sem geta hjálpað til við að auka næringarinntekt. Einstaklingum með LLT er ráðlagt að neyta orku- og próteinríkrar fæðu. Auka má kalóriuinntekt með því að bæta olíu, smjöri eða rjóma út á fæðuna. Neysla á ávöxtum, grænmeti, ómettuum fíтусýrum ásamt inntöku á C-, E- og D-vítamíni er æskileg og gagnast vel í að bæta almennt næringarástand. Trefjar eru nauðsynlegar til að örva meltingu og koma í veg fyrir hægðartregðu. Mælt er með að neyta 20-30 g af trefjum á dag ásamt nægum vökva til að viðhalda vökva-jafnvægi og þynna slím (COPDFoundation, 2012; Schols, 2014). Næringardrykkir, er innihalda mikla fitu, gagnast þeim sem ekki ná að auka orkuinntekt með breytingu á mataræði. Sýnt hefur verið fram á að auka næringarinn-taka samhliða hreyfingu bætir bæði gripstyrk og veldur þyngdaraukingu hjá einstaklingum með LLT (Itoh o.fl., 2013).

Svefn

Góður svefn bætir almenna líðan þeirra sem eru með langvinna lungnateppu ásamt því að styrkja líkamann til að takast á við dagleg verkefni (Tabloski, 2014). Svefntruflanir eru algengar hjá einstaklingum með LLT. Svefnleysi er algengasta svefntruflunin, en það lýsir sér í því að fólk er lengi að sofna, nær ekki nægilega löngum svefni og fær því ekki nægilega hvíld. Fótaóeirð og kæfisvefn geta haft áhrif á gæði svefns og þarf að hafa þau atriði í huga (Budhiraja o.fl., 2015). Svefn hefur áhrif á öndun, það hægir á henni og vöðvasamdráttur breytist. Aukin hætta er á að súrefnisgildi falli í svefni hjá þessum skjólstæðingum og getur það leitt til truflunar á svefnmynstri (McNicholas o.fl., 2013). Grunnur að góðri meðferð við svefntruflunum felur í sér mat á svefni og svefnmynstri til að greina orsakir svefntruflananna. Gott mat felur í sér spurningar, s.s. tímalengd svefns, gæði hans og svefnvenjur. Meta þarf hvort einkenni eins og hósti og uppgangur séu til staðar og trufla svefninn. Svefnskrá er gott tæki sem getur hjálpað til við greiningu svefntruflana og hvaða þættir hafa truflandi áhrif á svefn (Budhiraja o.fl., 2015). Meðferð við svefntruflunum fer eftir orsökum þeirra. Hugræn atferlismeðferð, sem miðar að því að nýta rúm og svefnherbergi eingöngu til svefns, bætir svefn hjá öldruðum sem þjáast af svefnleysi (Tabloski, 2014). Rólegt andrúmsloft á kvöldin, heit sturta og fótanudd eru ráð sem nýst hafa vel við svefnleysi. Algengt er að nota vöðvaslakandi lyf og svefnlyf við svefntruflunum. Varlega skal þó farið í notkun á þessum lyfjaflokkum vegna hugsanlegra aukaverkana á öndun og meðvitund, einkum hjá öldruðum. Meta þarf reglulega þörf fyrir þessi lyf og varast skal að nota þau í langan tíma. Rannsóknir sýna að ýmis náttúrulyf geta bætt svefn, t.d. Melatonin sem bætir svefn án þess að hafa áhrif á öndun eða meðvitund (Budhiraja o.fl., 2015).

Lokaorð

Hjúkrun aldraðra með langvinna lungnateppu er yfirgripsmikil og krefst góðrar þekkingar þeirra sem hana veita. Fræðsla er mikilvæg til þeirra sem veita ummönnun og eru hjúkrunarfræðingar í lykilstöðu til að veita þá fræðslu. Með aukinni fræðlu eykst skilningur á LLT og hvað þarf að hafa í huga við umönnun þessa skjólstæðingahóps. Það skilar sér í betri og markvissari hjúkrun.

Mikil áhersla er á lungnaendurhæfingu sem meðferðarúrræði fyrir einstaklinga með LLT. Lungnaendurhæfing felur í sér þætti eins og hreyfingu, næringu, fræðslu, slökun og síðast en ekki síst aðstoð við reykleysi. Lítið hefur verið rætt um lungnaendurhæfingu hjá öldruðum sem dvelja á hjúkrunarheimilum. Þrátt fyrir háan aldur og stofnanavist ætti lungnaendurhæfing að vera í boði fyrir þennan aldurshóp. Auðveldlega má aðlagja þá þætti, sem taldir voru upp hér að framan, að líkamlegri og andlegri getu hins aldraða og bæta þannig líf hans og líðan síðustu æviárin.

Samfella í meðferð einstaklinga með LLT er mikilvæg. Þessir einstaklingar hafa í flestum tilfellum notið sérhæfðrar hjúkrunarþjónustu árábil áður en þeir koma á hjúkrunarheimili eða fara að nota þjónustu heimahjúkrunar.

Eftirfylgd, ráðgjöf og samvinna milli fagstétta er því nauðsynleg til að einstaklingurinn haldi áfram að fá bestu þjónustu sem í boði er.

HEIMILDASKRÁ

- American Thoracic Society [ATS] (2015) (áður útg. 2004). *COPD guidelines*. Sótt 18. nóvember 2015 á <http://www.thoracic.org/copd-guidelines/for-health-professionals/>.
- Bryndís Benediktsdóttir, Gunnar Guðmundsson, Kristín Bára Jörundsdóttir, William Vollmer og Þórarinn Gíslason (2007). Hversu algeng er langvinn lungnateppa? Íslensk faraldsfræðileg rannsókn. *Læknablaðið*, 93, 471-477. Sótt á <http://www.laeknabladid.is/2007/06/nr/2835>.
- Buckholz, G. T., og von Gunten, C. F. (2009). Nonpharmacological management of dyspnea. *Current Opinion in Support Palliative Care*, 3(2), 98-102. Doi:10.1097/SPC.0b013e32832b725e.
- Budhiraja, R., Siddiqi, T. A., og Quan, S. F. (2015). Sleep disorders in chronic obstructive pulmonary disease: Etiology, impact, and management. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 11(3), 259-270. Doi:10.5664/jcsm.4540.
- COPDFoundation (2012). *Big fat reference guide (BERG) on chronic obstructive lung disease*. Sótt 22. nóvember 2015 á <http://www.copdfoundation.org/Learn-More/Educational-Materials/Downloads-Library.aspx>.
- Gelberg, J., og McIvor, R. A. (2010). Overcoming gaps in the management of chronic obstructive pulmonary disease in older patients: new insights. *Drugs & Aging*, 27(5), 367-375. Doi:10.2165/11535220-000000000-00000.
- Global initiative for chronic obstructive lung disease [GOLD] (2015). *Global management for diagnosis, management and prevention of COPD*. Sótt 20. nóvember 2015 á <http://www.goldcopd.org/Guidelines/guidelines-resources.html>.
- Habraken, J. M., Pols, J., Bindels, P. J. E., og Willems, D. K. (2008). The silence of patients with end-stage COPD: A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 58, 844-849. Doi: 10.3399/bjgp08X376186.
- Harris, M., og Richards, K. C. (2010). The physiological and psychological effects of slow-stroke back massage and hand massage on relaxation in older people. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7/8), 917-926. Doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03165.x.
- Hill, K., Patman, S., og Brooks, D. (2010). Effect of airway clearance techniques in patients experiencing an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review. *Chronic Respiratory Disease*, 7(1), 9-17. Doi:10.1177/1479972309348659.
- Ingibjörg Hjaltadóttir, Anna Edda Ásgeirsdóttir, Borghildur Árnadóttir, Helga Ottósdóttir, Guðbjörg Jóna Hermannsdóttir, Alfons Ramel og Inga Þórsdóttir (2007). Matstæki til greiningar á vannæringu aldraða. *Tímarit hjúkrunarfræðinga* 83(5), 48-56. Sótt á <http://hjukrun.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=1838>.
- Ingadóttir, T. S., og Jonsdóttir, H. (2010). Partnership based nursing practice for people with chronic obstructive pulmonary disease and their families: Influence on health related quality of life and hospital admission. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2795-2805.
- Itoh, M., Tsuji, T., Nemoto, K., Nakamura, H., og Aoshiba, K. (2013). Undernutrition in patients with COPD and its treatment. *Nutrients*, 5(4), 1316-1335. Doi:10.3390/nu5041316.
- Kaufman, G. (2013). Chronic obstructive pulmonary disease: Diagnosis and management. *Nursing standards*, 27(21), 53-62. Sótt á <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=108023208&site=ehost-live>.
- Liao, L.-Y., Chen, K.-M., Chung, W.-S., og Chien, J.-Y. (2015). Efficacy of a respiratory rehabilitation exercise training package in hospitalized elderly patients with acute exacerbation of COPD: A randomized control trial. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10, 1703. Doi:10.2147/COPD.S90673.
- McNicholas, W. T., Verbraecken, J., og Marin, J. M. (2013). Sleep disorders in COPD: The forgotten dimension. *European Respiratory Review*, 22(129), 365-375. Doi:10.1183/09059180.00003213.
- Schols, A. M., Ferreira, I. M., Franssen, F. M., Gosker, H. R., Janssens, W., Muscaritoli, M., ... Singh, S. J. (2014). Nutritional assessment and therapy in COPD: A European Respiratory Society statement. *European Respiratory Journal*, 44(6), 1504-1520. Doi:10.1183/09031936.00070914.
- Tabloski, P. A. (2014). *The Respiratory System*. Í P. A. Tabloski (ritstj.), *Gerontological Nursing*, (bls. 400-444). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education Inc.
- Taffet, G. E., Donohue, J. F., og Altman, P. R. (2014). Considerations for managing chronic obstructive pulmonary disease in the elderly. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 23-30. Doi:10.2147/CIA.S52999.
- Verbrugge, R., Boer, F., og Georges, J.-J. (2013). Strategies used by respiratory nurses to stimulate self-management in patients with COPD. *Journal of Clinical Nursing*, 22(19/20), 2787-2799. Doi:10.1111/jocn.12048.
- Vogiatzis, I. (2011). Strategies of muscle training in very severe COPD patients. *European Respiratory Journal*, 38(4), 971-975. Doi:10.1183/09031936.00075011.