

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ЛЮДЬМИ ПОЖИЛОГО И
СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Дипломная работа студентки
очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051507
Слепухиной Алёны Александровны

Научный руководитель
преподаватель Поленова Н. А.

Рецензент
старшая медицинская сестра
поликлинического отделения
№2
ОГБУЗ «Городская
поликлиника
г. Белгорода»
Хвостова В. А.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|----|
| ВВЕДЕНИЕ..... | 3 |
| ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ЛЮДЬМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА | 5 |
| 1.1. Характерные физиологические изменения в организме людей пожилого и старческого возраста..... | 5 |
| 1.2. Особенности психологического статуса людей пожилого и старческого возраста..... | 11 |
| 1.3. Сестринский уход, как гарантия приемлемого качества жизни людей пожилого и старческого возраста..... | 14 |
| ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА | 26 |
| 2.1. Организационная характеристика Разуменской поликлиники ОГБУЗ «Белгородская центральная районная больница» | 26 |
| 2.2. Мониторинг особенностей сестринского ухода за пациентами пожилого и старческого возраста..... | 27 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ | 37 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ..... | 39 |
| ПРИЛОЖЕНИЯ..... | 41 |

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Старение — неизбежный процесс, касающийся каждого человека и протекающий на протяжении всей жизни, а старость является закономерным этапом жизненного цикла любого организма.

В разные периоды своей жизни человек сталкивается с необходимостью решения проблем разного рода, многие из которых успешно преодолеваются им самостоятельно, но есть и проблемы, которые невозможно решить в одиночку.

Особенно актуальными эти проблемы становятся с возрастом, когда в организме происходят качественные изменения, связанные со старением органов и систем, но сам процесс старения не является болезнью, он лишь повышает риск развития заболеваний. Однако проблемы старения не ограничиваются исключительно изменениями физических показателей функционирования организма, они затрагивают также психические и социальные аспекты.

Медицинским работникам, оказывающим помощь людям старших возрастных групп, необходимо знать эти проблемы и помогать находить способы их решения, учитывать, что многие люди болезненно переживают изменения в своей жизни. Ведущая роль в этом принадлежит участковой медицинской сестре, которая не только выявит и найдет способ решения проблемы, но и обучит людей пожилого и старческого возраста самоуходу, а родственников уходу за ними.

Особенности сестринского ухода за лицами пожилого и старческого возраста получили развитие в работах А. М. Оловникова, С. В. Анисимова, А. В. Нагорного, Л. М. Белозеровой, В. Ф. Купревича, В. Х. Хавинсон.

Цель исследования: изучить особенности организации сестринского ухода за людьми пожилого и старческого возраста.

Объект исследования: лица пожилого и старческого возраста.

Предмет исследования: сестринский уход за людьми пожилого и старческого возраста.

Гипотеза исследования состоит в том, что организация сестринского ухода за людьми пожилого и старческого возраста имеет свои особенности, которые медицинской сестре необходимо учитывать.

Задачи исследования:

- обозначить проблемы лиц пожилого и старческого возраста;
- выявить особенности организации сестринского ухода за людьми гериатрического возраста;
- определить уровень качества предоставляемого сестринского ухода за людьми пожилого и старческого возраста;
- разработать рекомендации по организации сестринского ухода за лицами вышеназванной категории.

Методы исследования:

- теоретический: анализ информации литературных источников по теме исследования;
- эмпирический: статистическая обработка данных, анкетирование, анализ, наблюдение.

Теоретическая значимость исследования заключается в углубленном изучении теоретического материала по вопросу организации сестринского ухода за людьми пожилого и старческого возраста.

Практическая значимость определяется тем, что проведен анализ организации сестринского ухода за людьми пожилого и старческого возраста, разработаны рекомендации по организации сестринского ухода за лицами вышеназванной категории.

База: Разуменская поликлиника ОГБУЗ «Белгородская центральная районная больница».

Время: 2019 год.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ЛЮДЬМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

1.1. Характерные физиологические изменения в организме людей пожилого и старческого возраста

Возраст – определенный этап не только психолого – биологического, но и социально – психологического развития, т.е. итог пройденного человеком социального пути.

На сегодняшний день принята общемировая градация возраста по версии ВОЗ:

- 18 – 45 лет – молодость;
- 45 – 60 лет – средний возраст;
- 60 – 75 лет – пожилой возраст;
- 75 – 90 лет – старческий;
- свыше 90 – долгожители [8, с. 5].

В рамках нашего исследования считаем важным подробно остановиться на категории лиц, относящихся к пожилому и старческому возрасту.

Развитие организма человека происходит непрерывно и продолжается в течение всей жизни. Но если в молодом организме все органы и системы органов надежно работают, то процессы старения связаны с обратным развитием. Так в возрасте 50 – 60 лет начинается нарушение надежности всех физиологических систем организма.

Старение организма сопровождается уменьшением подвижности, уравновешенности и силы основных физиологических процессов. Происходит гибель нервных клеток центральной нервной системы, что приводит к ослаблению ее регуляторного и трофического влияния на организм.

Раньше других нарушается процесс внутреннего торможения. Наступают изменения психики и поведения старого человека, возможность длительной концентрации внимания, отмечается эмоциональная неустойчивость.

При старческой перестройке организма прежде всего происходят изменения в нервной и сердечно – сосудистой системах.

После 60 лет уменьшается масса сердца, отмечаются расширение его полостей, утолщение эндокарда, что приводит к повышению артериального давления. Может замедлиться ритм сердечных сокращений, что создает предпосылки для нарушений сердечного ритма. Снижается величина сердечного выброса, уменьшается эластичность сосудистой стенки. Изменения в кровеносной системе ухудшают мозговое кровообращение.

С возрастом увеличиваются показатели заболеваемости. К наиболее частым заболеваниям лиц гериатрического возраста относятся: атеросклероз, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, психические расстройства [5, с. 7].

Атеросклероз – хроническое заболевание, характеризуемое уплотнением и потерей эластичности стенок артерий, сужением их просвета с последующим нарушением кровоснабжения органов. Вследствие нарушения липидного обмена во внутренней оболочке артерий, происходит отложение жироподобных веществ с последующим разрастанием в этих местах соединительной ткани, в связи с тем со временем в отдельных местах образуются тромбы, кровоток затрудняется.

Людей старшей возрастной группы мучают головная боль, головокружение, снижение памяти, перебои в области сердца, боли в голенях при ходьбе, приступы загрудинных болей. Причём больной очень переживает из – за своей болезни и возможности развития различных сосудистых осложнений, и часто не верит в эффективность лекарственных средств, которые могут остановить развитие болезни.

Гипертоническая болезнь – хроническое заболевание, характеризуемое длительным и стойким повышением как систолического артериального давления, так и диастолического, вследствие спазма мелких артериол.

Наиболее частыми жалобами больных при повышении артериального давления являются: головная боль в затылочной области, возникающая утром при пробуждении, связана с эмоциональным напряжением, усиливается к концу рабочего дня; головокружение; мелькание «мушек» перед глазами; плохой сон; раздражительность; нарушение зрения; боли в области сердца [7, с. 43 – 49].

Сахарный диабет – это заболевание, возникающее на фоне нарушений в эндокринной системе. Для него характерно хроническое завышенное содержание сахара в крови.

Особенности сахарного диабета у пожилых и старых людей заключаются в том, что зачастую его течения не стабильное и легкое. Но характерный признак болезни – это лишний вес. Так как в старческом возрасте существует масса проблем со здоровьем, то ожирению мало кто уделяет внимание. Однако, несмотря на длительное и скрытое течение болезни, ее последствия могут привести к летальному исходу.

Различают два вида диабета:

1) первый тип – развивается при дефиците инсулина. Зачастую диагностируется в молодом возрасте. Это инсулинозависимый диабет, который протекает в тяжелой форме. В этом случае отсутствие лечения приводит к диабетической коме и диабетик может умереть.

2) второй тип – появляется при избытке инсулина в крови, но даже такого количества гормона недостаточно для нормализации уровня глюкозы.

Общими симптомами диабета у пожилых людей являются: ослабление зрения; зуд и пересыхание кожных покровов; судороги; постоянная жажда; отечность нижних конечностей; частые мочеиспускания. Однако для подтверждения диагноза не обязательно наличие всех признаков. Для этого достаточно возникновения 1 или 2 симптомов.

Сахарный диабет 2 типа у людей пожилого и старческого возраста зачастую проявляется сильным ухудшением зрения, жаждой, ухудшением общего состояния и долгим заживлением ран [9].

В пожилом и старческом возрасте в организме возникают функциональные и структурные изменения различных органов и систем. Эти изменения касаются и органов чувств. У людей старших возрастных групп часто отмечаются снижение остроты зрения, сужение полей зрения, уменьшение скорости темновой адаптации. Нарушения слуха различной степени связаны со снижением эластичности барабанной перепонки, обызвествлением сочленений слуховых косточек и волокон базальной мембраны.

Проблемы со зрением и слухом приводят к снижению качества жизни людей пожилого и старческого возраста. Даже незначительное снижение остроты зрения или умеренно выраженное нарушение слуха может привести к появлению ограничений в повседневной жизнедеятельности: пациентам становится трудно делать привычные вещи – смотреть телевизор, слушать радиопередачи, читать, общаться с окружающими.

Снижение остроты зрения приводит к ограничениям возможностей самообслуживания, повышению риска травматизма – в результате падений, дорожно – транспортных происшествий и т.п., мешает человеку реагировать на опасности окружающей среды [6, с. 688].

Жалобы на снижение памяти и повышенную забывчивость достаточно часто встречаются среди лиц пожилого и старческого возраста.

Выраженные возрастные нарушения памяти объединяют термином «доброкачественная старческая забывчивость» или «нарушения памяти, связанные с возрастом», под которым понимают нарушения памяти у людей пожилого и старческого возраста, которые выходят за пределы возрастной нормы, но при этом не вызывают значительных нарушений социальной адаптации.

Физиологические возрастные изменения когнитивных функций, как правило, незначительны, не оказывают негативного влияния на повседневную жизнедеятельность пожилого человека. Пациенты могут замечать, что они иногда не могут сразу вспомнить имя человека или подобрать нужное слово в

разговоре, периодически забывают, куда положили какую – либо вещь. Обучение и запоминание новой информации требуют больше времени, чем раньше. Однако характерно, что забывчивость, связанная с физиологическими изменениями, не распространяется на отдаленные и текущие события и на знания общего характера, полученные в молодом и среднем возрасте.

Физиологические изменения памяти и других когнитивных функций наиболее активно развиваются в возрасте от 40 до 65 лет, после этого возраста их прогрессирование прекращается [6, с. 623 – 625].

Изменения походки в пожилом и старческом возрасте встречаются достаточно часто. У большинства пожилых и старых людей походка становится более осторожной, медленной, снижаются длина и высота шага, амплитуда движений рук при ходьбе. Период опоры на обе ноги увеличивается, а длительность периода отталкивания от опоры уменьшается. Для пожилого и старого человека характерна походка маленькими шажками. Мужчины чаще ходят, широко расставляя ноги, а женщины, напротив, ставят ноги близко. При этом амплитуда движений рук при ходьбе снижена, спина сгорблена, а бедра и колени согнуты.

Отмечается неуверенность при поворотах, иногда сопровождающаяся постуральной неустойчивостью, которая также может возникать при стоянии на одной ноге или сенсорных ограничениях (например, при закрывании глаз). Вышеперечисленные изменения относятся к возрастным и не требуют активного лечения.

Тремор – произвольные ритмичные регулярные колебательные движения тела или его частей (головы, туловища, конечностей), которые вызываются сокращением и расслаблением мышц – антагонистов.

Распространенность тремора среди людей пожилого и старческого возраста достаточно велика. Однако чаще всего эти нарушения незначительны, являются физиологическими, не приводят к затруднениям в повседневной жизни и выявляются только при подробном медицинском осмотре.

Старческий тремор обычно выражен незначительно, не оказывает значимого влияния на выполнение движений и часто воспринимается пациентами как нормальное явление, связанное с возрастом. Как правило, тремор медленный, имеет небольшую амплитуду, выражается в виде кивательных движений типа «да – да» или поворотах головы типа «нет – нет», иногда может проявляться в виде тремора нижней челюсти или верхних конечностей. Старческий тремор не сопровождается развитием других неврологических симптомов.

Популяция людей старших возрастных групп увеличивается с каждым годом, привнося с собой проблемы, требующие внимания со стороны медицинских работников. Одной из них является недостаточное питание, которое приводит к повышению заболеваемости и смертности у этой части населения независимо от их места пребывания (дом, стационар, социальное учреждение).

Часто процесс старения ассоциируется с повышением массы тела. Однако максимальное число людей с избыточной массой тела находятся в возрасте от 45 до 54 лет. После 55 лет происходит прогрессивное снижение числа тучных людей, и в старости они составляют лишь 3,5%.

Под недостаточным питанием понимают патологическое состояние, обусловленное несоответствием поступления и расхода питательных веществ, приводящее к снижению массы тела и изменению компонентного состава организма. Показано, что в пожилом и старческом возрасте происходит нарушение механизмов регуляции энергетического обмена. Чаще всего развивается белково – энергетическая недостаточность. Это приводит к потере тканей, особенно мышечных, и, как следствие, к снижению физического функционирования пожилого пациента.

Факторы риска, связанные с возрастом, обусловленные физиологическими изменениями в организме, также могут привести к возникновению недостаточного питания (Приложение 1).

Каждый из этих факторов должен обратить на себя внимание, насторожить медицинских работников и близких родственников пациентов пожилого и старческого возраста. Особенно важно это в случае, если у пациента встречается сочетание нескольких факторов [6, с. 701 – 715].

На разных этапах старения некоторые люди остро переживают любые признаки физиологических или психологических старческих изменений. Но именно психологический статус людей старших возрастных групп определяет их отношение к старости и дальнейшее её течение, качество жизни.

1.2. Особенности психологического статуса людей пожилого и старческого возраста

Психические расстройства в пожилом и старческом возрасте наиболее часто проявляются в форме хронических бредовых расстройств, снижением когнитивных функций, достигающих степени депрессии, и стойкими расстройствами настроения. Реже эти расстройства могут быть в форме шизофрении или острых психотических расстройств. Зачастую пожилой или старый человек, годами страдая от тягостных проявлений психических нарушений, боится обратиться к психиатру, опасаясь, что его сочтут «сумасшедшим».

Бредовые идеи – основное проявление хронического бредового расстройства – заболевания, часто встречающегося в старости. Для этой формы психической патологии типична подозрительность. Лица, страдающие хроническими бредовыми расстройствами, жалуются на несправедливое отношение со стороны окружающих, притеснение со стороны родных, ущемление прав. В тех случаях, когда эти жалобы не имеют под собой реальных оснований, речь может идти о нарушении мышления, приводящем к развитию бредовых идей – ложных, не соответствующих действительности суждений и умозаключений, обусловленных расстройством психической

деятельности. Постепенно подозрительность усиливается, любые действия окружающих трактуются как направленные против пациента.

Содержание бредовых идей разнообразно. Чаще всего это идеи воровства, материального или морального притеснения, преследования с целью овладения имуществом, отравления. Пациенты говорят, что недоброжелатели хотят их «изжить», выселить из квартиры, похищают вещи, продукты, всячески издеваются над ними, тайком проникают в комнату, оставляют мусор, грязь, подсыпают в еду несъедобные предметы, пускают в квартиру газы, рассыпают ядовитые порошки. Иногда содержанием бреда является ревность. События, являющиеся содержанием бреда, как правило, происходят в пределах квартиры. В качестве недоброжелателей обычно выступают соседи или родственники. Реже в круг преследователей вовлекаются незнакомые люди, представители полиции, коммунальных служб, врачи.

В старческом возрасте бред часто сопровождается ложными восприятиями (галлюцинациями). Пациенты «слышат» в квартире необычные звуки, стук, шаги, голоса. Иногда жалуются на необычные запахи в квартире, измененный вкус пищи. Иногда «видят» в квартире посторонних людей. Бред всегда сопровождается тревогой, страхом, нередко депрессивными переживаниями. Сами пациенты страдают от своего заболевания не меньше, чем окружающие их люди. Бредовые высказывания пациентов часто воспринимаются окружающими людьми как психологически понятные. Нередко родственники, желая оградить пациента от неприятных соседей, меняют квартиру. При смене обстановки бред на некоторое время затихает, но затем возобновляется с прежней силой. Люди, страдающие бредом, не критичны к содержанию своих переживаний, их невозможно переубедить, логическими аргументами не удастся доказать им ложность утверждений. Они отказываются от консультации психиатра и лечения. При отсутствии настойчивости со стороны родных эти пациенты могут годами, а иногда и десятилетиями находиться дома без лечения [2, с. 134 – 139].

Пожилые и старые люди в разговорах друг с другом или медицинскими работниками постоянно обращаются к прошлому, проявляя меньший интерес к настоящему и уж совсем небольшой к будущему. Люди старших возрастных групп тяжелее переносят потерю родных и близких, с трудом приобретают новых друзей. У гериатрических пациентов часто отмечаются нарушения памяти. Пациент хорошо помнит то, что было много лет назад, но плохо запоминает текущую информацию и путает события недавнего прошлого. Долговременная память более сохранна, чем кратковременная [6, с. 797].

У пациентов пожилого и старческого возраста часто отмечаются расстройства сна. Такие пациенты нередко могут спать или дремать днем, а ночью бодрствовать, читать, ходить, принимать пищу, вызывая у окружающих сомнения в адекватности поведения. В этих случаях обычно не торопятся с назначением успокаивающих и снотворных препаратов, так как причины нарушения сна могут быть различными и их сначала надо установить. К их числу, прежде всего, относятся разнообразные дизурические расстройства. Снижение концентрационной функции почек приводит к тому, что недостаточная функция почек в течение дня компенсируется увеличением ночного диуреза. Могут быть и другие причины, способствующие нарушению сна. Необходимо иметь в виду, что у пожилых и старых людей вообще отмечается меньшая потребность во сне, чем у молодых людей. Если же пациенты дополнительно спят днем, то нарушение ночного сна часто становится почти неизбежным. Исключение дневного сна, замена его каким – либо интересным занятием во многих случаях позволяет добиться улучшения ночного сна.

Способствовать возникновению бессонницы может и плохо подобранная кровать с продавленной сеткой, поскольку при остеохондрозе позвоночника, который часто встречается в пожилом и старческом возрасте, лежание на такой кровати вызывает сильные боли по ходу позвоночника. Распространенными причинами нарушений сна являются, кроме того, плохое проветривание помещения, храп соседей, шум в коридоре [2, с. 198].

Многие пожилые и старые люди стесняются того, что они стали хуже видеть или слышать, они могут ощущать собственную ущербность и неполноценность, тревогу за будущее, неуверенность в себе. Нарушение слуха также затрудняет общение, вызывает ощущение изолированности от общества.

Помимо всего вышеперечисленного люди данной возрастной группы чаще проявляют раздражительность по отношению к другим людям. Пожилые более подвержены стрессам из – за «накручивания себя». Им кажется, что они никому не нужны, их никто не любит. К тому же у гериатрических пациентов проявляются лабильность настроения, плаксивость, чувство одиночества. Из – за чего с такими людьми бывает не легко установить контакт, потому что они перестают доверять людям.

Для любого человека старшей возрастной группы характерны изменения со стороны центральной нервной системы, что приводит к снижению работоспособности, проявлению обидчивости и раздражительности, снижению понятия, утрате некоторых навыков, депрессии. Поэтому такие люди больше чем кто – либо, нуждаются в поддержке и человеческом участии.

1.3. Сестринский уход, как гарантия приемлемого качества жизни людей пожилого и старческого возраста

Геронтология – наука, изучающая биологические, социальные и психологические аспекты старения человека, его причины и способы борьбы с ним.

Гериатрия – частный раздел геронтологии занимающийся изучением, профилактикой и лечением болезней людей пожилого и старческого возраста.

Гериатрический сестринский уход – уход, оказываемый медицинской сестрой для решения проблем пациента гериатрического возраста и профилактики заболеваний у него.

Приоритетным звеном системы здравоохранения, на уровне которого в значительной мере реализуются потребности пожилых и старых людей в

помощи на дому, является территориальный поликлинический участок. Именно эта служба одна из первых в оказании помощи и ухода населению старших возрастных групп, и главная роль в этой помощи отводится именно участковой медицинской сестре.

Основными направлениями деятельности участковой медицинской сестры при наблюдении за людьми пожилого и старческого возраста являются:

- активное выявление и взятие на учет лиц пенсионного возраста, проживающих на территории терапевтического участка;
- профилактика заболеваний, осложнений и обострений хронической патологии по индивидуальным программам, разработанным врачом геронтологом и другими специалистами поликлиники;
- оказание сестринской помощи на дому;
- организация ежегодных осмотров лиц пенсионного возраста участковым врачом;
- разработка совместно с социальным работником программы оказания социально – бытовой помощи одиноким не трудоспособным гражданам на дому;
- обучение пожилых пациентов со сниженной способностью к самообслуживанию элементам самопомощи;
- обучение родственников пожилых пациентов навыкам ухода за ними и пользованию приспособлениями, облегчающими самообслуживание и передвижение;
- пропаганда основ активного здорового образа жизни в старости;
- установление контакта с учреждениями и общественными организациями, оказывающими помощь и поддержку нетрудоспособным лицам старшего возраста, в первую очередь – с органами социальной защиты, советами самоуправления, организациями ветеранов, волонтерскими центрами [10].

Уход за пациентами пожилого и старческого возраста сложен, так как требует от медицинского работника большего внимания и времени, чем

обычный медицинский уход, также здесь должны учитываться многие психоэмоциональные и социальные факторы.

Очень важно при уходе и наблюдении за пожилыми и старыми людьми соблюдение правил этики и деонтологии. В организации ухода имеет место быть не только физический уход, но и восстановление нарушенных психических функций, поддержание общения пациента с семьей и обществом [11].

При уходе за людьми старших возрастных групп надо учитывать их психологические особенности. Некоторые пожилые и старые, стремясь не замечать приближающейся или наступившей старости, продолжают вести тот же образ жизни, что и в молодом возрасте, выполняя значительную физическую нагрузку, испытывая нервные перенапряжения и не соблюдая режима питания, сна, отдыха. Это обычно неблагоприятно отражается на течении заболеваний, способствуя их прогрессированию и развитию осложнений. Тактичное объяснение и убеждение человека в необходимости соблюдения предписанного режима имеет в таких случаях большое значение.

Участковой медицинской сестре недостаточно вежливо и терпеливо общаться с пожилыми и старыми людьми. Она также должна уметь правильно и в доступной форме излагать информацию, обучать людей старших возрастных групп самоуходу, а их родственников уходу за ними и созданию охранительного режима [0, с. 157].

При уходе за пожилыми и старыми людьми с нарушениями памяти необходимо быть особенно тактичными и внимательными, терпеливо отвечать на вопросы, которые они задают уже не первый раз. А целесообразнее записывать все рекомендации на листке, чтобы пожилой или старый человек, его родственники в любой момент смогли прочитать записи.

Для сохранения памяти важен постоянный режим труда и отдыха, система умственных занятий. Важнейшим вопросом гигиены памяти является умение правильно читать. Небрежное чтение не укрепляет память, а, наоборот, ее ослабляет. Нельзя читать лежа, так как в таком положении мозг

недостаточно снабжается кровью, а это отрицательно сказывается на усвоении, запоминании прочитанного. Нельзя читать при слабом освещении – это заставляет напрягать глаза и вызывает быструю усталость и переутомление. При чтении всегда следует пытаться сопоставлять только что прочитанное с уже известным. Тогда между старым и новым материалом устанавливаются смысловые связи, что помогает лучше все запомнить. Такой прием хорошо тренирует память.

В укреплении памяти большую роль играет режим умственной работы. Не нужно работать продолжительное время без перерыва. При любом виде умственного труда целесообразно делать каждые 45 – 50 мин короткие «разминки»: встать, походить по комнате, сделать несколько физических упражнений. Пожилым людям, чтобы освободиться от перегрузки второстепенным материалом, следует завести записную книжку. В нее надо записать план работы на следующий день и по ней проверять выполнение заданий текущего дня. Это будет способствовать лучшему упорядочению работы и укреплению памяти. Некоторые люди в пожилом возрасте нередко жалуются на ослабление памяти, забывчивость. В подобных случаях аккуратно ведущаяся книжка во многом поможет каждому человеку.

Для комфортного пребывания людей гериатрического возраста дома необходимо создать благоприятные и безопасные условия для его жизнедеятельности.

Наиболее оптимальная температура помещения с пожилым или старым человеком на постельном режиме 20 °С, а при обычном режиме 22 – 23 °С. Необходимо отметить, что при наличии центрального отопления в помещениях, как правило, повышена сухость воздуха, а это неблагоприятно воздействует на людей старшего возраста, страдающих хроническими заболеваниями органов дыхания, и провоцирует появление кашля. Для того чтобы повысить влажность воздуха, возле батарей центрального отопления размещаются открытые емкости с водой [1, с. 483 – 491].

Существенное значение в организации ухода за людьми пожилого и старческого возраста имеет предупреждение травм и несчастных случаев, которые нередко встречаются в этом возрасте. Возрастное снижение зрения и слуха, шаткая походка с плохой координацией движения и легкой потерей равновесия приводят к тому, что люди падают в комнате, коридоре, туалете, ванной комнате. Наблюдающиеся у пожилых и старых людей изменения костной ткани способствуют при падении возникновению тяжелых переломов. Переломы, достаточно серьезные и в молодом возрасте, а у людей старших возрастных групп могут привести к летальному исходу из – за развития застойных явлений в легких, связанных с вынужденным неподвижным положением в постели, и присоединения интоксикации за счет перелома [5].

Падениям и травмам могут способствовать мягкие, легко смещаемые в сторону дорожки, влажный или скользкий пол, загромождение мебелью комнат в квартире, палат и коридоров, отсутствие в коридорах специальных барьеров и приспособлений для опоры, плохое освещение. Поэтому пол в помещении с пожилым или старым человеком должен быть всегда сухим, комнаты и коридоры освобождены от ненужных предметов интерьера. Исходя из того, что в старшем возрасте снижается зрение и адаптация в ночное время, необходимо ночью оставлять ночник для освещения помещения. Также можно оборудовать комнату, коридор специальными поручнями для облегчения передвижения пожилого или старого человека по квартире. Если человек страдает значительным ухудшением зрения или вовсе не видит нельзя перекладывать его личные вещи, а тем более переставлять мебель, без согласия человека.

Нередко несчастные случаи с людьми пожилого и старческого возраста происходят во время купания в ванне: это бывают падения в скользкой ванне или на скользком, мокром полу. Возможны ожоги, которые получает человек, находящийся в ванне, если по ошибке открывает кран с горячей водой. Во время приема гигиенической ванны или душа у людей старших возрастных групп могут развиваться приступы стенокардии или даже нарушение мозгового кровообращения. Предупреждению несчастных случаев способствуют

оборудование ванны специальными поручнями и скамейками, резиновыми ковриками на полу, подведение средств сигнализации. Но самой надежной мерой профилактики является присутствие при купании пожилых и старых людей медицинских/социальных работников или родственников.

При некоторых заболеваниях люди пожилого и старческого возраста вынуждены соблюдать длительный постельный режим, который может приводить и к некоторым неблагоприятным последствиям. Имеется в виду возникновение застойных явлений в легких, образование тромбов в венах нижних конечностей с последующими тромбозами в ветви легочной артерии, нарушение регуляции функций сердечно – сосудистой системы, затруднение мочеиспускания, усиление запоров, тугоподвижности суставов и др. Профилактика перечисленных осложнений предусматривает применение комплекса мероприятий. В связи с этим большое значение приобретает уход за кожей и предупреждение образования пролежней.

На возникновение пролежней также оказывает влияние общее состояние организма, которое может ухудшаться вследствие недостаточного или нерационального питания или обезвоживания. Зачастую пролежни образуются, если постель больного неровная, плохо и нерегулярно перестилается, а на простыне имеются рубцы и складки. Сказываются и недостаточная гигиеническая обработка и высушивание кожи после актов мочеиспускания и дефекации. Поэтому необходимо избегать этих обстоятельств.

Обычная локализация пролежней – это крестцовая область, ягодицы, реже область лопаток. Указанные участки тела необходимо подвергать ежедневному осмотру, чтобы пресечь развитие пролежней на самом раннем этапе. Для их профилактики целесообразно применять растирания и массаж. При выполнении данных манипуляций следует соблюдать максимальную осторожность, поскольку кожные покровы у стариков тонкие, не очень эластичные и ранимые. Большое значение имеет полноценное питание человека пожилого и старческого возраста – они должны получать достаточное количество растительных и животных белков и полный комплекс витаминов.

Во избежание развития обезвоживания внимательно следят за соблюдением питьевого режима. В случае необходимости дефицит жидкости покрывается за счет внутривенного введения необходимого объема физиологического раствора.

Пожилых и старых людей, вынужденных длительное время соблюдать постельный режим, лучше сразу размещать на функциональных кроватях, позволяющих приподнимать головной или ножной конец. Если нет возможности для приобретения функциональной кровати, то можно оснастить обычную кровать специальным противопрлежневым матрасом, который способствует уменьшению давления на участки тела, наиболее склонные к образованию пролежней.

Положение пожилого лежачего в постели следует периодически изменять, поворачивая его до 8 – 10 раз в сутки. Места, где могут образоваться пролежни, нужно обмывать прохладной водой с мылом 2 – 3 раза в день и протирать.

Кроме того, в пожилом и старческом возрасте часто отмечаются сухость кожных покровов, вызывающая сильный зуд, изменения ногтей (их утолщение, повышенная ломкость), появление мозолей, ограничивающих двигательную активность. Сухие участки кожи целесообразно смазывать специальными кремами, перед подстриганием ногтей для их смягчения полезно делать припарки, применяя касторовое масло. Чтобы избежать подобных последствий гигиенических процедур, купания следует проводить один раз в неделю и применять мыло с высоким содержанием жира. При чрезмерно частом мытье головы с использованием мыла, помимо сухости кожи и зуда, может появиться перхоть, и следует использовать для втирания в кожу специальные питательные жидкости. Лучше своевременно удалять мозоли. Нужно особое внимание уделять уходу за ногами, поскольку кожа нижних конечностей довольно рано претерпевает значительные изменения, обусловленные ухудшением периферического кровообращения.

Особого ухода требуют старые люди с недержанием мочи, которое может возникнуть в результате урологических заболеваний или вследствие нарушений центральной регуляции мочеиспускания, например при деменции (старческом слабоумии), вследствие нарушений мозгового кровообращения. У лиц старческого возраста происходит существенное изменение функций почек и мочевыделительной системы. Отмечается значительное увеличение ночного диуреза, причиной которого может быть повышенная чувствительность к раздражению со стороны сфинктеров мочевого пузыря, а у лиц мужского пола такая частая патология, как аденома предстательной железы. У пожилых и старых людей, страдающих сердечно – сосудистой недостаточностью, увеличение объема выделяемой мочи в ночное время представляет собой компенсаторное явление, обусловленное некоторым улучшением почечного кровообращения при длительном нахождении в горизонтальном положении в состоянии покоя [5, с. 250].

В случаях, когда восстановить нормальное мочеиспускание не представляется возможным, необходимо пользоваться подкладным судном (резиновым надувным), предназначенным для лежачих больных, или специальными мочеприемниками для самостоятельно передвигающихся пожилых людей.

В последнее время в нашей стране стали доступны так называемые анатомические памперсы для взрослых, которые можно применять как для лежачих, так и для ходячих пожилых людей.

Для улучшения психологического состояния пожилых людей следует всячески поощрять их заботу о своем внешнем виде. Аккуратная прическа, регулярное бритье, опрятная одежда повышают настроение пожилых, способствуя улучшению их общего состояния.

Интенсивность обмена у пожилых и старых людей снижается в прямом соответствии с увеличением возраста. В этот процесс вовлечены нервная, эндокринная системы, а также мышечная и соединительные ткани, питание отдельной клетки и удаление продуктов обмена веществ. В старческом

организме снижаются энергозатраты и основной обмен, уменьшается физическая активность, сокращается мышечная масса тела. Это ведет к закономерному снижению потребности в пищевых веществах и энергии. Рекомендуемая калорийность составляет 1900 – 2000 ккал для женщин старше 60 лет и 2000 – 3000 ккал для мужчин того же возраста [2, с. 201].

Людей старшей возрастной группы необходимо взвешивать при каждом их посещении поликлиники. Если возможно, их взвешивают без верхней одежды. В медицинском учреждении следует использовать медицинские весы, откалиброванные в соответствии со стандартами нашей страны, а дома можно использовать любые весы, но для каждого пациента они должны быть одни и те же.

Для расчета ИМТ также необходимо знать рост человека. Измерение проводят стандартным методом с помощью ростомера. Если пожилой человек по какой – то причине не может встать или стоять прямо, например из – за дорсального кифоза, длина его тела определяется по формуле Чумли на основании длины ноги от пятки до колена, или используют данные со слов человека.

Чтобы оценить характер питания человека гериатрического возраста, необходимо выяснить, насколько разнообразна его диета, ест ли он овощи и фрукты, блюда с достаточным содержанием белка. Эти вопросы нужно задавать как самому пациенту, так и его родственникам. Потребление белка считается достаточным, если человек ест мясо, рыбу, яйца хотя бы 2 раза в день и 3 порции молочных продуктов в день. Необходимо также оценивать количество выпитой за день жидкости.

Людям старших возрастных групп с недостаточным питанием необходимо оказывать помощь по исправлению дефектов питания. Коррекция может включать оказание стоматологической помощи, использование при приеме пищи технических средств, прием пищи с помощью осуществляющих уход или сестринского персонала, оценку обоснованности лекарственной

терапии заболеваний и диеты. Чем раньше будут предприняты меры, тем они будут эффективнее.

Энергетическая ценность пищи, потребляемой пожилыми и старыми пациентами с недостаточным питанием, должна составлять 30 – 40 ккал/кг в день, при этом количество белка должно быть 1,2 – 1,5 г/кг в день. Потребности в пище индивидуальны и зависят от состояния здоровья. А при наличии какого – либо заболевания необходимо соблюдение специальных диет, особенностях которых рассказывает пожилому или старому человеку участковая медицинская сестра [6, с. 725].

Еще одной проблема, которая может возникнуть у гериатрических пациентов – гиподинамия. Одни люди не могут физически напрягаться в силу своих заболеваний, другие же сами не хотят. Поэтому медицинская сестра должна убеждать пациентов в том, чтобы они выполняли умеренные физические нагрузки, потому что даже заболевание не является противопоказанием к занятиям лечебной физкультурой. Разработано немало физкультурных программ для людей разных возрастов с учетом их заболеваний, которые помогут улучшить общее состояние организма, облегчить симптомы заболеваний или реабилитироваться после перенесенной травмы, увеличить выносливость организма [2, с. 325].

Таким образом, население пожилого и старческого возраста – это лица, прожившие относительно долгую жизнь, вследствие чего они уже испытывают определенное психофизические ограничения независимо от наличия или отсутствия заболеваний, в некоторых случаях они функционально недееспособны либо им необходима помощь со стороны. В связи с эти люди в пожилом и старческом возрасте нуждаются в социальной поддержке, которая позволит им ощущать себя полноценными членами общества.

Анализ литературы по исследуемой теме и знаний, полученных при обучении в медицинском колледже, позволяет сделать следующие выводы:

1. Старение — неизбежный процесс, касающийся каждого человека и протекающий на протяжении всей жизни, а старость является закономерным этапом жизненного цикла любого организма.

2. Несомненно, в период старения человек сталкивается с необходимостью решения проблем разного рода, многие из которых успешно преодолеваются им самостоятельно, но есть и проблемы, которые невозможно решить в одиночку.

3. Приоритетным звеном системы здравоохранения, на уровне которого в значительной мере реализуются потребности пожилых и старых людей в помощи на дому, является территориальный поликлинический участок. Именно эта служба одна из первых в оказании помощи и ухода населению старших возрастных групп, и главная роль в этой помощи отводится именно участковой медицинской сестре.

4. Уход за пациентами пожилого и старческого возраста сложен, так как требует от медицинского работника большего внимания и времени, чем обычный медицинский уход, также здесь должны учитываться многие психоэмоциональные и социальные факторы. Иными словами, в организации ухода имеет место быть не только физический уход, но и восстановление нарушенных психических функций, поддержание общения пациента с семьей и обществом.

5. Очень важно при уходе и наблюдении за пожилыми и старыми людьми соблюдение правил этики и деонтологии. Участковой медицинской сестре недостаточно вежливо и терпеливо общаться с пожилыми и старыми людьми. Она также должна уметь правильно и в доступной форме излагать информацию, выявлять проблемы пациента и находить способы их решения, обучать людей старших возрастных групп самоуходу, а их родственников уходу за ними на дому и созданию охранительного режима.

6. Таким образом, население пожилого и старческого возраста — это лица, прожившие относительно долгую жизнь, вследствие чего они испытывают определенные психофизические ограничения независимо от

наличия или отсутствия заболеваний, в некоторых случаях они функционально недееспособны либо им необходима помощь со стороны. В связи с этим люди в пожилом и старческом возрасте нуждаются в поддержке со стороны медицинской сестры, которая позволит им ощущать себя полноценными членами общества.

Изучив медицинскую и научно – методическую литературу и рассмотрев основные понятия по исследуемой теме, мы проведем анализ исследования особенностей сестринского ухода за людьми пожилого и старческого возраста в Разуменской поликлинике ОГБУЗ «Белгородская центральная районная больница».

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

2.1. Организационная характеристика Разуменской поликлиники ОГБУЗ «Белгородская центральная районная больница»

В Белгородском районе в системе здравоохранения функционирует 47 учреждений здравоохранения, в том числе: 3 стационарного типа, 8 амбулаторий, 2 поликлиники, 33 ФАПа.

Амбулаторно – поликлиническую помощь населению района оказывают 14 лечебно – профилактических учреждений, в том числе поликлиника ЦРБ на 650 посещений в смену.

Общая коечная мощность лечебных учреждений ОГБУЗ «Белгородская ЦРБ» составляет 307 коек, в том числе 205 круглосуточных и 102 дневных коек.

В районе активно используются информационно – коммуникационные технологии. Все ЛПУ Белгородского района обеспечены компьютерной техникой. В ЦРБ имеется локальная сеть с выходом в Интернет, работает электронная почта [12].

Одним из лечебно – профилактических учреждений ЦРБ является Разуменская поликлиника. Помимо амбулаторного приема, функционирует дневной стационар на 12 коек. В своём составе имеет: отделения детской и взрослой терапии, где осуществляют приём 25 специалистов; 2 процедурных кабинета; рентгенологический, стоматологический, УЗИ и физиотерапевтический кабинеты. Также врачи осуществляют прием в 3 офисах семейного врача.

На 2018 год к данной поликлинике было прикреплено 20 406 человек. Из них 15 819 человек взрослого населения, 977 подростков и 3 610 детей.

В этот же период времени на 1 тыс. человек взрослого населения 248 человек состояло на диспансерном учете, из них 87 человек пожилого возраста и 45 старческого.

2.2. Мониторинг особенностей сестринского ухода за пациентами пожилого и старческого возраста

Нами были изучены статистические данные, проведен социальный опрос по разработанным анкетам для двух групп респондентов. В анкетировании приняли участие 40 пациентов данной возрастной категории и 10 участковых медицинских сестер (Приложение 2, Приложение 3).

Возраст анкетлируемых пациентов распределился следующим образом: 85 % (34 чел.) – пожилого возраста, 15 % (6 чел.) – старческого (Рис. 1).

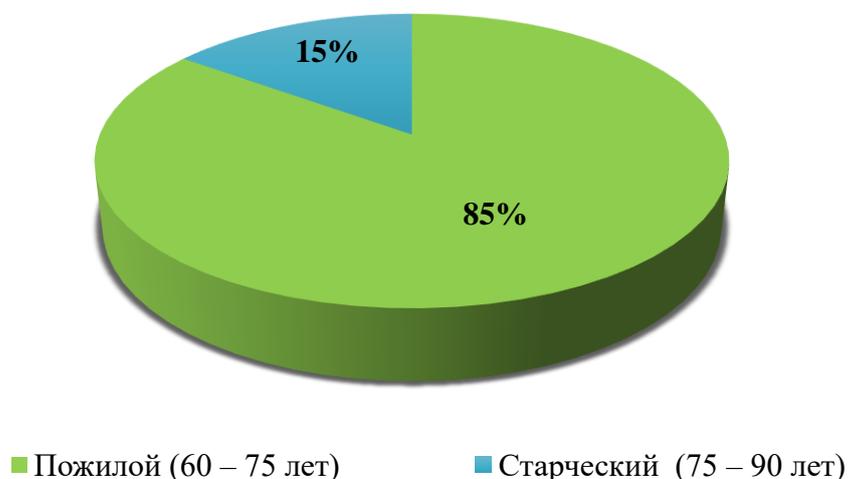


Рис. 1. Распределение респондентов по возрасту

Для выявления самых распространенных проблем пациентов мы задали вопрос: «Какие проблемы Вы испытываете в связи с вашим возрастом?», где ответы респондентов распределились таким образом: боли в суставах испытывают 33 человек, боли в области сердца – 16, повышение АД – 31,

нарушение сна – 17, головокружение – 25, ухудшение памяти – 28, недержание мочи – 4, дефицит самоухода – 2, дефицит общения – 3 (Рис. 2).

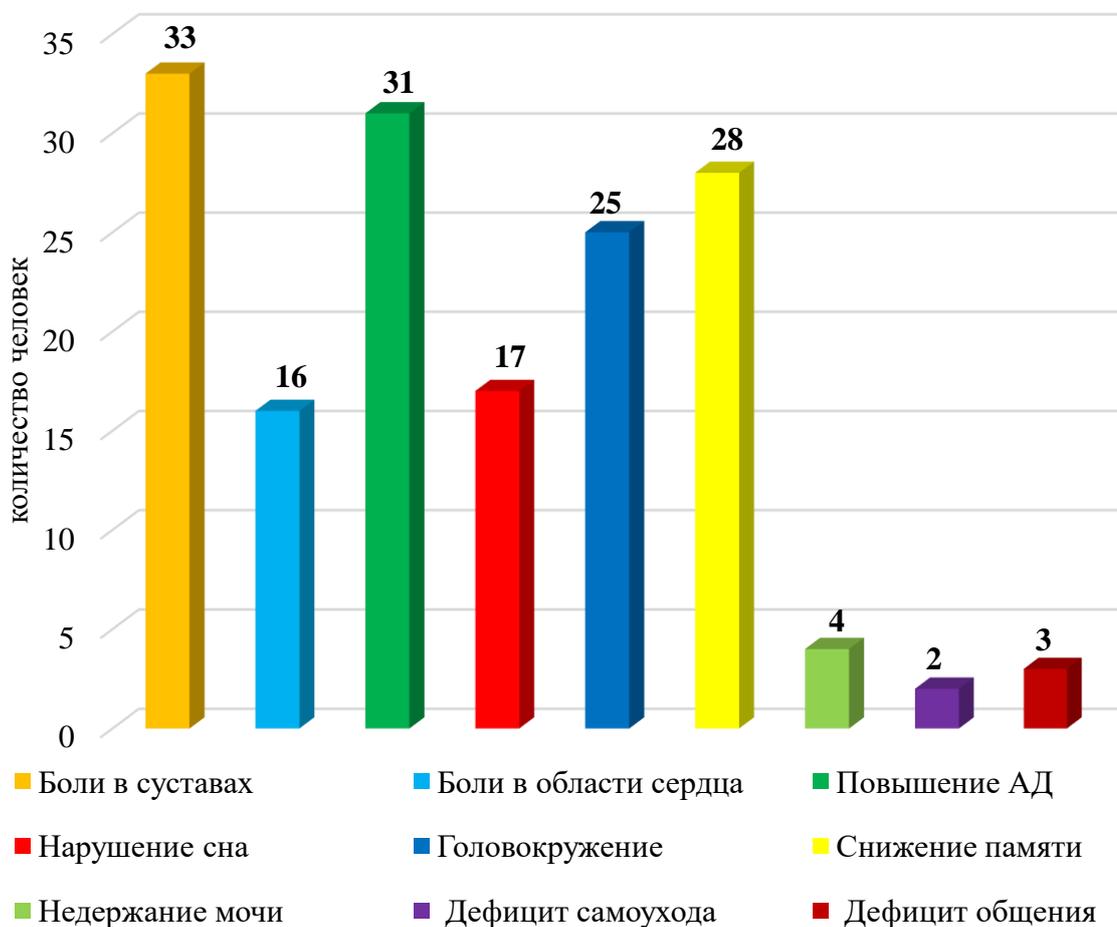


Рис. 2. Распространенность проблем в пожилом и старческом возрасте

Из данной диаграммы можно сделать вывод, что самыми актуальными проблемами в пожилом и старческом возрасте являются: боли в суставах, повышенное АД, головокружения, снижение памяти.

С возрастом люди склонны самостоятельно ставить себе не существующие диагнозы и назначать лечение. Поэтому мы задали респондентам ряд следующих вопросов.

На вопрос «Верите ли Вы в то, что лучший лекарь для человека – это он сам?» 40 % (16 чел.) ответили, что согласны с этим утверждением, 52 % (21 чел.) – не согласны, и 8 % (3 чел.) затруднились ответить (Рис. 3).

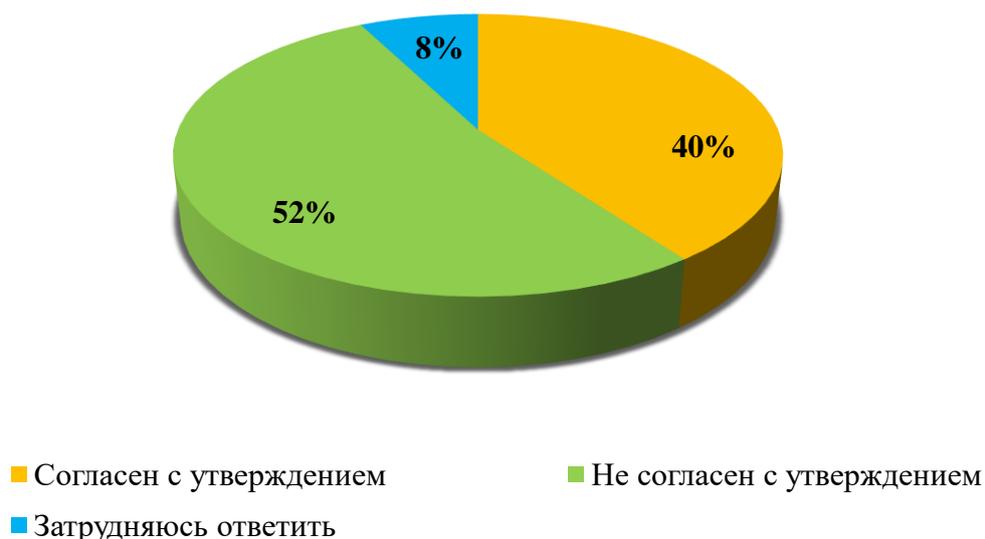


Рис. 3. Согласие с утверждением «Верите ли Вы в то, что лучший лекарь для человека – это он сам»

Анализируя ответы респондентов на вопрос «Сколько лекарственных средств Вы принимаете?» мы выяснили, что 8 % анкетированных (3 чел.) – не принимают лекарства, 15 % (6 чел.) – принимают 1 лекарственное средство, 38 % (15 чел.) – 2 – 3 лекарства, 40 % (16 чел.) – 4 и более. Из устного опроса мы установили, что в основном люди пожилого и старческого возраста принимают гипотензивные средства (Рис.4).



Рис. 4. Количество принимаемых пациентами лекарственных средств

Респондентам был задан следующий вопрос «По чьей рекомендации вы принимаете лекарственные средства», и ответы распределились таким образом: по рекомендации врача – 55 % (22 чел.), знакомых – 25 % (10 чел.), родственников – 12 % (5 чел.), самостоятельно себе назначают – 8 % (3 чел.) (Рис. 5)



Рис. 5. Вопрос для пациентов: «По чьей рекомендации Вы принимаете лекарственные средства?»

Исходя из ответов на эти вопросы, можно сказать, что не все люди пожилого и старческого возраста осознают важность обращения по поводу своих проблем к участковому врачу. Важно сказать, что согласно функциональных обязанностей участковой медицинской сестры, она должна проводить с пациентами и их родственниками беседы по вышеназванным вопросам и не только.

Медицинским сестрам был задан вопрос: «На какие темы Вы проводите беседы». Ответы респондентов распределились таким образом: профилактика обострений, имеющих у пациентов заболеваний – 7 человек, правила приема лекарственных средств – 4, создание охранительного режима дома – 5, объем физических нагрузок – 3, рекомендации по питанию – 4, отрицательное влияние самолечения – 2, влияние на здоровье вредных привычек – 6 (Рис. 6)

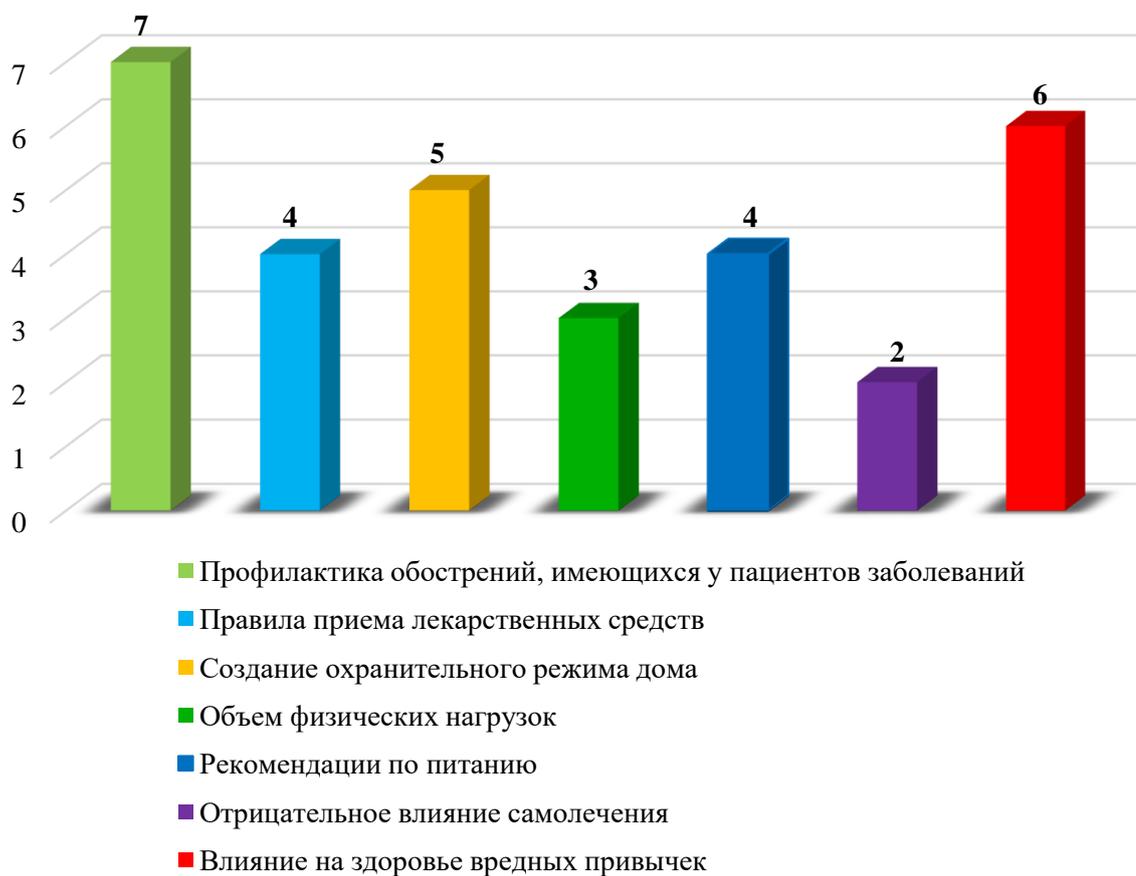


Рис. 6. Актуальность тем проведения бесед с пациентом

То есть самыми актуальными темами проведения бесед являются профилактика обострений, имеющих у пациентов заболеваний, создание охранительного режима дома, влияние на здоровье вредных привычек.

Оценка информирования медицинской сестрой пациентов о лекарственных средствах имела следующий вид:

- согласно ответов пациентов: 12 % (5 чел.) респондентов всегда получают информацию от участковой медицинской сестры, 15 % (6 чел.) – в большинстве случаев, 28 % (11 чел.) – иногда, 45 % (18 чел.) – никогда (Рис. 7);
- согласно ответов медицинских сестер: 30 % респондентов (3 чел.) всегда проводят беседы, 50 % (5чел.) – в большинстве случаев, 20 % (2чел.) – иногда (Рис.8).

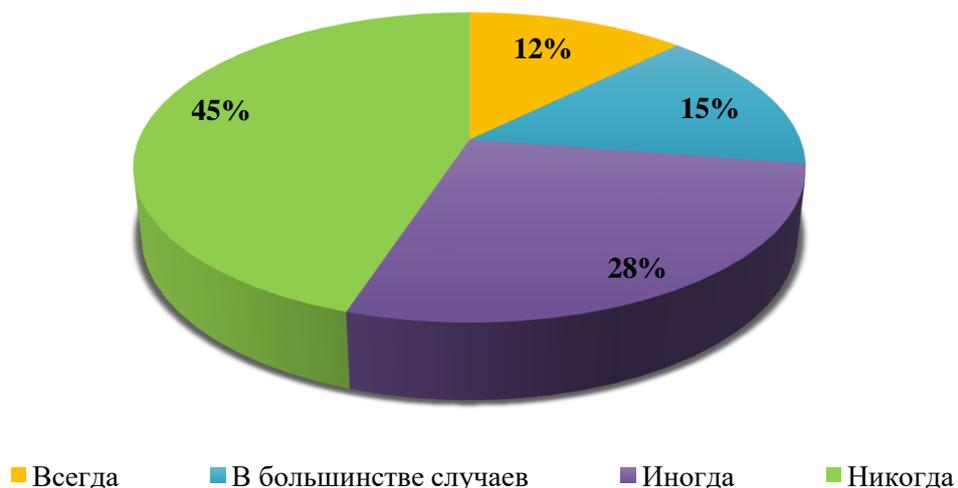


Рис. 7. Оценка информирования медицинской сестрой пациентов о лекарственных средствах. Ответы пациентов

Анализируя ответы респондентов, можно сделать вывод, что ответы пациентов и медицинских сестер не совпадают. Всё – таки участковые медицинские сестры не в полной мере дают пациентам информацию о лекарственном средстве.



Рис. 8. Оценка информирования медицинской сестрой пациентов о лекарственных средствах. Ответы участковых медицинских сестер

Обучение пациентов является неотъемлемой частью работы участковой медицинской сестры при уходе за пожилыми и стариками. В ходе исследования мы выяснили, что 50 % анкетированных медицинских сестер (5 чел.) – всегда обучают своих пациентов тем или иным действиям, 20 % (2 чел.) – в большинстве случаев, 30 % (3 чел.) – иногда (Рис. 9).

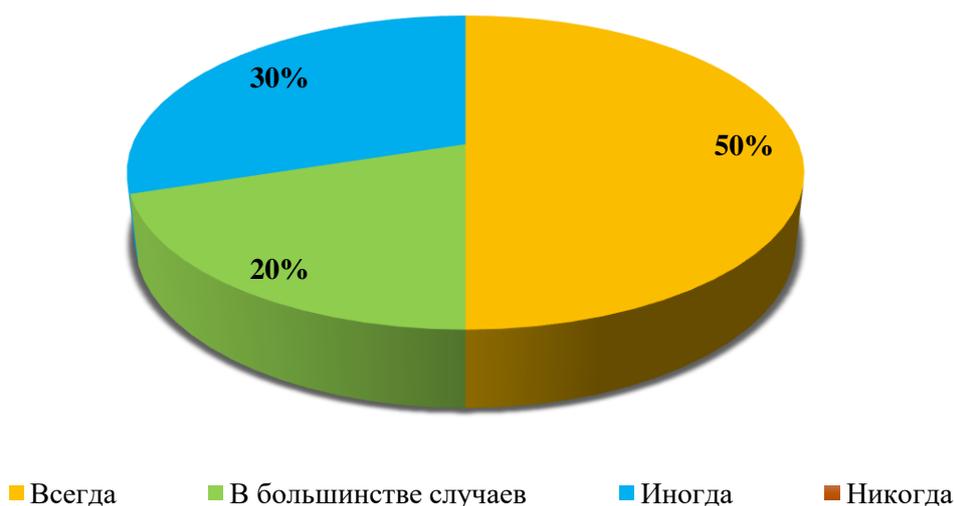


Рис. 9. Процент медицинских сестер, обучающих своих пациентов

С целью выявления заболеваний на ранних этапах развития, всё население должно проходить диспансеризацию, особенно это важно для людей старшей возрастной группы, поскольку с возрастом увеличивается риск развития заболеваний.

Медицинским сестрам был задан вопрос «Приглашаете ли Вы пациентов своего участка на прохождение диспансеризации согласно намеченного графика?», на что мы получили следующий результат: 70 % (7 чел.) опрошенных медицинских сестер – всегда приглашают, 30 % (3 чел.) – в большинстве случаев (Рис. 10).

На вопрос «Приглашает ли Вас участковая медицинская сестра на прохождение диспансеризации?», ответы пациентов распределились следующим образом: 25 % (10 чел.) выбрали ответ – всегда, 15 % (6 чел.) – в большинстве случаев, 42 % (17 чел.) – иногда, 18 % (7 чел.) – никогда (Рис. 11).

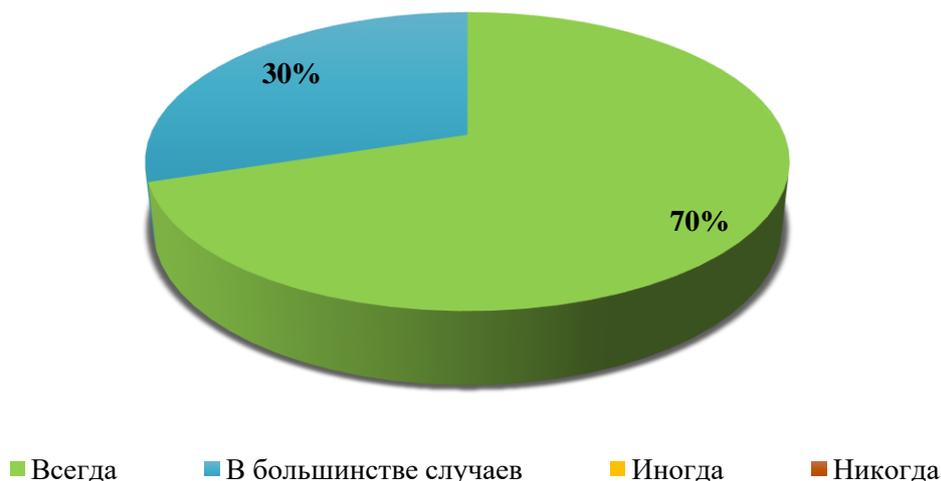


Рис. 10. Приглашение гериатрических пациентов на диспансеризацию. Ответы участковых медицинских сестер

Анализируя диаграммы, можно отметить, что ответы двух групп респондентов значительно различаются.

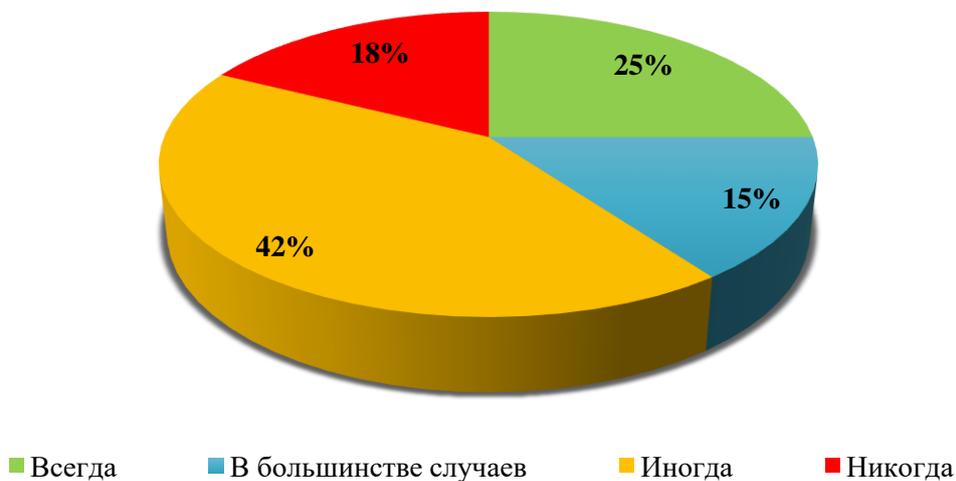


Рис. 11. Приглашение гериатрических пациентов на диспансеризацию. Ответы пациентов.

По мнению анкетированных пациентов старшей возрастной группы, 67 % (27 чел.) удовлетворены работой своей медицинской сестры, 23 % (9 чел.) – не удовлетворены, 10 % (4 чел.) – затруднились ответить (Рис. 12).

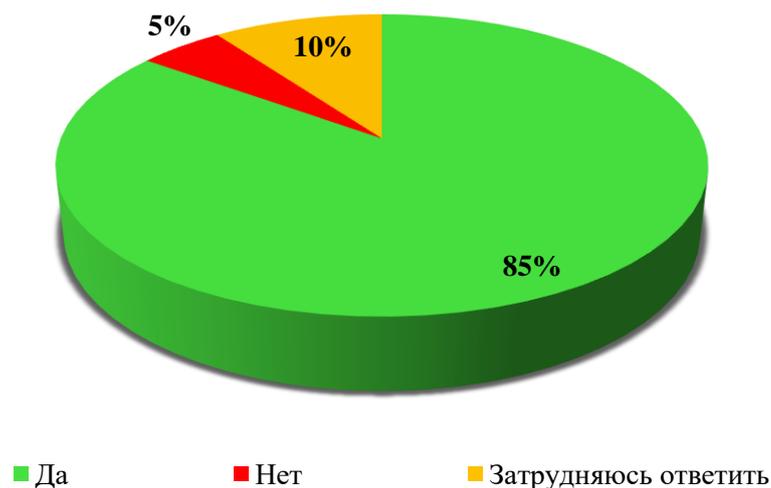


Рис. 12. Удовлетворенность пациентов работой участковой медицинской сестры.

Подводя итоги данного исследования, нами были сформулированы

ВЫВОДЫ:

1. Самыми актуальными проблемами в пожилом и старческом возрасте являются: боли в суставах, повышенное артериального давления, головокружения, снижение памяти. Тактичное объяснение пациенту о правилах приема лекарственных средств имеет в таких случаях большое значение.

2. Участковые медицинские сестры не в полной мере дают пациентам информацию о лекарственном средстве. В итоге у людей пожилого и старческого возраста может возникнуть негативное отношение к приему назначенных лекарственных средств, что может негативно сказаться на качестве их жизни.

3. На средний медицинский персонал возлагается задача по обучению пациентов и их родственников. Нами установлено, что лишь 50 % анкетированных медицинских сестер (5 чел.) – всегда обучают своих пациентов тем или иным действиям, из чего следует, что не все пациенты обучены необходимым им навыкам.

4. Для выявления заболеваний на ранних стадия развития, а также профилактики уже имеющихся заболеваний, медицинские сестры приглашают пациентов старшей возрастной группы на прохождение диспансеризации.

5. Учитывая возраст пациентов, в связи с которым у них проявляются снижение памяти, рассеянность, лабильность настроения, от медицинских сестер требуется больше внимания, понимания и терпения, чем при работе с населением молодого и среднего возраста. Следовательно, организация сестринского ухода за людьми пожилого и старческого возраста имеет свои особенности, что подтверждает гипотезу нашего исследования.

По результатам исследования разработаны **рекомендации**, позволяющие медицинским сестрам проводить работу по уходу за людьми пожилого и старческого возраста с учетом выявленных проблем. Эти рекомендации должны помочь совершенствовать систему сестринского ухода за гериатрическими пациентами:

1. Для того чтобы эффективно наблюдать за гериатрическими пациентами, медицинская сестра должна хорошо знать симптомы заболеваний и факторы риска, способствующие их развитию.

2. Следует задолго до того, как люди достигают старости, познакомить их с постепенными изменениями, которые происходят в их организме, помочь им осознать это и дать рекомендации по перестройке различных элементов образа жизни.

3. При общении со стареющими людьми необходимо учитывать весьма часто наблюдаемые у них особенности психики.

4. Очень важны при уходе и наблюдении за людьми пожилого и старческого возраста соблюдение правил этики и деонтологии. Медсестра должна уметь хранить тайну и не злоупотреблять доверием.

5. Основным принципом ухода является уважение к личности пациента, принятие его таким, каков он есть, со всеми его недостатками, физическими и психическими; раздражительностью, болтливостью, во многих случаях слабоумием.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время старение населения – одна из актуальных проблем. В этом возрасте человек сталкивается с необходимостью решения проблем разного рода. Среди них есть и те, которые невозможно решить в одиночку.

Медицинским сестрам, оказывающим помощь людям старших возрастных групп, необходимо знать эти проблемы и помогать находить способы их решения. В связи с этим, работа участковой медицинской сестры сложна и многогранна. Она включает в себя различные стороны профилактической, лечебно – диагностической работы и ухода за пациентами в домашних условиях. При этом на средний медицинский персонал возлагается задача по обучению пациентов и их родственников, приемам оказания неотложной помощи и уходу за больными, проведению реабилитационных мероприятий, решению задач медико – социальной помощи пожилым и старикам, что вызвало необходимость изучения их деятельности в современных условиях.

В процессе работы над выбранной темой «Особенности сестринского ухода за людьми пожило и старческого возраста», перед нами были поставлены конкретные цель и задачи.

Изучив медицинскую и научно – методическую литературу по исследуемой теме, мы обозначили проблемы лиц гериатрического возраста, выявили особенности сестринского ухода за людьми вышеназванного контингента.

В ходе исследования мы определили уровень качества предоставляемого сестринского ухода за людьми пожилого и старческого возраста в Разуменской поликлинике ОГБУЗ «Белгородская центральная районная больница».

По результатам проведенного исследования нами были разработаны рекомендации по организации сестринского ухода за лицами старшей возрастной группы. Данные рекомендации позволят медицинским сестрам

совершенствовать систему обучения пациентов и их родственников, проводить консультативную работу в семье.

Таким образом, с помощью теоретического и эмпирического методов исследования цель была достигнута, поставленные задачи выполнены, а гипотеза подтверждена.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Крюкова, Д.А. Здоровый человек и его окружение [Текст]: учеб.пособие для студентов СПО, обучающихся по мед. специальностям. / Д.А. Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса. – изд. 13 – е. – Ростов — н/Д : Феникс, 2014. – 474 с.
2. Барта, Б.Я. Поликлиническая терапия [Текст]: учебник / коллектив авторов; под ред. Б.Я. Барта, И.И. Чукаевой. — Москва: КНОРУС, 2017. – 696 с. (Бакалавриат)
2. Елифанов, В.А. Лечебная физическая культура и массаж [Электронный ресурс]: учебник для медицинских училищ и колледжей / В.А.Елифанов. – 2 – е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2014. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426456.html>
3. Заварзина, О.О. Уход за пожилыми: основы геронтологии, геронтопсихологии и гериатрии [Электронный ресурс] / О.О. Заварзина – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438879.html>
4. Кучма, В.Р. Здоровый человек и его окружение [Электронный ресурс]: учебник / В.Р. Кучма, О. В. Сивочалова – 4 – е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2015. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432327.html>
5. Мухина, С.А. Теоретические основы сестринского дела [Электронный ресурс]: учебник / Мухина С. А., Тарновская И. И. – 2 – е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439661.html>
6. Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439067.html>

7. Сединкина, Р.Г. Сестринская помощь при патологии сердечно – сосудистой системы [Электронный ресурс]: учебник / Р.Г. Сединкина, Е.Р. Демидова – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2018. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446157.html>
8. Чукаева, И. И. Пожилой больной. Особенности ведения в амбулаторных условиях [Электронный ресурс] / Чукаева И.И. – М.: РУСАЙНС, 2016. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785436509433.html>
9. Электронный ресурс: <https://diabetik.guru/info/saharnyj – diabet – u – pozhilyh – lyudej.html>
10. Электронный ресурс: <https://scienceforum.ru/2013/article/2013005430>
11. Электронный ресурс: <https://pandia.ru/text/80/343/52891.php>
12. Электронный ресурс: <https://bel – crb.belzdrav.ru/about>

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Факторы риска недостаточного питания, связанные с возрастом

| Фактор | Возможные причины |
|---|--|
| Психологический, социальный, окружающая среда | Социальная изоляция, горе, финансовые проблемы, лечение имеющегося заболевания, госпитализация, изменение образа жизни; поступление в учреждения ухода |
| Стоматологические проблемы | Расстройства жевания, плохая гигиена полости рта, плохо вставленные зубные протезы, сухость рта, кандидоз ротоглотки, дисгевзия (извращение вкуса) |
| Расстройства глотания | ЛОР – заболевания, сосудистое нейродегенеративное заболевание |
| Психические расстройства | Синдромы депрессии, расстройства поведения |
| Деменция | Болезнь Альцгеймера, другие формы деменции |
| Другие неврологические расстройства | Синдром спутанного сознания, расстройства сознания, паркинсонизм |
| Длительное лечение лекарственными средствами | Лекарства, вызывающие сухость во рту, извращение вкуса, желудочно – кишечные расстройства, анорексию, сонливость и т.д. |
| Любое острое заболевание или декомпенсация хронического заболевания | Боль; инфекционное заболевание; перелом, приведший к недееспособности; хирургические процедуры; пролежни; запор |
| Зависимость от других людей в быту | Неспособность самостоятельно принимать пищу, передвигаться |
| Специальные диеты | Бессолевая, для похудения, сахароснижающая, холестеринснижающая, продолжительная бесшлаковая диета |

**Анкета по выявлению особенностей сестринского ухода за людьми
пожилого и старческого возраста**

Уважаемые пациенты!

*С целью выявления особенностей сестринского ухода за людьми
пожилого и старческого возраста просим Вас с пониманием отнестись к
анкетированию и внимательно ответить на задаваемые вопросы.*

1. Ваш возраст _____.
2. Проблемы, связанные с Вашим возрастом:
 - а) боли в суставах;
 - б) боли в области сердца;
 - в) повышение АД;
 - г) нарушение сна;
 - д) головокружение;
 - е) снижение памяти;
 - ж) недержание мочи;
 - з) дефицит самоухода;
 - и) дефицит общения;
 - к) другие _____.
3. Верите ли Вы в то, что лучший лекарь для человека – это он сам?
 - а) согласен с утверждением;
 - б) не согласен с утверждением;
 - в) затрудняюсь ответить.
4. Какое количество лекарственных средств Вы принимаете?
 - а) не принимаю лекарственных средств;
 - б) 1 лекарственное средство;
 - в) 2 – 3 лекарственных средств;
 - г) 4 и более лекарственных средств.
5. По чьей рекомендации Вы принимаете лекарственные средства?
 - а) лечащего врача
 - б) знакомых
 - в) родственников
 - г) назначаю себе самостоятельно
6. Дает ли Вам медицинская сестра информацию о лекарственных средствах?
 - а) всегда;
 - б) в большинстве случаев;
 - в) иногда;
 - г) никогда.
7. Приглашает ли Вас участковая медицинская сестра на прохождение диспансеризации?
 - а) всегда;

- б) в большинстве случаев;
 - в) иногда;
 - г) никогда.
8. К кому вы обращаетесь за помощью для выполнения врачебных назначений на дому?
- а) участковой медицинской сестре;
 - б) знакомым;
 - в) родственникам;
 - г) платной медицинской сестре.
9. С кем Вы проживаете:
- а) с родственниками;
 - б) один;
 - в) другое _____.
10. Как часто Вы встречаетесь с родственниками, друзьями, соседями?
- а) ежедневно;
 - б) 2 – 3 раза в неделю;
 - в) 1 раз в неделю;
 - г) 1 раз в месяц;
 - д) очень редко.
11. Знаете ли Вы о существовании в ФОКе «Парус» спортивной секции «Фитнес для взрослых»?
- а) да;
 - б) нет;
12. Являетесь ли Вы участником вышеназванной спортивной секции?
- а) да;
 - б) нет.
13. Если Вы состоите в данной секции, то по чьей рекомендации вы вступили в неё?
- а) лечащего врача;
 - б) участковой медицинской сестры;
 - в) знакомых;
 - г) родственников.
14. Удовлетворены ли Вы работой своей участковой медицинской сестры?
- а) да;
 - б) нет;
 - в) затрудняюсь ответить.

Благодарим за участие!

**Анкета по определению особенностей организации
сестринского ухода за людьми пожилого и старческого возраста**

Уважаемый медицинские сестры, заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения.

1. Ваш возраст _____.
2. Ваш стаж работы _____.
3. Выполняете ли вы назначения врача пациентам пожилого и старческого возраста на дому:
 - а) всегда;
 - б) в большинстве случаев;
 - в) иногда;
 - г) никогда.
4. Проводите ли Вы с пациентами старшей возрастной группы и их родственниками беседы?
 - а) всегда;
 - б) в большинстве случаев;
 - в) иногда;
 - г) никогда.
5. На какие темы Вы проводите беседы? (выберете 1 или несколько вариантов ответа):
 - а) профилактика обострений, имеющих у пациентов заболеваний;
 - б) правила приема лекарственных средств;
 - в) создание охранительного режима дома;
 - г) объем физических нагрузок;
 - д) рекомендации по питанию;
 - е) отрицательное влияние самолечения;
 - ж) влияние на здоровье вредных привычек.
6. Обучаете ли Вы своих пациентов выполнению тех или иных действий?
 - а) всегда;
 - б) в большинстве случаев;
 - в) иногда;
 - г) никогда.
7. Приглашаете ли Вы пациентов своего участка на прохождение диспансеризации согласно намеченного графика?
 - а) всегда;
 - б) в большинстве случаев;
 - в) иногда;
 - г) никогда.

8. Рекомендуете ли Вы людям пожилого и старческого возраста, у которых нет противопоказаний к физическим нагрузкам, посещение спортивных секций?
- а) всегда;
 - б) в большинстве случаев;
 - в) иногда;
 - г) никогда.

Благодарим за участие!

Население пожилого и старческого возраста – это лица, прожившие относительно долгую жизнь, вследствие чего они испытывают определенные проблемы. В связи с этим они нуждаются в более тщательном уходе, а особенно психологической поддержке. И кто, как не медицинская сестра поможет им поддержать уверенность в себе, своих силах, в том, что они могут вести активный образ жизни?!



Белгород, 2019 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

«Белгородский государственный
национальный исследовательский
университет»
НИУ БелГУ
Медицинский колледж
Медицинского института

*Рекомендации для участковой
медицинской сестры по уходу за
людьми пожилого и старческого
возраста*



2019 год

Для того чтобы эффективно наблюдать за гериатрическими пациентами, медицинская сестра должна хорошо знать симптомы заболеваний и факторы риска, способствующие их развитию.

При общении со стареющими людьми необходимо учитывать весьма часто наблюдаемые у них особенности психики.

Следует задолго до того, как люди достигают старости, познакомить их с постепенными сдвигами, которые происходят в их организме, помочь им осознать наступающие изменения и дать рекомендации по перестройке различных элементов образа жизни.

Очень важны при уходе и наблюдении за людьми пожилого и старческого возраста соблюдение правил этики и деонтологии. Медсестра должна уметь хранить тайну и не злоупотреблять особым доверием, которым она пользуется в силу своего положения.

Основным принципом ухода является уважение к личности пациента, принятие его таким, каков он есть, со всеми его недостатками, физическими и психическими. раздражительностью, болтливостью, во многих случаях слабоумием.

