

Особенности сестринского
ухода в гериатрии.

Болезни органов дыхания у
гериатрических пациентов.

Сестринский уход в гериатрии

- это организационная структура, необходимая для наблюдения, ухода, выполнения назначений врача гериатрическим больным. Это метод организации и оказания сестринской помощи, который обычно включает больного (пациента) и медицинскую сестру в качестве взаимодействующих лиц. Пожилой пациент в данной ситуации должен рассматриваться не как отдельный случай заболевания, а как личность.

На современном этапе сестринский процесс имеет три основные характеристики:

- цель,
- организацию,
- творческие способности медицинской сестры.

ЦЕЛЬ

сестринского процесса в работе медицинской сестры должна включать:

- 1) идентификацию проблем и потребностей больного человека в наблюдении и уходе;
 - 2) определение приоритетов по уходу и ожидаемых целей и результатов ухода за больным;
 - 3) применение сестринской стратегии, направленной на удовлетворение различных нужд больного;
 - 4) оценка эффективности сестринского ухода.
- Организационная структура сестринского процесса состоит из пяти основных функций:

1. ОБСЛЕДОВАНИЕ

- это прежде всего получение информации о состоянии здоровья больного. Это тщательный и целенаправленный расспрос, включающий выявление жалоб, истории настоящего заболевания, перенесенных заболеваний, истории жизни, а также выявление других проблем, волнующих больного.

Провести тщательный осмотр больного, при этом необходимо определить состояние больного, его положение, состояние сознания, телосложение, его поведение, контактность. При осмотре кожных покровов и видимых слизистых оболочек обратить внимание на их цвет, эластичность, тургор кожи, наличие различных сыпей, рубцов, расчесов. Следует оценить состояние подкожно-жирового слоя, наличие варикозного расширения вен на нижних конечностях и брюшной стенке, жидкости в брюшной полости. После сбора информации медицинская сестра

2. СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ

- соответствует в основном симптомному и проблемному. В сестринский диагноз включается определение и обозначение существующих и потенциальных проблем больного. Это может быть боль, рвота, слюнотечение, бессонница, тревога, беспокойство, перебои в работе сердца, одышка и др. Следует подчеркнуть, что сестринский диагноз в течении заболевания и его лечения может изменяться. При постановке сестринского диагноза должна обращать внимание на то, что больной человек, как правило, имеет в какой-то степени измененную психику:
- неконтактность, возбуждение, агрессивность, плаксивость, депрессию, нежелание отвечать на вопросы.

Все эти проблемы должны учитываться при постановке сестринского диагноза.

3. ПЛАН

— определение программы действий. Прежде всего медсестра должна добиться расположения больного, хорошей контактности, успокоить больного, но не заигрывать с ним. Затем медсестра должна спланировать все мероприятия, необходимые для обеспечения надлежащего ухода и наблюдения за больным. подготовки больного для дополнительных методов исследования, выполнения назначений врача, организации консультаций специалистов, необходимых для уточнения врачебного диагноза и дополнительных методов лечения.

4. ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ

необходимого для реализации плана.

Это прежде всего четкое, своевременное выполнение врачебных назначений:

подготовка больных к различным исследованиям, забор биологического материала на исследование,

своевременная раздача лекарств, выполнение инъекций, организация необходимых консультаций и т. д.

Осуществление действия - это прежде всего реализация планируемых мероприятий.

В зависимости от планируемых мероприятий существуют три основных типа реализации:

- а) зависимая — при этом требуются указания врача, но должны быть использованы знания и навыки медсестры. Например: раздача лекарств, введение зонда для забора желудочного содержимого или дуоденального содержимого, подготовка к специальным методам исследования;
- б) независимая - включает непосредственную деятельность медсестры. Как правило, ее действия регулируются сестринской практикой: уход за волосами, глазами, кожей, проводить профилактику пролежней и подмывание тяжелобольных и т. д.;
- в) взаимосвязанная — совместная деятельность медицинской сестры с другими специалистами в области медицины через протоколы и различные предписания. Например, ЛФК, массаж, физиопроцедуры. Протокол - это написанный план процедур, выполняемых медсестрой во время обследования.

5. ОЦЕНКА

- это исследование реакций больного на вмешательство медсестры и является заключительным этапом сестринского процесса, который включает три различных аспекта:
- 1. Оценка реакции больного на вмешательство медсестры. Она может быть доброжелательной, негативной, агрессивной, благодарной.
- 2. Мнение больного о вмешательстве - как необходимость для улучшения здоровья.
- 3. Оценка достижения поставленной цели - чем быстрее улучшается здоровье, состояние больного, тем правильней была поставлена цель.

- Медицинская сестра должна хорошо знать симптомы заболеваний и представлять механизм их развития.
- Для того чтобы оказать соответствующую помощь людям старших возрастов на амбулаторном приеме, при посещении на дому или в стационаре, медицинский персонал должен не только с достаточной долей уверенности отличить чисто возрастные сдвиги в структуре и функции стареющего человека от обусловленных болезнью и требующих профилактических и лечебных мероприятий, но и быть знакомыми с психологией стареющего человека, оценивать ее в своем пациенте, знать его место в социальной среде. Пожилые люди по-разному воспринимают наступающую старость с ее ограничениями.
- 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

- При общении со стареющими людьми должны учитываться весьма часто наблюдаемые у них особенности психики. Это явное обращение к прошлому, меньший интерес к будущему и нередко даже к настоящему. Для старика будущее не так заманчиво, так как он сознает, что впереди у него недужная старость, смерть.
- При потере близких людей старик не приобретает новых друзей, постепенно замыкается в себе, изолируется от общества, становится одиноким с неизбежными мыслями о болезнях и смерти. Чувство одиночества и неполноценности усиливается затруднением самостоятельного передвижения, самообслуживания, снижением зрения и слуха.
- Для старого человека, с его ранимой психикой потеря близкого человека, тяжелый конфликт с ним или психотравма другого рода, вынужденная перемена привычной обстановки, так же как любая инфекция, могут легко стать причиной физической и психической декомпенсации.

- В связи с тем, что в медицинском обслуживании долговременно болеющих и дряхлых лиц основное значение имеет уход, происходит значительное перемещение обязанностей от врача к медицинской сестре, от медицинской сестры к ее помощникам.
- Работа медицинского персонала и, в первую очередь, медсестры не должна быть механическим выполнением своих обязанностей. Можно своевременно раздавать лекарство, измерять и записывать температуру больного, но оставлять обезличенным уход за ним, поскольку в центре внимания в таких случаях находится работа, но не сам больной, жаждущий заботы и внимания лично к себе. Таким образом, чрезвычайно важны специальные профессиональные знания, но между выполнением их и психологическим воздействием на больного не должно быть границы.

- Пожилой или старый человек, вынужденный долго находиться в лечебном учреждении или интернате, должен обладать определенной свободой, правом сохранения своей индивидуальности, некоторых своих привычек, элементов обычной окружающей его обстановки. Для медицинского персонала в их работе с больными пожилого и старческого возраста особенно важны такие черты, как терпение, чувство такта, чувство сострадания.
- Когда мы говорим о необходимости установить психологический контакт с больным, это значит, что нужно приспособиться к нему, узнать и понять его особенности. Обслуживающий персонал должен стремиться по возможности уменьшить неудобства, с которыми сталкивается больной. не ущемляя его инициативы в смысле

- Жесткие требования соблюдения несущественных элементов распорядка дня обычно приносят отрицательные результаты, вызывают раздражение больного, стычки с медперсоналом. Сделать больного старика сугубо «дисциплинированным», лишить его индивидуальности, безобидных привычек, его связи с прошлым, подавить его волю - значит ослабить его интерес к жизни, волю к выздоровлению.
- Больного надо стимулировать к уходу за собой, сохранению привлекательности и опрятности, к контактам с окружающими, к занятиям трудотерапией. Все это должно достигаться путем тактичных разъяснений, а не приказаний, часто дающих отрицательные реакции.

- Очень важны при уходе и наблюдении за пожилыми и старыми людьми соблюдение правил этики и деонтологии. Медсестра должна уметь хранить тайну и не злоупотреблять особым доверием, которым она пользуется в силу своего положения. Нельзя доводить до сведения больных все, что обсуждается медицинским персоналом и не предназначено для больных. Для мнительного больного часто достаточно неосторожного слова, жеста для того, чтобы сделать неправильные выводы о состоянии своего здоровья. Необходимо также учитывать недопустимость обсуждения с больным других больных или членов медицинского персонала. Тяжелая травма может быть нанесена больному, если он узнает, что тайные мысли и особенности его жизни, его организма, доверенные врачу или медсестре, стали достоянием других лиц.

- Для большинства людей старших возрастных групп, страдающих хроническими заболеваниями и их осложнениями, уход является главным лечебным средством во всей цепи мероприятий, направленных на восстановление нарушенных физических и психических функций, поддержание социальных связей с семьей и обществом.
- Общий уход за больным пожилым и старческого возраста более сложен и требует от медицинского персонала большого внимания, времени, чем обычный медицинский уход. При его осуществлении должны учитываться многие психологические и социальные факторы.

- Основным принципом ухода является уважение к личности больного, принятие его таким, каков он есть, со всеми его недостатками, физическими и психическими; раздражительностью, болтливостью, во многих случаях слабоумием. Медицинский персонал должен знать, что недостатки, с которыми больной принят в лечебное учреждение, в большинстве случаев - проявление болезни, а не старости и соответствующий уход и лечение могут улучшить состояние больных, вернуть им здоровье.
- Пожилой и старый человек не любит, чтобы им командовали, многие требования медицинского персонала кажутся ему необоснованными. Поэтому следует по-разному подходить к тем поступкам больного, которые явно недопустимы, и к тем, которые являются достаточно безобидными.
- Для правильной организации гериатрического ухода необходимо знание многих особенностей поведения пожилых и старых людей, у которых возрастные изменения функций тесно переплетаются с симптомами болезней и в большинстве случаев с множественной возрастной патологией.

- У стариков весьма часты нарушения сна. Они могут дремать с перерывами в течение дня. При этом общая продолжительность сна обычно не увеличивается, так как ночью они спят меньше. Ночью нередко старики читают, встают, ходят по палате, а находясь дома, ходят по комнате или по квартире, едят или готовят пищу, не сознавая того, что такое поведение со стороны может казаться странным.
- Твердая, мало прогибающаяся под влиянием массы тела постель избавляет стариков с весьма часто имеющимися у них изменениями позвоночника (спондилоартроз, остеохондроз) от болевых ощущений, появляющихся при его даже небольших сгибаниях.
- В палате должен быть чистый воздух, температура 18-20°, теплое, но легкое одеяло, дающее возможность удобно укутать ноги, прогулка перед сном или даже ходьба по коридору, спокойная обстановка, уверенность в эффективности сигнала, вызывающего медицинский персонал, теплое питье, легкий массаж спины — все это способствует ночному сну.

- Чтение для стариков часто является источником комфорта и успокоения. Следует позаботиться об удобном освещении, о настольной лампе на прикроватном столике, чтобы больной мог читать не напрягая зрения. Если больной находится в палате один, то ему можно разрешить чтение в перерыве между ночным сном. В большинстве случаев кратковременное чтение способствует восстановлению сна. Важно, чтобы очки соответствовали прогрессирующему нарушению зрения и коррелировали недостатки глаз.

- Одна из важных задач гериатрической реабилитации "...выявить группы высокого риска, т.е. тех, которые в конечном счете будут нуждаться в реабилитации, а также потребности этих групп в реабилитации" . По данным литературы, далеко не все пожилые и старые люди нуждаются в реабилитационных мероприятиях.
- Так, согласно ВОЗ "нужно помнить, что большинство пожилых людей в общем здоровы - как физически, так и психически... И многие престарелые не нуждаются ни в уходе, ни в лечении".
- Имеются данные о том, что семь из десяти людей в возрастной группе 70-80 лет не требуют посторонней помощи при уходе за ними .

- ВОЗ определяет группы высокого риска, как группы населения, имеющие высокий риск ухудшения здоровья или экономического и социального состояния. К этим группам отнесены следующие категории престарелых:
- очень старые люди, в 80, 90 лет и старше;
- престарелые, живущие одиноко (семья из одного человека);
- престарелые женщины, особенно одинокие и вдовы;
- изолированно живущие престарелые (одинокие или престарелые пары);
- бездетные престарелые;
- престарелые, страдающие тяжелыми заболеваниями или физическими недостатками;
- престарелые пары, в которых один супруг тяжело болен или страдает физическим недостатком;
- престарелые, вынужденные жить на минимальное государственное или социальное пособие или даже на еще более незначительные средства.

Мнения экспертов о наиболее значимых и необходимых мероприятиях геронтологической службы:

- организация патронажного ухода за больными пенсионерами-одиночками (89,7%);
- расширение подготовки врачей-гериатров (82,1%);
- создание гериатрических кабинетов в поликлиниках (74,3%);
- расширение сети стационарных пансионатов для пожилых, нуждающихся в постоянном уходе (73,5%);
- расширение сети социальных служб (71,8%).

Потребности в социальной (семейной, экономической, духовной) помощи

- При анализе роли семьи в организации помощи престарелым, не способным к самообслуживанию, было выявлено, что последние нуждаются во внимании и помощи родственников, главным образом в психологической поддержке, не только в тех случаях, когда живут в кругу семьи, но и когда помещены в клиники и дома престарелых. Сохранение семейных связей составляет основу социальной стабильности и обеспечивает эффективную деятельность организаций здравоохранения и социальной службы, оказывающих помощь престарелым . Ни дома, ни в специализированных гериатрических учреждениях они не должны ощущать оторванность от жизни, вести существование вне времени, "прятать в ящик стола волю к жизни" . Остро стоит вопрос о помощи извне для ведения домашнего хозяйства для тех, кто полностью потерял способность к самообслуживанию (среди лиц в возрасте 80 лет и старше таких примерно 10-20%) .

- Отсутствие социальных связей с семьей, друзьями, религиозными и общественными организациями представляет собой индикатор высокой вероятности преждевременной смерти вне зависимости от социального положения и исходного здоровья. Выявлено также положительное воздействие социальной поддержки на процессы реабилитации различных групп больных, на процессы адаптации выздоравливающих и улучшение способности преодолевать стрессовые ситуации.
- Отмечена особая острота проблемы в сельской местности, где происходит концентрация престарелых жителей, нуждающихся в посторонней помощи и опеке.
- В целом по России около 1,5 млн граждан старших возрастов нуждаются в постоянной посторонней помощи и социальных услугах.

Болезни органов дыхания у гериатрических больных

- **Инволютивные процессы дыхательной системы:**
 - * Атрофия легочной парехимы
 - * Затрудненный газообмен
 - * Нарушение механизма самоочищения бронхов
 - * Снижение кашлевого рефлекса
 - * Дистрофические изменения в мышечном аппарате грудной клетки
 - * Повышенная чувствительность дыхательного центра к углекислому газу и явлениям гипоксии

- **Некоторые особенности лечения больных пожилого и старческого возраста при заболеваниях органов дыхания**

При применении антибактериальных препаратов возникают побочные действия:

- * Снижение слуха
- * Токсическое влияние на почки
- * Кандидоз
- * Дисбактериоз
- * Атрофический глоссит.

Чрезмерная активная оксигенотерапия может привести к отрицательным результатам:

- * Головокружение
- * Удушье
- * Дыхание типа Чейна-Стокса
- * Торможение дыхательного центра вплоть до коматозного состояния.

- **Особенности течения острых пневмоний в пожилом и старческом возрасте**

Клиническая картина острой пневмонии у пожилых людей может начаться с расстройства мозгового кровообращения и сопровождаться психозами или параличами в результате гипоксии мозга, вследствие чего такие больные попадают в психоневрологические стационары. У части больных нарушена ориентация, наблюдаются и другие проявления интоксикации организма, вплоть до глубокой прострации.

- Исход течения острых пневмоний у пожилых и старых людей зависит от состояния реактивности организма и функциональных возможностей аппарата внешнего дыхания и сердечно-сосудистой системы.
- Распознать пневмонию тем труднее, чем старше больной. Наиболее атипичное течение пневмонии наблюдается у дряхлых стариков, у которых диагноз пневмонии нередко устанавливается поздно или вообще не устанавливается при жизни.

- **У пожилых и старых людей пневмонии нередко возникают:**
 - * при лекарственной интоксикации
 - * при аспирации в легкие рвотных масс
 - * при нарушениях сердечно-сосудистой деятельности (инфаркт миокарда, эмболия мелких сосудов малого круга кровообращения).
 - * после оперативных вмешательств.

- **Особенности течения плевропневмонии у гериатрических больных**

- * Клинические проявления заболевания носят стертый характер.
- * Начало заболевания протекает без выраженной температурной реакции на фоне умеренного лейкоцитоза .
- * Возникновение и усиление сердечнососудистой и легочной недостаточности.
- * Ухудшение вентиляции легких и недонасыщение артериальной крови кислородом.
- * Необратимые изменения в центральной нервной системе.

- **Причины возникновения острых бронхопневмоний**

- * Острые и хронические воспалительные процессы трахеобронхиального дерева и другие очаговые инфекции.

- * Нарушения дренажной функции бронхов.

- * Нарушение кровообращения в малом круге.

- * Нарушение вентиляции легких.

- * Острые вирусные заболевания, облегчающие проникновение инфекции в легкие.

Клиническая картина бронхопневмонии:

слабость,

- исчезновение аппетита,
- нередко рвота, понос,
- ознобы,
- боль в груди.
- кашель часто отсутствует.
- нередко заболевание протекает на фоне субфебрильной или нормальной температуры.

- **Принципы лечения пневмонии у гериатрических больных**

- * Лечение преимущественно в условиях стационара.
- * Проведение антибактериальной терапии в течение достаточно длительного времени.
- * Антибиотикотерапию необходимо сочетать с назначением антикандидомикозных препаратов и витаминотерапией.
- * Назначение бронхолитиков в виде аэрозолей.
- * Назначение сердечно-сосудистых средств — сердечные гликозиды, коронаролитики, противоаритмические средства.
- * Оксигенотерапия должна быть прерывистой, проводиться на фоне препаратов, стимулирующих дыхательный центр.
- * В комплекс лечебных мероприятий следует включать ЛФК, дыхательную гимнастику, физиотерапевтические

- **Особенности течения хронического бронхита у пожилых людей**

- * Причиной развития бронхита являются вирусные и бактериальные инфекции, воздействие токсических веществ, курение.

- * Длительное течение хронического бронхита приводит к развитию эмфиземы легких, пневмосклерозу, развитию легочного сердца, хронической обструктивной болезни легких.

- * Наблюдаются частые обострения хронического бронхита, что обусловлено изменениями грудной клетки возрастного характера, ограничивающими дыхательные движения, снижающими дренажную функцию за счёт малой эффективности кашлевого толчка и атрофии мерцательного эпителия, застоем в малом круге кровообращения, снижением противоинфекционной защиты.

Спасибо за внимание!