

Организация ухода за больными пожилого возраста



Бондаренко Тамара Викторовна
Ассистент кафедры «Сестринское дело»,
Директор СПб ГКУ «Центр организации социального
обслуживания» (Служба социальных участковых)

Биопсихосоциальный подход

- Медицинская помощь для старших возрастных групп должна быть **комплексной**, направленной на поддержание здоровья и функционирования в **долгосрочной перспективе**. (активное долголетие)
- При этом на состояние пожилого пациента кроме хронических заболеваний влияют психологические и социальные факторы.
- В рамках **биопсихосоциального подхода** улучшение состояния здоровья рассматривается не как конечный результат, а как процесс, включающий оптимизацию физического и функционального статуса, развитие адаптации к появляющимся изменениям, связанным с возрастом, и усвоение навыков их преодоления, а также стремление к полному выявлению личностных возможностей пациента, что в целом определяет качество жизни пожилого человека.
- **Биопсихосоциальный подход**, называемый также **пациент-ориентированным или холистическим**, по существу, возвращает нас на современной витке развития медицинской науки и практики к принципу, который изначально был заложен в основу русской клинической школы — «лечить больного, а не болезнь».

Основные ПРОБЛЕМЫ пожилых пациентов:



- 1. Сахарный диабет 2-го типа**
- 2. Остеопороз**
- 3. Нарушения функций органов чувств (слух, зрение)**
- 4. Инконтиненция (Недержание мочи)**
- 5. Болезнь Альцгеймера и деменции различного генеза**
- 6. Старческая астения**

Способность к самообслуживанию

- способность **самостоятельно** удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и навыки личной гигиены.

Способность к самообслуживанию – важнейшая категория жизнедеятельности человека, предполагающая его физическую **независимость** в окружающей среде.

Способность к самообслуживанию включает:

1. удовлетворение основных физиологических потребностей, управление физиологическими отправлениями;
2. соблюдение личной гигиены: мытье лица и всего тела, мытье волос и причесывание, чистка зубов, подстригание ногтей, гигиена после физиологических отпращлений;
3. одевание и раздевание верхней одежды, нижнего белья, головных уборов, перчаток, обуви, пользование застежками (пуговицы, крючки, молнии);
4. принятие пищи: возможность подносить пищу ко рту, жевать, глотать, пить, пользоваться столовой посудой и приборами;
5. выполнение повседневных бытовых потребностей: покупка продуктов питания, предметов одежды и обихода;

Способность к самообслуживанию включает:

6. приготовление пищи: чистка, мытье, резка продуктов, их тепловая обработка, пользование кухонным инвентарем;
7. пользование постельным бельем и другими постельными принадлежностями; заправка постели и др.;
8. стирка, чистка и ремонт белья, одежды и других предметов обихода;
9. пользование бытовыми приспособлениями и приборами (замки и запоры, выключатели, краны, рычажные приспособления, утюг, телефон, бытовые электро - и газовые приборы, спички и др.);
10. уборка помещения (подметание и мытье пола, окон, вытирание пыли и др.).

Пирамида Маслоу

Оценка потребностей человека.



Основные потребности, которые необходимо поддерживать у человека

- **Независимость** (поддержка человека и его функций даже если они частично сохранены)
- **Чувство собственного достоинства** (зависимость от других людей не является поводом не учитывать мнение человека)
- **Включенность в жизнь** (информация о погоде, родственниках, новости ежедневные, д.б. эмоции)
- **Безопасность** (человеку нужно объяснять, где он находится, что его дверь закрывается, что есть охрана и т.д.)
- **Комфорт** (желания пациента учитывается: подушка, положение в кровати и т.п.)

Уровни деятельности специалистов при работе с пожилыми пациентами

**УКРЕПЛЕНИЕ
ЗДОРОВЬЯ
И
ПРОФИЛАКТИКА
БОЛЕЗНЕЙ
И ТРАВМ
(организация школ
пациента)**

**ВОССТАНОВЛЕНИЕ
УТРАЧЕННЫХ
ФУНКЦИЙ
после
обострения
заболеваний
(медицинская
и социальная
реабилитация)**

**СОХРАНЕНИЕ И
ПОДДЕРЖАНИЕ
СПОСОБНОСТИ К
САМООБСЛУЖИВАНИЮ И
САМОСТОЯТЕЛЬНОСТИ
(поддержание
имеющихся
функций)**

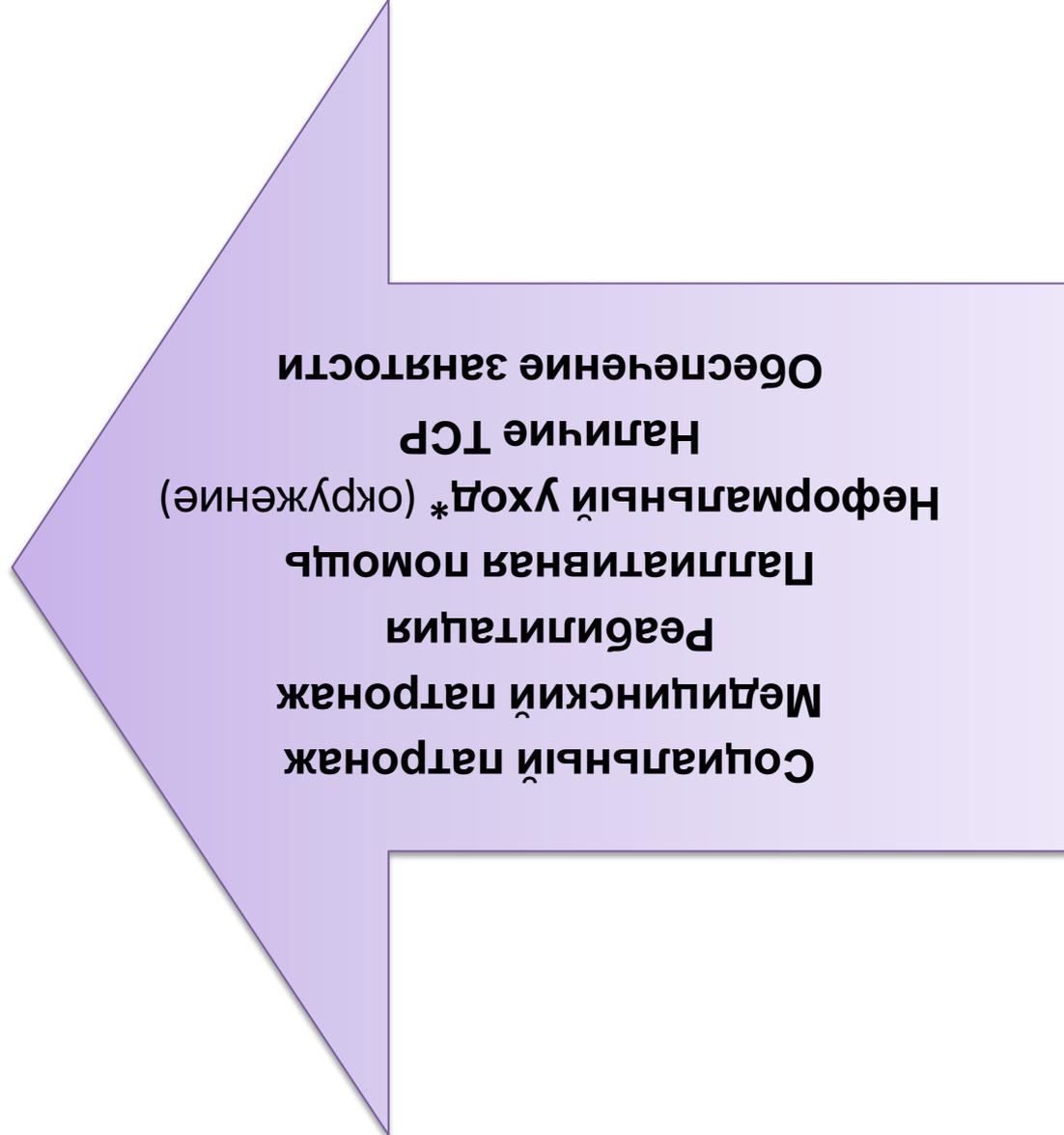
**ОРГАНИЗАЦИЯ УХОДА
ОБЛЕГЧЕНИЕ
СТРАДАНИЙ
(в стадии
терминальных
состояний)**

Где осуществляется уход?

- ✓ В медицинском учреждении – персонал
- ✓ В социальном учреждении – персонал
- ✓ На дому – родственники сами или с привлечением персонала (неформальный уход)



Компоненты ухода



Мультидисциплинарная команда

- Врачи (гериатр, психиатр, невролог, ортопед и т.д.)
- **Медицинские сестры**
- **Специалист по уходу (сиделка)** - профстандарт *УТВЕРЖДЕН приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30 июля 2018 года N 507н*
- Физиотерапевт
- Социальный работник
- Трудотерапевт
- Психолог
- **Родственники**



Мультидисциплинарная команда

- Забота о пожилых людях со сложными медицинскими, социальными и функциональными потребностями наиболее эффективна, когда знания и навыки специалистов различных медицинских дисциплин интегрируются.
- В мультидисциплинарной команде, подразумевают команду, члены которой работают с пациентом одновременно, но отдельно друг от друга — каждый по своему плану.
- При этом каждый специалист фокусируется только на своей профессиональной области (врач уделяет внимание только медицинским вопросам, физиотерапевт — только функциональному восстановлению пациента и т. п.), а весь спектр проблем пациента обсуждается на регулярных встречах всех членов команды.
- Важно отметить, что к деятельности такого коллектива обязательно привлекаются социальные работники, а также семьи пациентов.

Кейс-менеджмент

Кейс-менеджмент - процесс решения поставленной общей задачи специально созданной группой различных специалистов.



Кейс-менеджмент

- ❖ с пациентом постоянно работает один специалист (например, лечащий врач или медицинская сестра), который устанавливает с ним устойчивые отношения, нацеливая его на преодоление возникших проблем и достижение максимально возможного качества жизни;
- ❖ проводится комплексная оценка состояния пациента, на основе которой выявляются проблемы, подлежащие решению;
- ❖ в соответствии с выявленными проблемами составляется план помощи пациенту, направленный на достижение цели, заключающейся в решении проблем пациента и стабилизации его состояния;
- ❖ для реализации плана помощи образуется мультидисциплинарная команда (МДК) из числа специалистов, в чьих медицинских, социальных или психологических услугах нуждается пациент;
- ❖ постоянно контактирующий с пациентом специалист является координатором (кейс-менеджером) команды;
- ❖ помощь пациенту оказывается согласно плану, после чего проводится оценка ее эффективности и, в случае необходимости, изыскиваются дополнительные

В состав мультидисциплинарной команды входят сотрудники так или иначе принимающие участие в уходе. Задача команды:

- Обозначить цель ухода
- Составить индивидуальный план ухода
- Ознакомить ухаживающего и самого пациента с планом, получить его согласие
- Осуществлять контроль за выполнением плана
- Отмечать в плане достижения цели или невозможность ее достижения
- Ставить новые цели
- Вести документацию

Медицинские сестры: проводят назначения, заполняют шкалы оценки, ведут документацию, контролируют уход, дают информацию помощникам по уходу и врачам, участвуют в уходе

Врачи: делают необходимые исследования, назначают лечение, дают информацию мед.сестрам

Помощники по уходу: работают по плану ухода, ведут необходимую документацию, наблюдают за пациентом, передают информацию врачам и мед.сестрам

Процесс
ухода

Процесс ухода



Система ухода необходима

- Для обеспечения порядка как на рабочем месте, так и в документации
- Персонал работает по единым правилам, регламентам, стандартам
- Помогает быстрее войти в курс новым сотрудникам
- Каждый сотрудник знает свою зону ответственности
- Каждый сотрудник уверенно выполняет свою рутинную работу и может справиться в нестандартной ситуации
- Предотвращает выгорание персонала, т.к. нет повода для тревоги
- Каждый знает ЧТО ДЕЛАЕТ, КОГДА ДЕЛАЕТ, ПОЧЕМУ ИМЕННО СЕЙЧАС И ИМЕННО ТАК

Планирование процесса ухода

- 1. Что пациент может делать самостоятельно?
- 2. В каком объеме необходимо предоставить ему помощь?
- 3. Какие риски для него существуют?
- 4. Какие цели ухода мы ставим перед собой?
- 5. Что делать? Как делать? Как часто делать? Когда делать?

Определение проблем и ресурсов = **Диагноз ухода!**

- Что пациент может делать сам? – его ресурс
- Что может быть угрозой? – его проблема
- Как помочь решить проблему?

Пример: пациент может передвигаться, но есть риски падения.

Как построить уход в стационаре?

1. Можно дать ходунки и посмотреть как он с ними ходит
2. Проводить контроль его передвижения на определенное расстояние (до столовой)
3. Делать это ежедневно и одинаково
4. Если результат положительный, то можно расширить цель (самостоятельная прогулка)

Основные сложности ухода: зоны риска- пациенты



Основные сложности ухода: зоны риска персонал



Травмы спины

выгорание

Оценка объективности ухода по оценочным шкалам:

- Шкала Бартел – оценка активности жизнедеятельности
- Шкала Нортон – оценка риска возникновения пролежней
- Шкала боли – определение интенсивности боли
- Шкала падений Морса – оценка риска падения
- Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE) и МиниКог

От проблемы к решению

Риск возникновения
пролежней

Точно описанные мероприятия
предотвращающие риск

Ознакомление персонала. Персонал получает
точные инструкции, расписывается, что изучил,
понял и будет применять. Работает над
профилактикой

Риск падения

Точно описанные мероприятия
предотвращающие риск

Ознакомление персонала. Персонал получает
точные инструкции, расписывается, что изучил,
понял и будет применять. Работает над
профилактикой

Информация о пациенте. Работа с биографией

- ❖ Детство и юность
- ❖ Профессия и семья
- ❖ Питание, телосложение, привычки, любимые блюда, напитки
- ❖ Восприятие окружения: зрение, слух, левша/правша, активность
- ❖ Особенности личности
- ❖ Важные жизненные переживания. Религия
- ❖ Занятость: чем раньше пациент занимался с удовольствием
- ❖ Одежда
- ❖ Привычки в области гигиены
- ❖ Отдых и сон
- ❖ Заболевания

План ухода - коммуникация

дата	Ресурсы / проблемы А. - существующие Б.- потенциальные	цели	Намеченные мероприятия Кто, где, когда, как?	Дата контроля
11.01	<p>Р. - не может вести беседы, т.к. парализована часть лица, но может общаться невербально, постоянно твердит «дададада»</p> <p>Р. – может общаться по картинкам</p>	<p>Социализация пациента. Необходимо с ним общаться при помощи картинок и распознавания невербального общения</p>	<p>Помощник по уходу – проводя мероприятия по гигиене должен беседовать с пациентом</p> <p>Медицинская сестра при выполнении назначений врача должна беседовать с пациентом.</p> <p>При необходимости пополнить количество картинок для общения.</p> <p>Вызвать логопеда для выяснения возможности постановки речи.</p> <p>Социальный работник</p>	<p>20.01.2021</p> <p>13.01.2021</p> <p>15.01.2021</p>

План ухода - мобилизация

дата	Ресурсы / проблемы А. - существующие Б.- потенциальные	цели	Намеченные мероприятия Кто, где, когда, как?	Дата контроля
11.01	П. – не в состоянии сам передвигаться т.к. парализована левая конечность Р. – при посторонней помощи мелкими шагами с ходунками идти может П. – высокий риск падения	Ежедневное сопровождение в столовую Обеспечить средствами передвижения	Персонал 3 раза в день сопровождает в столовую и обратно Персонал соблюдает технику безопасности при движении, проводя наблюдение за левой конечностью,	

План ухода - гигиена

дата	Ресурсы / проблемы А. - существующие Б.- потенциальные	цели	Намеченные мероприятия Кто, где, когда, как?	Дата контроля
11.01	П.- не в состоянии проводить самостоятельно интимную гигиену Р. – может повернуться в постели П. – не состоянии самостоятельно ухаживать за ногами Р. – может поднять левую ногу лежа в постеле Р. – может мыть руки и правой рукой умываться	Осуществлять гигиену интимной зоны 1 раз в день и при необходимости Сделать возможном проведение педикюра Поддержание ресурсов при умывании	Персонал по уходу осуществляет ежедневный гигиенический уход в постеле и при необходимости (после опорожнения) 1 раз в день мыть ноги пациента с активизацией левой ноги Создать безопасные условия для умывания утром.	

Ситуационная задача

- 10.12.2021 г. Пациентка 72 лет поступила в стационар с диагнозом - гипертоническая болезнь II ст., ожирение I ст.
- При сборе информации о пациентке медицинская сестра получила следующие данные: жалобы на сильную головную боль в затылочной области, общую слабость, повышенную утомляемость, раздражительность, плохой сон, запор 4-й день.
- Считает себя больной около 8 лет; ухудшение состояния в последние 1,5 месяца после работы на садовом участке. Лекарства выписаны врачом 4 года назад, принимает нерегулярно: иногда забывает, а иногда не принимает сознательно, т. к. опасается их побочных эффектов. У врача не была все это время. Диету не соблюдает, злоупотребляет острой, соленой, жирной пищей, много пьет жидкости.
- Пациентка сомневается в успехе лечения, испытывает страх смерти. Любит общаться и говорить про себя. Определяет дату и место своего нахождения. Припомнила, что 3 месяца назад упала, но связывает это с тем, что наткнулась на препятствие. Свое материальное положение считает удовлетворительным, видно, что ухаживает за собой.
- Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы чистые, обычной окраски, пациентка избыточного питания. Рост 168 см, масса кг. ЧДД - 18 в минуту, пульс 68 в минуту, ритмичный, напряжен, АД - 180/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги.

Задания

- 1. Выявите, удовлетворение каких потребности нарушено, определите настоящие и потенциальные проблемы пациентки, установите приоритетную проблему.
- 2. Какие инструменты нужны для оценки способности к самообслуживанию
- 3. Поставьте цели и составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.

- Нарушено удовлетворение потребностей: спать, есть, пить, отдыхать, работать, избегать опасности, общаться, поддерживать свое состояние, дефекация.
- 1. Проблемы пациентки настоящие:
 - • сильная головная боль в затылочной области, связанная с повышением АД
 - • общая слабость
 - • нарушение сна
 - • повышенное питание, не соответствующее потребностям организма
 - • дефицит знаний о своем заболевании
 - • неуверенность в эффективности лечения
 - • страх побочного действия гипотензивных препаратов
 - • неэффективное соблюдение лечебной схемы
 - • повышенная раздражительность
 - • страх смерти
- **потенциальные:**
 - • риск развития гипертонического криза
 - • риск развития инфаркта миокарда
 - • риск развития инсульта
- **приоритетная:**
 - головная боль в затылочной области, связанная с повышением АД.
- 2. Факторы, способствующие прогрессированию заболевания у пациентки: несоблюдение диеты (злоупотребление поваренной солью, жирными продуктами, употребление избыточного количества жидкости), избыточная масса тела, несоблюдение лечебной схемы, тяжелая физическая нагрузка.
- 3. Краткосрочная цель: головная боль уменьшится через 2 дня.
- **Долгосрочная цель:** пациентка не будет испытывать головной боли к моменту выписки, артериальное давление у пациентки нормализуется.

- Цели могут быть краткосрочные (опред. дата, неделя, декада, месяц) и долгосрочные (месяц, год)

Когда план ухода пересматривается?

- По датам контроля или при ухудшении состояния

Что входит в план ухода?

План ухода – это документ о пациенте

- 1. Информационно-титульный лист
- 2. Лист «Манипуляции по плану ухода»
- 3. Лист «История» (по датам заполняет дежурная смена с отметкой поведения пациента в общем с отметками о падениях, посетителях и реакции на них, нарушениях сна, дефикации и т.д.)
- 4. Лист «Контроль за положением тела»
- 5. Лист «Контроль водного баланса»
- 6. Лист «Контроль наличия болей»
- 7. Протокол падений. (Заполняется сразу после происшествия)

Когда необходима помощь ухаживающим

- Друзья
- Соседи
- Другие члены семьи
- Патронажная служба
- Дома ухода как временного пребывания, так и долгосрочного
- Сиделка
- Группы дневного пребывания

Нормативная база и статьи по уходу

- Минздравом России в 2018 году утверждены рекомендации «Уход за ослабленными пожилыми людьми»
- Сайт Министерства здравоохранения
<https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/stranitsa-5729/broshyury-i-posobiya>
- О системе долговременного ухода
<https://starikam.org/sdu/>
- Российский геронтологический научно-клинический центр <https://rgnkc.ru/nauchnaja-rabota/spetsialistam>
- Практические навыки ухода
https://www.youtube.com/watch?v=RAKusf_C04M&list=PLOjejhMSaktNWwO_ZYhtS8xm7xopLBBdy