

Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Алтайский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Кафедра Сестринского дела**

**Направление подготовки:** 34.03.01 Сестринское дело

**Выпускная квалификационная работа**

**Тема:**

*Сестринское дело в обеспечении качества жизни и психического здоровья  
у пациентов старческого и пожилого возраста*

**Выполнила:** студентка 582 группы  
факультета ВСО  
Тропина  
Екатерина Владимировна

**Допущена к защите**

\_\_\_\_\_

«27» мая 2019 г.

**Научный руководитель:**

Доцент кафедры, к.м.н.  
Вострикова Н.В.

**Оценка** \_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

**Председатель ГЭК:**

Зав. лабораторией патологии гемостаза  
КГБУЗ «Краевая клиническая больница», д.м.н.  
Мамаев А.Н.

Барнаул, 2019 г

## Оглавление

Введение .....	3
Глава 1. Теоретические аспекты влияния медицинской сестры на качество жизни и психическое здоровье у пациентов старческого и пожилого возраста .....	5
1.1 Особенности организации сестринского процесса для обеспечения качества жизни и психического здоровья в работе с пациентами пожилого и старческого возраста .....	5
1.2 Качество жизни в пожилом и старческом возрасте в зарубежной литературе: понятие, характеристика, компоненты и проблемные вопросы ....	11
1.3 Особенности ухода за пожилым пациентом .....	15
1.4 Методики оценки качества жизни в поздних возрастах .....	17
Глава 2. Оценка качества жизни и психического здоровья у пациентов старческого и пожилого возраста .....	21
2.1 Характеристика ГБУЗ НСО «Чистоозерная ЦРБ» .....	21
2.2 Методы и организация исследования .....	23
2.3 Результаты исследования .....	27
Глава 3. Методические рекомендации по обеспечению качества жизни и психического здоровья у пациентов старческого и пожилого возраста .....	36
3.1 Профилактика психических расстройств у больных пожилого и старческого возраста .....	36
3.2 Рекомендации по общению медицинской сестры с гериатрическими пациентами .....	37
Заключение .....	44
Список использованной литературы .....	47
Приложение А .....	50
Приложение Б .....	51
Приложение В .....	55

## Введение

### *Актуальность исследования.*

На жизнь общества оказывает влияние такой фактор, как старение населения. Учитывая современную точку зрения в качестве основных показателей цивилизованности страны выделяют такие показатели, как уровень здоровья и продолжительность жизни. Увеличение удельного веса людей старческого и престарелого возраста среди населения является на сегодняшний день вполне объективным процессом, который можно наблюдать в развитых странах. На сегодняшний день около 10-15 % населения земли составляют лица старше 65 лет. А по прогнозам на 2025 год эта цифра вырастет в два раза. Причем, стоит отметить, максимальный прирост наблюдается в категории старых людей от 80 лет.

Пожилым людям в возрасте от 65 лет необходимо большее количество разных видов социального обеспечения, оказание медицинской и психологической помощи. В 21 веке главной проблемой стал постоянный рост доли населения пожилого и старческого возраста.

На сегодняшний день все области медицины пронизаны исследованием качества жизни, однако в большей части гастроэнтерология, гематология, геронтология, кардиология.

В состав понятия качество жизни входит как минимум четыре показателя, которые, несмотря на отличие друг от друга, взаимодействуют друг с другом в физической, функциональной, эмоциональной областях и социальном статусе.

Отечественными исследователями уделяется большое внимание вопросам качества жизни: Э.М. Аванесьянц, Э.Р. Ахунова, М.Н. Алферова, Р.А. Галкин, Г.С. Никифоров, Л.И. Дворецкий, В.В. Егоров, О.П. Щепин, Т.Н. Савченко, Г.М. Головина и др.). Также имеются исследования по данному вопросу и среди зарубежных авторов: ДР. Фернандез-Баллестерос, М. Лоутон, Б. Хьюз, М. Ханкинс, Л. Леви, Л. Андерсон и др. Стоит отметить, что такое большое количество исследований позволяет рассмотреть качество жизни с точки зрения

только внешних условий и их соответствия ожиданиям человека. И даже эта проблема является не достаточно изученной с точки зрения субъективной стороны качества жизни. Именно с этой точки зрения понятию «качество жизни» отводится особый контекст, что в свою очередь имеет большие перспективы для проведения исследований.

**Объект исследования** – особенности работы медицинской сестры с пациентами старческого и пожилого возраста.

**Предмет исследования** – деятельность медицинских сестер в процессе обеспечения качества жизни и психического здоровья пациентов старческого и пожилого возраста.

**Цель исследования** – исследование организации сестринской деятельности при обслуживании пациентов пожилого и старческого возраста в ГБУЗ НСО «Чистоозерная ЦРБ».

**Задачи исследования:**

- 1) рассмотреть теоретические аспекты влияния медицинской сестры на качество жизни и психическое здоровье у пациентов старческого и пожилого возраста;
- 2) ознакомиться с методиками оценки качества жизни в поздних возрастах;
- 3) на примере ГБУЗ НСО «Чистоозерная ЦРБ» провести оценку качества жизни и психического здоровья у пациентов старческого и пожилого возраста;
- 4) разработать методические рекомендации по обеспечению качества жизни и психического здоровья у пациентов старческого и пожилого возраста.

# **Глава 1. Теоретические аспекты влияния медицинской сестры на качество жизни и психическое здоровье у пациентов старческого и пожилого возраста**

## **1.1 Особенности организации сестринского процесса для обеспечения качества жизни и психического здоровья в работе с пациентами пожилого и старческого возраста**

Сестринский процесс – это организационная структура, необходимая для осуществления наблюдения, ухода, выполнения назначений врача пациентами [12]. Сестринский процесс принято рассматривать в качестве метода организации и оказания сестринской помощи, в состав которого входит обязательное взаимодействие между пациентом и медицинской сестрой. В такой ситуации пациента рассматривают как личность. Сестринский процесс обладает такими характеристиками, как цель, организация, творческие способности медицинской сестры [15].

Геронтологический сестринский процесс представляет собой систематизированный подход для организации мероприятий направленных на решение проблем пациента и профилактику заболеваний у пожилых людей [17].

С точки зрения определения, данного ВОЗ, под группой высокого риска принято понимать группу населения, которая обладает высоким риском ухудшения здоровья или экономического, социального состояния.

К такой группе принято относить следующие категории престарелых:

- очень старые люди в возрасте от 80-90 лет и более;
- одинокие престарелые;
- престарелые женщины;
- изолированно живущие престарелые люди;
- бездетные престарелые люди;

- престарелые с тяжелыми заболеваниями или имеющие физические недостатки;

- престарелые пары, в которой один из супругов является тяжело больным или имеет физический недостаток;

- престарелые, живущие на минимальное государственное или социальное пособие [14].

Так как пожилой человек имеет возрастные нейропсихологические изменения, то он обладает повышенной уязвимостью. Именно по этой причине необходимо бережно, доброжелательно, внимательно относиться пожилым и старым людям.

Старым людям тяжело дается переживание своей беспомощности, все это не должно вызывать раздражение и недовольство окружающих. В процессе общения с престарелым пациентом медицинской сестрой должно проявляться большое чувство такта, терпение; ей необходимо принимать старого человека таким, какой он есть, с учётом всех его достоинств и недостатков.

Проблемы пожилых пациентов связанные с возрастными анатомо-физиологическими и психосоциальными данными, а также с возрастными изменениями их потребностей.

Рассмотрим основные проблемы пожилого человека:

1. Физиологические: ограниченная подвижность, большой риск получения травм и повреждений, запор или диарея, высокая восприимчивость к инфекциям, снижается память и мыслительная деятельность, недержание кала и мочи, проявление повышенной усталости, нарушается речь.

2. Психологические: появляется депрессия, возникает пенсионный стресс, постоянное одиночество, страх оказаться в постели, беспокойство, отчаяние, стресс от конфликтов в семье.

3. Социальные: теряется независимость, ухудшается питание, проявляется социальная самоизоляция, нарушается чувство собственного достоинства [6].

В качестве основных принципов, направленных на оказание помощи немощным людям пожилого возраста можно отметить:

– во время проводить протезирование, применять слуховые аппараты, использовать ортопедическую обувь, различные подручные средства и приспособления;

– выполнять кинезотерапию. Под кинезотерапией принято понимать упражнение, при помощи которых можно восстановить способность передвигаться и навыки самообслуживания;

– выполнять физиотерапию и водные процедуры;

– применять фармакотерапию, которая будет способствовать физической и психической реабилитации;

– применять рациональное питание;

– использовать психотерапию;

– использовать эрготерапию [1].

Важная роль в процессе ревитализации отводится психотерапии и психогигиене. Пожилые люди должны постоянно тренировать свои интеллектуальные возможности используя при этом разные виды умственной нагрузки, например чтение, заучивание стихов, изучение иностранных языков и т.д.

У медицинской сестры должны быть хорошие знания, касаясь симптоматики заболеваний, а также развито представление механизмов их развития. Это в свою очередь поможет медицинской сестре провести правильное наблюдение за гериатрическими пациентами и вовремя выполнять должный уход.

В процессе общения с гериатрическими пациентами необходимо учитывать особенности их психики. Такие пациенты довольно часто обращаются к прошлому, к настоящему и будущему у них отсутствует интерес. Объяснить это можно тем, что гериатрические пациенты понимают, что их будущее не является заманчивым, а впереди их ждет старость и смерть.

Если человек пожилого или старческого возраста потеряет кого-то из людей близкого окружения, то обрести новых друзей ему будет очень сложно, поэтому чаще всего такие люди сначала замыкается в себе, а потом и вовсе изолируются от общества, их чаще посещают мысли о смерти. В том случае, когда гериатрический пациент имеет трудности самостоятельного передвижения, об-

служивание самого себя, например при нарушении зрения и слуха, то чувство одиночества проявляется наиболее сильно. В таких ситуациях, с учетом ранимой психики пожилого человека, любой конфликт, утрата, психическая травма может спровоцировать физическую и психическую декомпенсацию [17].

Осуществляя уход и наблюдая за людьми старческого и пожилого возраста нужно применять правила этики и деонтологии. Медицинская сестра должна хранить тайны, не злоупотреблять доверием, не обсуждать с пациентами то, что обсуждает медицинский персонал [16].

Главный принцип осуществления ухода – уважать личность пациента и принимать его таким – каков он есть на самом деле. Люди пожилого и старческого возраста не переносят командования над ними, многие требования, предъявляемые к ним медицинским персоналом они воспринимают в качестве необоснованных. Таким образом, каждый поступок пациента должен быть оценен индивидуально. Чтобы процесс осуществления гериатрического ухода был правильно организован необходимо помнить, что у гериатрических пациентов возрастные изменения тесно переплетены с симптомами болезни. Гериатрические пациенты довольно часто страдают нарушением сна. Они могут целый день дремать, однако, общая продолжительность сна будет маленькая, так как ночью такие пациенты практически не спят. Они очень часто бродят по палате или дома по комнатам, готовят еду, читают, принимают пищу. Они не осознают, что их поведение окружающим кажется странным.

Основная задача геронтологической помощи - сохранить физическое и психическое здоровье, социальное благополучие людей пожилого возраста. Для того, чтобы решить эту задачу необходимо тесно взаимодействовать гериатрическому пациенту и медицинской сестре.

Для того, чтобы между пациентом и медицинской сестрой сформировались хорошие взаимоотношения, медицинская сестра должна взять на себя активную роль. Поэтому необходимо не только знать проблемы пациента, которые связаны с дефицитом знаний, умений, навыков по вопросам укрепления

здоровья, но и факторы индивидуального риска, универсальные потребности стареющего человека и то, какое влияние они оказывают на его здоровье.

Общепризнанным является тот факт, что в «третьем возрасте» состояние пожилого человека имеет тесную взаимосвязь с перенесенными заболеваниями, влиянием внешней среды, индивидуальной возрастной адаптации к старости.

Существуют общие черты, которые присущи старости и характеризуется изменением психики в переходный к старости период: ослабление силы и подвижности нервных процессов. Эти факторы могут оказать негативное влияние на психическую активность, ослабить способности усвоения новых впечатлений и память, появление консерватизма, отрицательного отношения ко всему новому.

Для людей пожилого возраста характерно постоянно возвращаться к прошлому, у них присутствует оторванность от будущего, жизненных перспектив. Чаще всего это выражается безучастным отношением к настоящему и будущему. Наиболее частыми характерными чертами психического старения является брюзжание, ворчливость, обидчивость, подозрительность, эгоцентризм, скупость, тревога. Также для пожилых людей характерна повышенная эмоциональная реакция на внешние раздражители.

В качестве еще одной задачи сестринского ухода в гериатрии можно отметить сохранение максимально возможной самостоятельности пациентов в повседневной жизни. Медицинской сестре необходимо убедить пациента сохранить независимый образ жизни, обучить его приемам самообслуживания в пределах возможного. Так как, гериатрические пациенты довольно часто «уходят в себя», становятся плаксивым, раздражительными, придирчивыми, то в качестве необходимых условий общения с такими пациентами является терпение и такт, доброжелательность и выдержка со стороны медицинской сестры [10].

Нужно заранее продумать и обговорить с больным вопросы лечения, обследования и режима питания. В обязанности медицинской сестры входит обязательный регулярный осмотр больного, что в свою очередь позволит своевре-

менно увидеть изменения в его состоянии, обеспечить ему грамотный уход и консультацию специалиста.

Основным долгом медицинской сестры в отношении людей пожилого возраста является поиск причины недомоганий и назначение лечения, а также оказание психологической помощи, которая довольно часто является важной основой лечения. Медицинская сестра и должна укрепить веру пациента в благоприятный исход заболевания.

Люди пожилого возраста в ходе уменьшения их физических возможностей, в процессе ослабления психических реакций начинают ощущать беспомощность в различных жизненных обстоятельствах. Рано или поздно придёт время, и они не смогут справиться с повседневными заботами сами, станут зависимы от других. У многих из них это обстоятельство вызывает чувство бессилия, покинутости и неполноценности. Поэтому роль медицинской сестры ратников социальной сферы в организации жизни таких людей является очень большой.

В процессе общения пожилого и старческого возраста медицинская сестра должна исключить отрицательные отношения к возможности помочь обращающемуся пациенту, по причине его возраста. Медицинская сестра должна осознавать, что пожилые люди тоже являются членами общества, и заслуживают уважение и внимание. Благодаря проявлению к пожилому человеку чувства уважения – доверие к медицинскому персоналу будет повышаться.

Необходимо учесть тот факт, что пожилые люди по-разному относятся к наступающей старости и ее ограничениям. Некоторые и дальше считают себя полными сил, не соглашаются изменять образ жизни и не учитывают, что появившиеся физические недомогания являются проявлением старения организма, другие же напротив, критически анализируют изменения своего состояния, сами задумываются о приближении старости, но смириться с этим могут с трудом.

Рекомендуя что-либо, медицинская сестра должна учесть, что преждевременный физический и духовный покой - это один из факторов, который

приближает преждевременную старость. Когда речь заходит о необходимости установления психологического контакта с больным это означает, что нужно приспособиться к нему, узнать и понять его особенности. Медицинская сестра должна иметь индивидуальный подход к каждому пациенту, с учетом его характера, тяжести заболевания, а также с учетом собственного отношения к болезни и ее симптомом.

Для того, чтобы провести объективную оценку здоровья, составить прогноз возможной продолжительности жизни и определить причины развития большинства болезней медицинской сестре необходимо знать закономерности развития старения и его механизмов.

Таким образом, в качестве основных направлений работы медицинской сестры с геронтологическими пациентами можно отметить:

- оказание помощи в процессе выполнения жизненных потребностей;
- проведение обучения пациента и его родственников;
- защита интересов пациента на всех уровнях обслуживания;
- контроль за выполнением назначений врача;
- контроль эффективности лекарственной терапии [10, с. 34].

## **1.2 Качество жизни в пожилом и старческом возрасте в зарубежной литературе: понятие, характеристика, компоненты и проблемные вопросы**

Термин «качество жизни» - это метаконструкция, в состав которой включены разные аспекты жизни людей [27]. Качество жизни имеет прямую взаимосвязь с множеством факторов условий жизни, характерных для человека. Например, факторы физического здоровья, социального благополучия, функциональной независимости, влияния окружающей среды и материального положения [23].

А. Боулинг отмечает, что качество жизни является субъективным восприятием степени физической и личностной сохранности человека, полноценности социальных возможностей (цели, ожидания, стандарты) [19].

По мнению Р. Фернандеза-Баллестероса, качество жизни пожилых людей – это продукт динамического взаимодействия внешних условий жизни человека и внутреннего восприятия их. Исходя из этого, автором предложено рассматривать понятие качества жизни с двух сторон [23].

Субъективная сторона качества жизни пожилых людей имеет взаимосвязь с потребностями. А эти потребности являются индивидуальными для каждого пожилого человека и находят свое отражение в субъективных ощущениях, в то время как их преломление происходит через убеждение и внутренние стандарты.

В свою очередь субъективная оценка качества жизни отличается от объективной. Например, в ситуации, когда родственники гериатрического пациента считают хорошим качество его жизни, в тоже время сам пациент считает его плохим. Такая ситуация является диагностическим признаком, и поэтому нуждается в детальном обследовании как психического, так и соматического статуса гериатрического пациента.

М. Лоутон провёл исследование 4 секторной модели качества жизни, и определил, что между субъективными и объективными качествами жизни имеются взаимодействия [24]. Автор считает, что в позднем возрасте качество жизни взаимодействует с:

1. Поведенческой, социальной компетентностью – показателями соматического и психического здоровья, умением распределить время исходя из вида деятельности, наличия социальной активности.

2. Восприятием качества жизни – субъективной оценкой удовлетворенности разными сферами жизни.

3. Психологическим благополучием – измерением психического здоровья, убеждением об удовлетворенности старением, наличием положительных или отрицательных эмоций.

#### 4. Окружающей средой (жильем, экономическими показателями).

Выделение аспектов для понимания качества жизни в пожилом возрасте было проведено М. Ханкинсом и А. Боулингом. Так, авторами было проведено выделение объективных социальных показателей, показателей удовлетворенности потребностей пожилого человека; субъективных социальных показателей удовлетворенности жизнью и психологического благополучия, уровнем экологических ресурсов и ресурсов окружающей среды, показателями здоровья и функционирования с учетом физического и психического здоровья; когнитивной компетентности, независимости, контроля, адаптации и преодоления, герменевтических подходов, которые подчеркивают значение человека в восприятии окружающего мира и себя в нем [19, с. 182].

Анализ зарубежной литературы и применение базы PubMed, ScienseDirect были определены основные компоненты качества жизни в пожилом и старческом возрасте (Приложение А). Из данного приложения можно сделать вывод, что общими компонентами качества жизни в пожилом и старческом возрасте являются социальная активность, наличие семьи и друзей, физическое здоровье, экономические факторы, психическое здоровье, безопасная окружающая среда.

На сегодняшний день общего мнения по определению и методике оценки качества жизни людей в старческом и пожилом возрасте нет.

В зарубежной геронтологии и геронтопсихологии выделены следующие направления [23]:

1. Исследования старения и развития. Определяется и проводится оценка возможностей человека пожилого и старческого возраста. Формируются программы для поддержки оптимального старения.

2. Исследования по улучшению здоровья и субъективного благополучия. В данном случае проводятся исследования качества жизни людей старческого и пожилого возраста, живущих дома и в домах престарелых. Производится разработка диагностических инструментов для проведения оценки когнитивных нарушений и психических расстройств.

3. Исследуются параметры окружающей среды и ее безопасность. Оценивается жилье, в котором проживают пожилые люди, анализируется социальная картина старения.

Сегодня Россия занимает 65 место в мире по индексу качества жизни пожилых людей (Global AgeWatch Index). В стране наблюдается низкий уровень включенности людей пожилого и старческого возраста в общественную деятельность, отмечается низкий уровень здоровья и материального положения. По критерию безопасности окружающей среды Россия на предпоследнем месте в мире [22]. Большая часть людей старческого и пожилого возраста имеет соматические, психические, функциональные и когнитивные расстройства [24]. В связи с увеличением категории людей старческого и пожилого возраста повышается рост интереса к качеству их жизни.

Исходя из демографической проблемы старения, которая наблюдается в России, ВОЗ разработал II Международный план действий по проблемам старения и программу исследования старения XXI века. Принцип данной программы заключается в том, что акцент сделан на добавлении жизни к годам [28].

Однако, отметим проблемы, препятствующие улучшению уровня качества жизни в пожилом и старческом возрасте:

1. На сегодняшний день пожилых людей рассматривают как ресурс для общественного развития.
2. Особенности развития механизма создания пожилыми людьми своего качества жизни на сегодняшний день является недостаточно изученными.
3. При реализации психо-социальных интервенций имеются проблемы.
4. В процессе создания безбарьерной среды, благодаря которой будет поддерживаться комфортность жизни пожилых людей, имеются трудности.
5. Процесс проведения комплексной гериатрической оценки должен быть обязательно выстроен с учетом функционального статуса. Однако данный принцип не учитывается, а ведь проведение данной оценки поможет выявить область пожилых людей к независимой, безопасной и благополучной жизни.

### 1.3 Особенности ухода за пожилым пациентом

Для правильной организации гериатрического ухода необходимо учитывать особенности поведения людей старческого и пожилого возраста.

Ночной сон для пожилого пациента должен длиться 7-8 часов. При выраженной астенизации необходим дополнительный сон днем. Для комфортного отдыха и сна людей пожилого и старческого возраста необходимо соблюдение следующих требований:

- высота кровати должна быть такой, чтобы сев на нее пациент немного не касался пола стопами;
- жесткость кровати должна быть умеренной;
- наличие функциональной кровати – лучший вариант;
- кровать должна иметь фиксированный съемный столик;
- обязательно наличие прикроватного столика и индивидуального освещения;
- кнопка вызова должна располагаться рядом с кроватью пациента;
- наличие двух небольших подушек, вместо одной большой;
- матрас должен обладать эластичностью, податливостью, исключать давление на небольшие области;
- обеспечить пожилому пациенту тишину, чтобы он мог комфортно заснуть;
- температура воздуха должна быть 18-20 градусов;
- частое проветривание помещения;
- наличие легкого и теплого одеяла;
- принимать пищу в последний прием не позднее 4 часов до сна;
- не позволять перед сном есть сладости;
- перед сном рекомендуется медленная прогулка;
- в дневное расписание ввести интересный досуг, чтобы поменять расписание дня и воздерживать пациента от сна днем;

- наличие хорошей сигнализации, для уверенности пациента в скором оказании медицинской помощи [6].

Для чтения у пациента старческого и пожилого возраста должно быть удобное освещение. Если пациент лежит один, то ему можно позволить почитать перед сном, но очки пациента должны обязательно соответствовать нарушению зрения.

Что касается гигиены кожи, то после 40 лет возникают возрастные изменения кожи, а после 75 лет – происходит резкое утончение всех слоев кожи, исчезает гиподерма. Исходя из этого пациенты старческого и пожилого возраста должны исключить прием ванны, а душ принимать только с температурой не больше 35 градусов и стоя. Частое использование мыла противопоказано пациентам старческого и пожилого возраста, чтобы не сушить кожу [7].

Что касается особенностей питания, то перед кормлением нужно удостовериться, что у пациента нет проблем с жеванием и глотанием пищи. Проверить протезы, при наличии, на предмет их состояния. При отказе от приема пищи нужно выяснить причину. Многие пациенты этого возраста предпочитают только домашнюю еду, в таком случае необходимо попросить родственников приносить еду из дома.

Чтобы пациенты старческого и пожилого возраста не замерзли, их одежда должна быть теплой и мягкой, тоже самое касается постельного белья. Многие пациенты этого возраста страдают фиброзитом, который при наличии холода или сквозняка проявляется слабыми мышечными болями, поэтому оптимальной будет температура воздуха в палате 20 градусов (для постельного больного) и 22-23 градуса (для не постельного больного). Для увлажнения воздуха на батарее необходимо поставить сосуд с водой [9].

Что касается физиологических потребностей, то нужно убедиться в знании пациента местонахождения столовой, туалета, душа и т.д. Если больной лежачий, то судно должно быть расположено у него под рукой, но и не под носом. Осуждать больного по причине мокрого или грязного белья нельзя, так как недержание мочи частое явление урологических заболеваний. А в связи с воз-

растом пациентов, количество выделяемой мочи увеличивается, так как изменяется функция мочеотделения – уменьшается концентрационная способность почек. У пациентов этого возраста ночной диурез увеличивается [2].

#### **1.4 Методики оценки качества жизни в поздних возрастах**

Для того, чтобы можно было выявить причины и последствия индивидуальных различий в качестве жизни, а также определить влияние, которое оказывается на качество жизни посредством социальных, экологических и психологических факторов, для того, чтобы можно было понять потребности, провести оценку и определить, насколько эффективными являются медицинские и психосоциальные подходы, уровень качества работы системы здравоохранения - применяется оценка качества жизни. Кроме того, применение оценки качества жизни необходимо для того, чтобы можно было разработать усовершенствованные алгоритмы оказания медицинской и психологической помощи [24].

Прежде чем, специалисту приступить к оценке качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста ему нужно обратить внимание:

1. На социо-демографические данные (рабочий и семейный статус, уровень образования).
2. На самооценку качества жизни самим пациентом.
3. На субъективную удовлетворенность пациента имеющимся у него жилищным, материальным, медицинским условиям и питанием.
4. На самочувствие пациента в последние две недели.
5. На имеющиеся заболевания, их количество и степень тяжести. Нужно оценить полиморбидность.
6. На проявление апатии, без деятельности, пренебрежение мытьем и сменой одежды.
7. Обратить внимание на утрату навыков и забывчивость пациента.
8. На присутствие у пациента мыслей касаясь смерти и конца жизни.

9. Выявить изменения в структуре сна. Сколько длится сон, имеются ли многократные пробуждения, чувствует ли пациент сонливость днем.

10. Имеется ли у пациента инвалидность и компенсаторные ресурсы.

11. На посещение пожилым человеком специалистов, для снижения рисков развития заболеваний свойственных данному возрасту;

12. Обладает ли пациент приверженностью к назначению врачей;

13. Есть ли у пациента занятость, проявляет ли он физическую активность, занимается ли досугом.

14. Обладает ли пациент социальной поддержкой, имеется ли у него доверительное лицо.

На данный момент выделяют следующие методики для проведения оценки качества жизни (табл. 1).

Таблица 1

Методики исследования качества жизни и его компонентов в пожилом и старческом возрасте (сводный перечень) [14, с. 100]

Название методики	Автор	Возраст	Компонент качества жизни
Опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения, краткая версия (WHOQOL-BREF)	WHO, 1998	18+	Общее качество жизни и состояния здоровья. Физическое, психологическое здоровье. Социальные отношения. Состояние окружающей среды
Оценка реакции пожилого человека на помещение в дом престарелых (Elderly community reactions to the nursing home)	Biedwenharn, Baslin, 1991	Поздний возраст	Физическое, эмоциональное функционирование, субъективная оценка здоровья, энергичность
Оценка эффективности физической активности в пожилом возрасте (Evaluating the efficacy of physical activity for influencing quality of life outcomes in older adults)	Stewart, King, 1991	Поздний возраст	Физическое, эмоциональное, когнитивное, социальное функционирование, удовлетворенность жизнью, субъективная оценка здоровья, досуг, самооценка, энергичность
Первичная психометрическая оценка благополучия (Initial psychometric evaluation of a quality well-being measure: The Integration)	RuffiningRahal, 1991	Поздний возраст	Эмоциональное, социальное функционирование, удовлетворенность жизнью, субъективная оценка здоровья, функ-

Inventory)			ациональные навыки, самооценка, энергичность
Оценка качества жизни, связанная со здоровьем (HRQOL)	Hadorn, Ron, 1991	18+	Физическое, социальное функционирование, удовлетворенность жизнью, субъективная оценка здоровья, функциональные навыки, энергичность
Ноттингемский профиль здоровья (NHP)	Hunt, 1981	18+	Когнитивное, эмоциональное, социальное функционирование, субъективная оценка здоровья, функциональные навыки, досуг, сексуальная активность, энергичность
Профиль влияния болезни (SIP)	Bergner, 1981	18+	Физическое, эмоциональное, когнитивное, социальное функционирование, субъективная оценка здоровья, экономический статус, досуг, энергичность
Качество жизни пожилых людей с хроническими заболеваниями (Subjective well-being instrument for the chronically ill)	Gill, 1984	Поздний возраст	Функциональное, эмоциональное, когнитивное, социальное функционирование, удовлетворенностью жизнью, субъективная оценка здоровья, функциональные навыки, экономический статус
Шкала для оценки индивидуального качества жизни (SEIQoL)	McGee, 1991	Поздний возраст	Физическое, эмоциональное, социальное функционирование, удовлетворенность жизнью, субъективная оценка здоровья, функциональные навыки, экономический статус, культурный статус, досуг, факторы риска, энергичность
Экспресс оценка качества жизни (CUBRECAVI)	FernandezBallesteros, Zamarrón, 1997	Поздний возраст	Физическое, эмоциональное, социальное функционирование, удовлетворенность жизнью, субъективная оценка здоровья, функциональные навыки, досуг, состояние окружающей

			среды
Анкета оценки качества жизни (MOS-SF-36)	Ware, Sherbourne, 1992	18+	Функциональное, эмоциональное, когнитивное, социальное функционирование, удовлетворенность жизнью, субъективная оценка здоровья, энергичность
Опросник EuroQol-5D	Mandy van Reenen, Mark Oppe	18+	Подвижность, самообслуживание, активность в повседневной жизни, наличие болей или дискомфорта, наличие симптомов депрессий

Из таблицы 1 можно сделать вывод: на настоящий момент российским специалистам предложено множество различных инструментов, чтобы оценивать качество жизни людей в старческом и пожилом возрасте. Например: «Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни» (WHOQOL-BREF), опросник SF-36 и опросник EuroQol-5D.

Таким образом, у людей в пожилом и старческом возрасте распространяются возрастнo-ассоциированные заболевания, которые в последствии приводят к изменениям в функционировании большого количества органов и систем на фоне полиморбидности. Стрессовые ситуации оказывают дополнительное негативное воздействие на состояние здоровья пожилых людей.

На сегодняшний день медицинская модель оказания помощи пожилым людям в своей основе имеет одностороннюю нозологическую диагностику, а следовательно сказать как состояние здоровья влияет на качество жизни пожилого человека нельзя, ведь большинство важных качеств не учтено (психическое здоровье, статус, функциональная активность и др.).

В связи с этим в странах Запада и в России в том числе стала распространяться комплексная гериатрическая оценка состояния людей пожилого и старческого возраста. Благодаря применению данной оценки учитывается состояние качества жизни такой категории людей и их компоненты.

## **Глава 2. Оценка качества жизни и психического здоровья у пациентов старческого и пожилого возраста**

### **2.1 Характеристика ГБУЗ НСО «Чистоозерная ЦРБ»**

В XVIII веке на территории Чистоозерного района с. Юдино появилось первое лечебное учреждение. В 1910 году с. Романовка становится вторым административным центром со своим фельдшерским пунктом. В 1919 г. в доме купца Бычкова открыта Чистоозерная больница, о которой архивные материалы говорят так: «Небольшой деревянный дом с тяжелым запахом карболовой кислоты, с полным отсутствием элементарного санитарного режима».

В 1940 году открыли новую больницу на 50 коек, из них 10- в родильном отделении. В январе 1950 г. Решением Исполкома в помещении бывшей квартиры, организован туберкулезный пункт и туберкулезный стационар.

В 1951 году построено кирпичное здание на 50 коек, в котором разместились: терапевтическое, гинекологическое отделения и скорая медицинская помощь. Через 3 года открылось хирургическое отделение на 15 коек. В этом же здании в 1956 году был открыт рентгенкабинет.

В 1952 году отдельно, в старом приспособленном домике разместился роддом на 8 коек и 2 хирургические койки. Также в этом же году была сдана в эксплуатацию Чистоозерная амбулатория.

В 1955 году в районе 4 больницы на 85 коек, с 13 врачами и 75 человек - среднего медицинского персонала (до 1917 года было 2 больницы с одним врачом и двумя фельдшерами).

В 1958 году райздравотдел был упразднен, все больницы и ФАПы были переданы в подчинение главному врачу больницы.

В 1969 году по ул. Зюнова построена сегодняшняя центральная районная больница, состоящая из главного корпуса, поликлинического отделения, пищеблока, патологоанатомического отделения, прачечной, гаражей. Весной 1970 года в главном корпусе больницы начали оказывать медицинскую помощь. А в

1976 году построено кирпичное одноэтажное здание для размещения инфекционного отделения на 25 коек с боксами.

Решением районного Совета народных депутатов № 58 от 26.05.1993 г. произошла реорганизация в муниципальное учреждение «Центральная районная больница».

Постановлением территориальной администрации Чистоозерного района Новосибирской области № 21 от 14.02.2000 г. муниципальное учреждение «Центральная районная больница» преобразовано в государственное учреждение «Чистоозерная районная больница».

ГУ «Чистоозерная районная больница» преобразовано в ОГУЗ «Чистоозерная центральная районная больница» 22.08.2003 г. на основании Распоряжения № 1290-р от 02.06.2003 г. администрации НСО и Департамента имущества и земельных отношений.

ОГУЗ «Чистоозерная ЦРБ» реорганизовано в МУЗ «Чистоозерная ЦРБ» 03.02.2006 г. на основании Постановления администрации Чистоозерного района № 218 от 22.12.2005 г.

МУЗ «Чистоозерная ЦРБ» переименовано в ГБУЗ НСО «Чистоозерная ЦРБ» с 01.01.2012 г. на основании Распоряжения правительства Новосибирской области от 21.12.2011 г. № 587-рп.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Чистоозерная центральная районная больница» (ГБУЗ НСО «Чистоозерная ЦРБ») находится по адресу: Российская Федерация, Новосибирская область, Чистоозерный район, р.п. Чистоозерное, ул. Зонова, 6.

Главный врач - Зимин Александр Викторович.

Структура медицинской ГБУЗ НСО «Чистоозерная ЦРБ» выглядит следующим образом:

1. Стационар на 120 коек:
  - хирургическое отделение;
  - терапевтическое отделение;
  - акушерское отделение;

- гинекологическое отделение;
  - педиатрическое отделение;
  - инфекционное отделение;
  - отделение анестезиологии и реанимации.
2. Амбулаторно-поликлиническое подразделение:
- поликлиническое отделение для взрослого населения;
  - детское поликлиническое отделение;
  - женская консультация.
3. Врачебные амбулатории и 22 ФАП.
4. Отделение скорой медицинской помощи.
5. Отделение переливания крови.
6. Клинико-диагностическая лаборатория.

## **2.2 Методы и организация исследования**

Целью исследования явилось изучение показателей качества жизни и психического здоровья у пациентов ГБУЗ НСО «Чистоозерная ЦРБ» пожилого возраста и старческого возраста.

Всего в исследовании приняли участие 50 пациентов ГБУЗ НСО «Чистоозерная ЦРБ» в возрасте от 56 до 80 лет. Из них женщин – 20, мужчин – 30.

Исследование проводилось в несколько этапов.

На первом этапе проводилось тестирование поступивших пациентов старческого и пожилого возраста в ГБУЗ НСО «Чистоозерная ЦРБ» для определения изначального качества жизни.

На втором этапе разрабатывались рекомендации для медицинских сестер по улучшению качества жизни и психического здоровья исследуемых пациентов. Данные рекомендации апробировались в ежедневной деятельности медицинских сестер по отношению к исследуемым пациентам.

На третьем этапе исследования было повторно проведено тестирование, направленное на выявление изменений уровня качества жизни и психического здоровья пациентов.

Для исследования было решено воспользоваться следующими методиками:

### **1. Опросник SF-36 (русскоязычная версия) [14].**

В качестве теста-опросника, широко-применяемого в отечественной и зарубежной практике специальных клинических исследований применяется тест MOS SF-36 (MOS-36-Item Short-Form Health Survey).

В 1998 году российские исследователи Межнародного Центра исследования качества жизни создали русскоязычную версию опросника SF-36. По итогам исследований была выявлена высокая согласованность с характеристиками исследований, проведенных в других странах. Поэтому было решено воспользоваться этой версией опросника в нашем исследовании. Форма для заполнения опросника имеет вид представленный в Приложении Б.

Каждая шкала имеет значение от 0 до 30, где 30 - это полное здоровье. Все шкалы основываются на два показателя: физическое и психическое благополучие. Результаты отражаются в виде оценок в баллах по 8 шкалам. От того, насколько высокой будет итоговая оценка, зависит уровень качества жизни. Ниже представлены количественные показатели оценки:

1. *Физическое функционирование* (Physical Functioning – PF). Данный показатель отражает степень влияния физического состояния на выполнение физических нагрузок.

2. *Рольное функционирование*, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP). При помощи данного показателя можно определить, какое влияние оказывает физическое состояние на повседневную деятельность (работа, повседневные обязанности).

3. *Интенсивность боли* (Bodily pain – P). Благодаря данному показателю можно определить интенсивность боли, а также уровень ее влияния на способ-

ность выполнять повседневную деятельность, в том числе работу по дому и вне дома.

4. *Общее состояние здоровья* (General Health – GH). В данном случае больной оценивает свое состояние здоровья на сегодняшний день, а также производит оценку перспектив лечения.

5. *Жизненная активность* (Vitality – VT). Рассматривается то, как пациент ощущает себя: полным сил и энергии, обессиленным.

6. *Социальное функционирование* (Social Functioning – SF). Определяется степень ограничения социальной активности физическим или эмоциональным состоянием.

7. *Ролевое функционирование*, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional – RE). Оценивается степень эмоционального состояния, в котором происходит ограничение выполнения работы или повседневной деятельности (учитываются большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.).

8. *Психическое здоровье* (Mental Health – MH). Изучается настроение, наличие тревоги, депрессии, изучается общий показатель положительных эмоций.

Далее необходимо провести группировку шкал по двум показателям «физический компонент здоровья» (PF, RP, VP, GH) и «психологический компонент здоровья» (VT, SF, RE, MH).

В таблице 2 представлена методика вычисления основных показателей по опроснику SF-36 (русскоязычная версия).

Таблица 2

Методика вычисления основных показателей по опроснику SF-36

Показатели	Вопросы	Минимальное и максимальное значения	Возможный диапазон значений
Физическое функционирование (PF).	3а, 3б, 3в, 3г, 3д, 3е, 3ж, 3з, 3и, 3к.	10 – 30	20
Ролевое (физическое) функционирование (RP).	4а, 4б, 4в, 4г.	4 – 8	4

Боль (P)	7, 8.	2 – 12	10
Общее здоровье (GH)	1, 11а, 11б, 11в, 11г.	5 – 25	20
Жизнеспособность (VT)	9а, 9д, 9ж, 9и.	4 – 24	20
Социальное функционирование (SF)	6, 10.	2 – 10	8
Эмоциональное функционирование (RE)	5а, 5б, 5в.	3 - 6	3
Психологическое здоровье (MH)	9б, 9в, 9г, 9е, 9з.	5 – 30	25

В пунктах 6, 9а, 9д, 9г, 9з, 10, 11 – необходимо произвести обратный счет значения. Чтобы вычислить значение необходимо, вычесть из реального значения показателя минимально возможное значение показателя а, затем полученные значения необходимо поделить на возможный диапазон значений и умножить на 100.

Первичное исследование качества жизни и психического здоровья пациентов старческого и пожилого возраста в ГБУЗ НСО «Чистоозерная ЦРБ» проводилось в январе 2019 года. Полученные результаты представлены в следующем пункте ВКР.

### **2.3 Результаты исследования**

По итогам проведенного опроса о качестве жизни пациентов старческого и пожилого возраста при помощи опросника SF-36 (русскоязычной версии) были получены следующие результаты .

На рисунке 1 наглядно представлены полученные результаты.

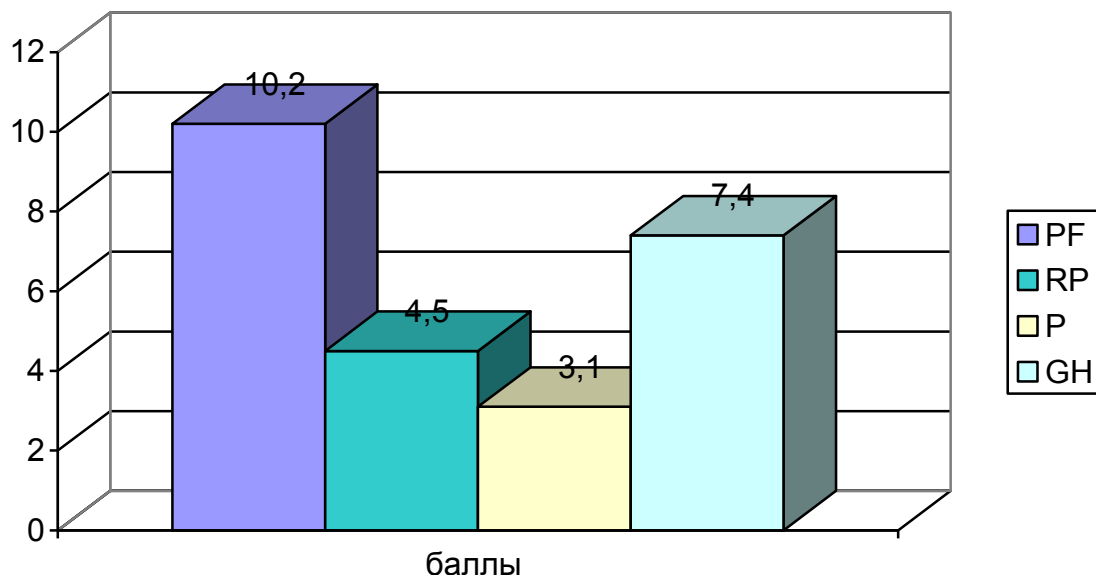


Рисунок 1 – Структура результатов физического компонента здоровья пациентов старческого и пожилого возраста

Таким образом, по данным таблицы 3 и рисунка 1 видно, что показатели физического компонента здоровья у пациентов старческого и пожилого возраста находятся на низком уровне и свидетельствуют по всем показателям низкое качество жизни.

Что касается психического компонента здоровья, то полученные результаты отражены на рисунке 2.

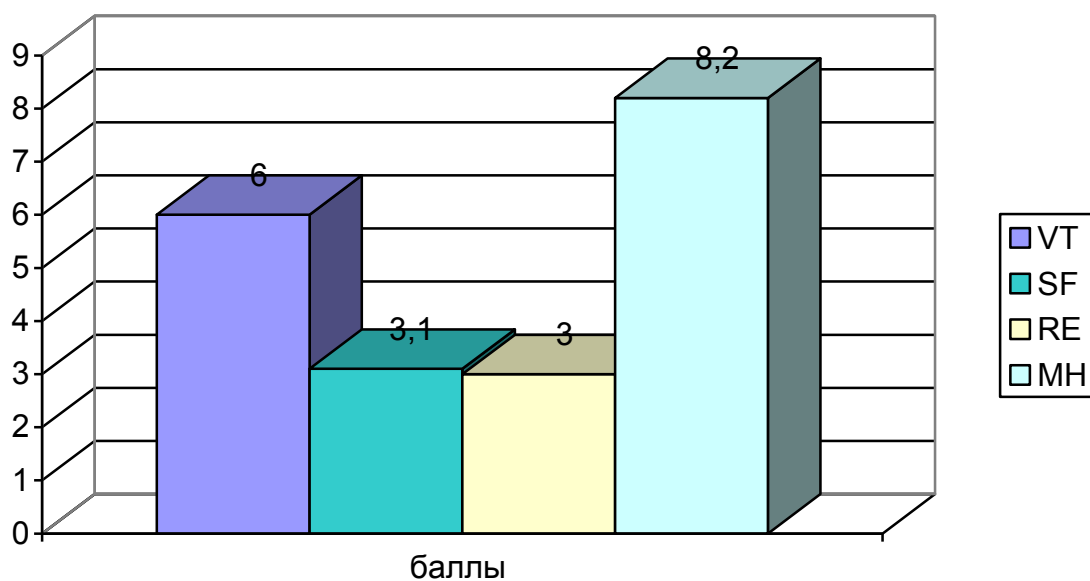


Рисунок 2 – Структура результатов психического компонента здоровья пациентов старческого и пожилого возраста, баллы

По итогам полученных результатов, уровень психического здоровья пациентов старческого и пожилого возраста, так же как и уровень физического компонента находится на низком уровне. По таким показателям, как эмоциональное и социальное функционирование было получено наименьшее количество баллов.

Таким образом, по итогам опроса SF-36 было выявлено низкое качество жизни и психического здоровья у пациентов старческого и пожилого возраста ГБУЗ НСО «Чистоозерная ЦРБ».

Далее нами были интерпретированы результаты проведенного опроса ВОЗКЖ-100.

По данным опроса определено, что большинство опрошенных имеют среднее специальное образование – 49 %, высшее образование имеется у 23%, неоконченное среднее образование выявлено у 28% (рис. 3).

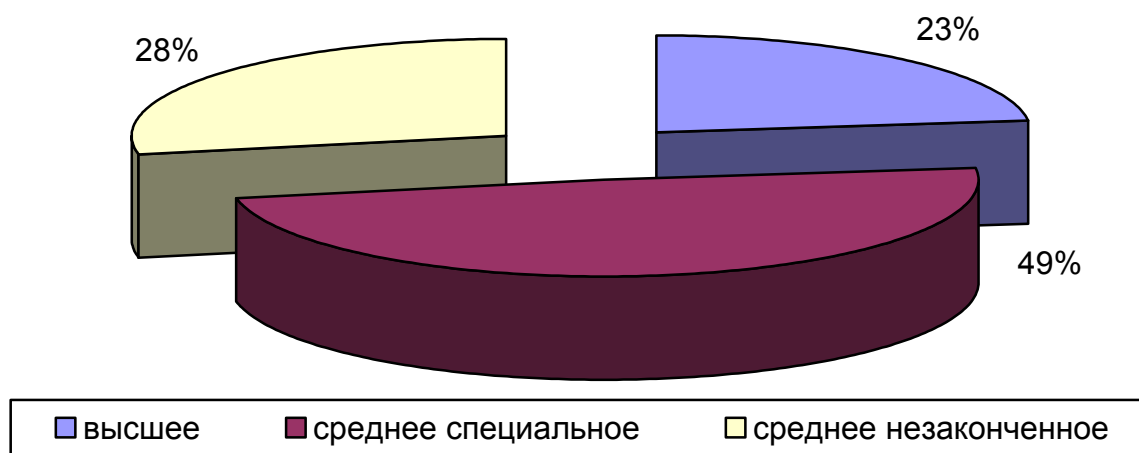


Рисунок 3 – Структура пациентов по уровню образования, %

Также большинство пациентов являются вдовами (вдовцами) (58 %), 42 % пациентов находятся в зарегистрированном браке. Среди опрошенных пациентов старческого и пожилого возраста нет ни разу не состоявших в браке (рис. 4).

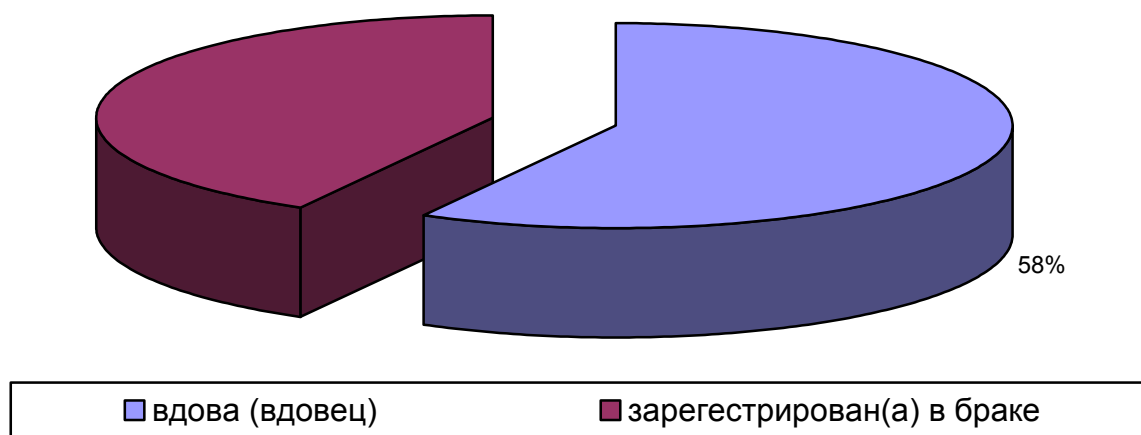


Рисунок 4 – Структура пациентов по семейному положению, %

Оценка психологической составляющей качества жизни пациентов старческого и пожилого возраста показала, что пол, возраст, наличие партнера по браку не имеют связи с качеством жизни опрашиваемых пациентов

При анализе значимости различных сфер качества жизни пациентов старческого и пожилого возраста выявлен интересный факт: для пациентов находящихся на лечении в ГБУЗ НСО «Чистоозерная ЦРБ» наиболее значимы факторы окружающей среды и личный физический комфорт. Пациенты на первый план выносят возможность качественного сна, отдыха и своевременного получения качественной медицинской помощи. В обеих группах духовной и психологической сферам качества жизни отведено одно из главных мест. У всех участников опроса была обозначена высокая важность качества жизни и здоровья.

Исходя из полученных результатов, нами были разработаны рекомендации для младшего медицинского персонала (медицинских сестер) по обеспечению качества жизни и психического здоровья у пациентов старческого и пожилого возраста. Предложенные рекомендации представлены в Главе 3 ВКР. Данные рекомендации были апробированы на пациентах, прошедших первичное тестирование и по окончании лечебного периода (на 20-й день) им было повторно предложено пройти опрос. По итогам контрольного этапа исследования нами были получены следующие результаты.

После повторного проведения опроса о физическом компоненте качества жизни по опроснику SF-36 были выявлены следующие результаты.

На рисунке 5 наглядно представлены сравнительные результаты, полученные в начале и в конце исследования.

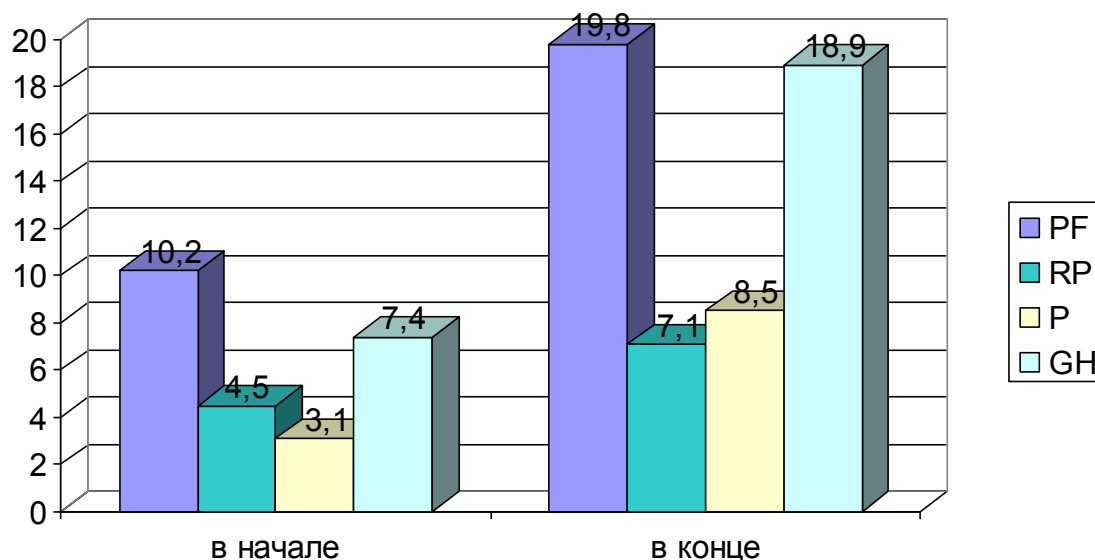


Рисунок 5 – Сравнительные результаты физического компонента здоровья пациентов старческого и пожилого возраста в начале и в конце исследования, баллы

Таким образом, по данным рисунка 5 видно, что показатели физического компонента здоровья у пациентов старческого и пожилого возраста спустя 20 дней нахождения пациентов на лечении в ГБУЗ НСО «Чистоозерная ЦРБ» улучшились по всем показателям. Наилучший прирост отмечен по показателям физического функционирования – на 8,7 баллов, и по общему здоровью – на 11,5 баллов. Таким образом, уровень качества жизни по физическому компоненту здоровья пациентов пожилого и старческого возраста в конце исследования можно отметить как нормальный.

Повторный опрос по выявлению уровня психического компонента здоровья позволил сделать следующие выводы.

На рисунке 6 наглядно представлены сравнительные результаты, полученные в ходе проведения опроса в начале и в конце исследования.

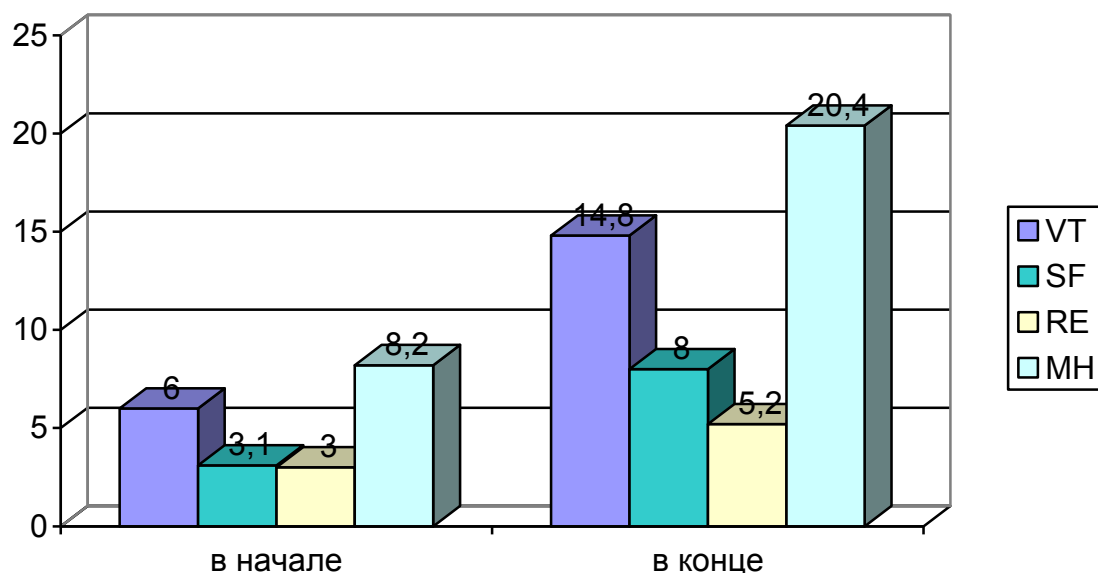


Рисунок 6 – Сравнительные результаты психического компонента здоровья пациентов старческого и пожилого возраста в начале и в конце исследования, баллы

Согласно данным рисунка 6 можно сделать вывод, что в психологическом компоненте здоровья улучшились параметры ролевого функционирования, которые были обусловлены эмоциональным состоянием. Также значительно повысился уровень жизненной активности.

Таким образом, по итогам проведенного опроса можно сделать вывод, что комплексное медикаментозное и психологическое лечение значительно улучшает не только физический, но и психический, эмоциональный компоненты качества жизни пациентов старческого и пожилого возраста.

Опрошенные пациенты отметили, что в ходе лечения в ГБУЗ НСО «Чистоозерная ЦРБ» они имели не только эффективное лечение, но и качественный сон, отдых, психологическую поддержку, взаимопонимание со стороны медицинского персонала.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об эффективности разработанных нами рекомендаций для медицинских сестер ГБУЗ НСО

«Чистоозерная ЦРБ» по обеспечению качества жизни и психического здоровья у пациентов старческого и пожилого возраста.

## **Глава 3. Методические рекомендации по обеспечению качества жизни и психического здоровья у пациентов старческого и пожилого возраста**

### **3.1 Профилактика психических расстройств у больных пожилого и старческого возраста**

Во время общения медицинской сестры с геометрическими пациентами необходимо придерживаться следующих особенностей терапевтического общения:

*10 «ДА» терапевтического общения:*

1. прежде чем начать беседу с пациентом медицинская сестра должна представиться, сообщить свою должность и цель беседы. С пациентом общаться на Вы.

2. В процессе общения нужно установить визуальный контакт: смотреть в лицо пациента, улыбаться.

3. Интонация голоса должна быть положительная.

4. Разговаривать надо внятно, доходчиво и неторопливо, на языке пациента.

5. Инициативу задавать вопросы пациентом надо поощрять.

6. Беседа должна быть конфиденциальной.

7. Выслушать пациента надо внимательно.

8. Обязательно проявлять сочувствие, интерес к проблемам пациента.

9. Постоянно проявлять инициативу.

10. Каждое удачное действие пациента надо поддерживать поощрительными замечаниями. Важно прикасаться к пациенту: можно нежно взять за локоть, для похвалы.

*10 «нет» терапевтического общения:*

1. Чтобы пациент дал точный ответ, необходимо несколько раз повторить вопрос.

2. При многократном озвучивании вопроса нельзя раздражаться.

3. Не всегда предложенное задание будет выполнено сразу.
4. На пациенте не должно лежать большой ответственности.
5. Требовать точное знание имен медицинского персонала, лекарств или предметов нельзя.
6. Проводит оценку поведения пациента в качестве личного отношения к вам нельзя.
7. Ни в коем случае не стоит спорить и ругаться с пациентом.
8. Разговор с пациентом должен быть корректным, но без возможности большого выбора пациентами.
9. Показывать свои чувства пациентам нельзя.
10. Не повышать голос на пациента.

Таким образом, общение с гериатрическим больным является обязательной частью лечебного процесса, естественной составляющей, от которой напрямую зависит успешность лечения, продолжительность и период восстановления после болезни.

### **3.2 Рекомендации по общению медицинской сестры с гериатрическими пациентами**

1. В первую очередь необходимо наладить контакт с родственниками гериатрического пациента.
2. Для гериатрических пациентов должна быть организована общая комната отдыха.
3. Обязательным условием является обсуждение сериалов и телепередач.
4. Необходимо организовать проведение настольных и развлекательных игр.
5. После того, как были проведены медицинские процедуры необходимо поощрять гериатрических пациентов сладостями и фруктами.

Данные рекомендации необходимо применять с учётом заболевания гериатрических пациентов.

При решении проблем лиц пожилого и старческого возраста сестринскому персоналу следует:

- установить доверительный контакт с пожилым человеком;
- объяснить пожилому человеку, что процесс старения является естественным и даже имеет свои преимущества;
- объяснить, что необходимо придерживаться правил здорового образа жизни;
- помочь пациенту наладить контакт между ним и его семьей, друзьями;
- донести до ближайшего окружения пациента анатомические, физиологические и психологические особенности пациента;
- провести работу по установлению контактов с социальными службами [15].

Главной проблемой пациентов старческого и пожилого возраста является прекращение профессиональной деятельности. Чтобы приспособиться к этим переменам, необходимо определенное время. Поэтому медицинский работник должен подготовить такого пациента к неизбежным переменам при выходе на пенсию. Так как пенсионеры являются незанятыми, то и процесс старения проходит более быстрыми темпами. В данной ситуации необходимо привлекать пациентов старческого и пожилого возраста к общественной деятельности.

Другая категория людей старшего возраста начинает следовать своим увлечениям, на которые не хватало времени. Нужно поддержать пожилого человека в его начинаниях и поощрять их общественную деятельность и увлечения, благодаря которым они смогут поддержать физическую и интеллектуальную форму.

При решении медицинских проблем человека пожилого и старческого возраста медицинская сестра:

1. Проводит разъяснительную беседу о необходимости поддержания уровня своего здоровья;
2. Проводит беседу о необходимости следования принципам ЗОЖ, а именно:

- ограничить употребление алкоголя;
- отказаться от курения;
- придерживаться принципов адекватного и рационального питания, соблюдать режим питания;
- поддерживать оптимальный вес;
- поддерживать оптимальный баланс между трудом и отдыхом;
- сон должен быть полноценным;
- проводить самообследование (для женщин – молочных желез; для мужчин – яичек).

3. Объясняет, что необходима адекватная физическая и умственная активность.

4. Объясняет, что необходимо регулярно проходить медицинские осмотры:

- наблюдаться у терапевта, гинеколога, андролога или уролога и других специалистов, если есть к этому показания;
- посещать стоматолога;
- проводить исследования остроты зрения и внутриглазного давления;
- контролировать артериальное давление;
- проводить флюорографическое обследование;
- электрокардиографию;
- проводит контрольные исследования крови и мочи.

5. Рекомендует проводить профилактические прививки по возрасту.

6. Беседует, о необходимости мотивирования для соблюдения мер безопасности в повседневной жизни, а именно о необходимости применять только назначенные врачом лекарственные препараты и витамины, а в пищу принимать только доброкачественные и свежие продукты [12].

Таким образом, пожилого человека необходимо мотивировать на решение новых задач, возникающих в процессе старения, помочь ему преодолеть негативное представление об этом возрастном периоде, помочь почувствовать себя целостной личностью. Поэтому в задачи медицинского работника входит:

- оказание помощи пожилому человеку почувствовать себя носителем новой роли и своей уникальности;

- оказание помощи пожилому человеку осознания факта ухудшения здоровья и помощь в приспособлении к новым условиям жизни, помощь в поиске нового занятия, которое позволит ему отвлечься от физического дискомфорта;

– помочь преодолеть чувство озабоченности перспективой близкой смерти, освободиться от чувства беспомощности и страха перед ней, продлить период активной жизни благодаря участию в делах молодого поколения.

Одним из важных направлений сестринской деятельности при решении проблем лиц пожилого и старческого возраста должна стать разработка программы по поддержанию физической активности (выполнение физических упражнений, адекватная нагрузка на костно-мышечный аппарат и пр.)

Благодаря физическим упражнениям пожилые люди могут поддерживать оптимальную массу тела, сохранить подвижность суставов, поддержать эффективность работы сердечно-сосудистой и дыхательной системы, остановить развитие остеопороза, улучшить не только физическое, но и психологическое состояние (рис 7) [11, с. 106].

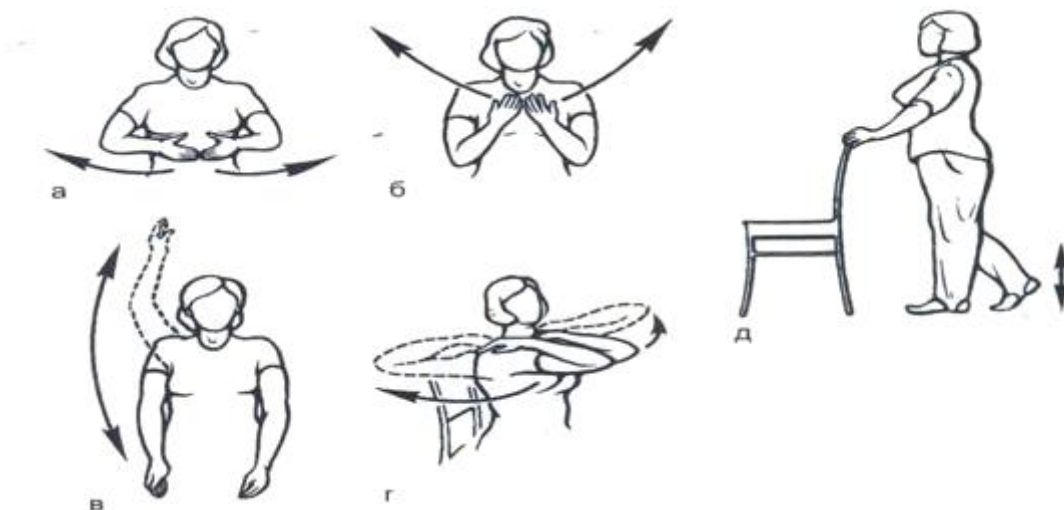


Рисунок 7 – Упражнения, выполняемые в положении стоя и сидя

У пожилых людей и людей старческого возраста ухудшается зрение и снижается слух, изменяются вкусовые ощущения, болевая чувствительность,

нарушается координация. Однако при коррекции такие проблемы успешно решаются.

Для разрешения проблем, касаемых нарушения зрения, медицинская сестра должна:

- провести беседу с пациентом о необходимости вовремя и периодически обследовать органы зрения;
- порекомендовать в привычном окружении (дома) привычное расположение предметов домашнего обихода оставить на прежнем уровне;
- порекомендовать поддерживать достаточный уровень освещения;
- рекомендовать накладывать пищу на тарелку, руководствуясь «правилом часов», заранее оговорив порядок расположения составных частей блюда (например, мясо всегда класть на «шесть часов», картофель – «на девять», другие овощи – «на двенадцать часов» и т.п.)
- посоветовать окружению сообщать, что они вошли в комнату и о своем местонахождении в ней и уходе;
- провести беседу с ближайшим окружением пациента о предоставлении определенной самостоятельности пожилому человеку в процессе выполнения домашних обязанностей.

Эти меры во многом могут способствовать лучшей адаптации пожилого человека к изменившимся условиям, улучшению его психологического состояния, благоприятно сказываться на создании безопасной окружающей среды.

Чтобы предотвратить негативные последствия снижения слуха необходимо:

- объяснить пожилому человеку важность вовремя и периодически обследовать органы слуха;
- порекомендовать применять слуховой аппарат;
- объяснить ближайшему окружению пациента старческого или пожилого возраста о терпеливом и тактичном общении с ним (так как имеются проблемы со слухом), а именно: не повышать голос, слова произносить четко и громко,

находиться на расстоянии 1,5-2 метров, чтобы лицо собеседника было видно, применять поясняющие жесты.

Снижение остроты вкусовых ощущений, обоняния могут приводить к тому, что пожилой человек будет отказываться от приема любой пищи, потому что на вкус ему ничего не нравится; он не будет чувствовать утечки газа или запаха недоброкачественной пищи, что способно привести к отравлению газом, взрыву и пожару или вызвать пищевое отравление.

Деструктивно-дистрофические изменения в костной системе приводят к ломкости костей, деформации позвоночника и обусловленным этим изменениям осанки, уменьшению роста, появлению патологии со стороны суставов и нарушению походки, что увеличивает риск падений, переломов. Замедлить или предотвратить эти изменения способны адекватная физическая нагрузка и соответствующая диета, прием витаминно-минеральных комплексов, особенно необходимых женщинам после наступления менопаузы.

Проблема адекватного питания. С помощью количества и качества пищи можно регулировать продолжительность жизни. Питание пожилых людей должно иметь антисклеротическую направленность, что может быть достигнуто с помощью снижения общей калорийности рациона, включения в него продуктов, способствующих нормализации липидного обмена. Целесообразна лактовегетарианская диета.

Другой проблемой, способной вызвать достаточно серьезные переживания, является реализация сексуальности. Сексуальные проблемы, возникающие в пожилом возрасте, обычно остаются вне сферы внимания медицинских работников, хотя сексуальная нереализованность способна приводить к ухудшению и соматического, и психического здоровья.

Нерешенность этих, а также многих других проблем способна натолкнуть пожилого человека на мысли о добровольном уходе из жизни. Сестринский персонал должен помнить об этом.

Решение проблемы создания безопасной окружающей среды во многом определяется состоянием пожилого человека, сохранностью основных физио-

логических функций. Но в любом случае при обеспечении безопасности следует напомнить человеку пожилого и старческого возраста и его окружению о необходимости:

- использование одежды, соответствующей погодным условиям;
- обязательного использования ремней безопасности при поездках на автомобиле;
- создание обстановки в доме с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей (приподнятые сидения для ванн унитазов, трости для ходьбы, достаточная освещенность помещений);
- убирать с пути крупные предметы и стелящиеся провода;
- использовать не скользкие напольные покрытия;
- установки противодымных сигнализаторов;
- составления списка телефонов для экстренной помощи и др.;
- всегда перекрывать подачу газа к плите, когда она не используется по назначению;
- контролировать температуру приготовленной пищи, температуру воды для ванны;
- использовать специальные экраны для отопительных батарей;
- хранить предметы бытовой химии и лекарственные вещества в специально отведенных для них местах;
- хранить краски, растворители, технические масла и другие подобные продукты в специальных шкафах;
- оборудовать дверь ванной комнаты замком, который открывается снаружи и т.п.

## Заключение

Таким образом, в ходе написания ВКР были получены следующие выводы:

1. Геронтологический сестринский процесс представляет собой систематизированный подход для организации мероприятий направленных на решение проблем пациента и профилактику заболеваний у пожилых людей.

В качестве основных направлений работы медицинской сестры с геронтологическими пациентами можно отметить:

- оказание помощи в процессе выполнения жизненных потребностей;
- проведение обучения пациента и его родственников;
- защита интересов пациента на всех уровнях обслуживания;
- контроль за выполнением назначений врача;
- контроль эффективности лекарственной терапии.

Главный принцип ухода за пациентом пожилого и старческого возраста – уважать личность больного и воспринимать его таким, какой он есть, с учетом его недостатков, раздражительностью, болтливостью и т.д. Медицинская сестра обязательно должна учитывать тот факт, что недостатки пациента, с которыми он поступил, являются чаще всего проявлениями болезни, а не старости. Для каждого пациента должен быть использован индивидуальный подход, с учетом характера пациента, тяжести заболевания и собственного отношения к болезни и ее симптомам.

2. Качество жизни – это метаконструкция, в структуру которой входят разные аспекты жизни людей. Оценка качества жизни нужна для определения причин и последствий различий в качестве жизни для каждого индивида; определения степени влияния на качество жизни социальными, экологическими и психологическими факторами; для определения потребностей; для определения эффективности медицинских и психосоциальных подходов; для определения эффективности качества работы системы здравоохранения; для проведения ра-

боты по совершенствованию алгоритмов оказания медицинской и психологической помощи.

На сегодняшний день российские специалисты имеют большое количество разнообразных и надежных инструментов для проведения оценки качества жизни людей в пожилом и старческом возрасте: «Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни» (WHOQOL-BREF), опросник SF-36 и опросник EuroQol-5D.

3) В практической части ВКР на примере ГБУЗ НСО «Чистоозерная ЦРБ» была проведена оценка качества жизни и психического здоровья у пациентов старческого и пожилого возраста. Всего в исследовании приняли участие 50 пациентов ГБУЗ НСО «Чистоозерная ЦРБ» в возрасте от 56 до 80 лет. Из них женщин – 20, мужчин – 30.

Для исследования было решено воспользоваться следующими методиками «Опросник SF-36» .

По итогам проведенного опроса о качестве жизни пациентов старческого и пожилого возраста при помощи опросника SF-36 был сделан вывод, что у пациентов старческого и пожилого возраста ГБУЗ НСО «Чистоозерная ЦРБ» выявлено низкое качество жизни и психического здоровья.

Все участники опроса отметили высокую важность качества жизни и здоровья. По итогам исследования были определены значимые, но неудовлетворенные сферы жизнедеятельности пациентов старческого и пожилого возраста, определен уровень их здоровья и качества жизни.. Полученные результаты психодиагностических исследований послужили основой при проведении индивидуальных медико-социально-психологических реабилитационных программ с пожилыми пациентами.

Исходя из полученных результатов, нами были разработаны рекомендации для младшего медицинского персонала (медицинских сестер) по обеспечению качества жизни и психического здоровья у пациентов старческого и пожилого возраста. Данные рекомендации были апробированы на пациентах, про-

шедших первичное тестирование и по окончании лечебного периода (на 20-й день) им было повторно предложено пройти опрос.

4. После повторного проведения опроса по опроснику SF-36 было выявлено, что комплексное медикаментозное и психологическое лечение значительно улучшает не только физический, но и психический, эмоциональный компоненты качества жизни пациентов старческого и пожилого возраста.

Таким образом, полученные результаты свидетельствует об эффективности разработанных нами рекомендаций для медицинских сестер ГБУЗ НСО «Чистоозерная ЦРБ» по обеспечению качества жизни и психического здоровья у пациентов старческого и пожилого возраста.

## Список использованной литературы

1. Аванесьянц Э.М. Психология и сестринский процесс / Э.М. Аванесьянц, Е.Е. рукавишникова. – М.: АНМИ, 2009. – 49 с.
2. Ахунова Э.Р. Состояние здоровья и качество жизни пожилых людей, проживающих в городской местности: автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Э.Р. Ахунова. – Казань, 2014. – 17 с.
3. Борисов Ю.Ю. Курс лекций по сестринскому делу в гериатрии: учебное пособие / Ю.Ю. Борисов. – Краснодар, 2012. – 116 с.
4. Визев К. О некоторых медицинских и социальных проблемах пожилых людей / К. Визев, М. Визева // Вестник Восточно-Сибирской открытой академии. – 2013. – № 10. – С. 2.
5. Геронтопсихология: учебное пособие / Под ред. проф. Г.С. Никифорова. – СПб.: Изд-во Санкт-Петербургского ун-та, 2009. – 391 с.
6. Дворецкий Л.И. Качество жизни пожилого человека / Л.И. Дворецкий // Руководство по геронтологии и гериатрии. – 2009. – С. 154–160.
7. Мелехин А.И. Качество жизни в пожилом и старческом возрасте: проблемные вопросы / А.И. Мелехин // Современная зарубежная психология. – 2016. – №1(5). – С. 53-63.
8. Кувшинова О. А. Проблема старения в современном российском обществе: социально-демографический аспект / О. А. Кувшинова // Вестник Поволжской академии государственной службы. – 2010. – № 1. – С. 139–145.
9. Куликова, Н.Г. Качество жизни населения в старших возрастных группах / Н.Г. Куликова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 1. – С. 12-13.
10. Лапотников В.А. Сестринская оценка проблем больного как методологический компонент повышения качества сестринской помощи / В.А. Лапотников, В.В. Самойленко, И.В Поляков // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и ист. мед. – 2010. – № 5. – С. 32-36.

11. Маругина И.В. Роль медицинской сестры в медико-социальной работе с пожилыми людьми / И.В. Маругина // Сестринское дело. – 2013. – № 4-5. – С. 30-31.
12. Медицинский энциклопедический словарь / В.И. Бородулин, А.В. Бруе-нок, Ю.Я. Венгеров и др. // Под ред. В.И. Бородулина. – М.: Изд.дом «ОНИКС 21 век», 2012. – 704 с.
13. Модель оптимизации лечебно-профилактической помощи лицам пожилого и старческого возраста / А.А. Модестов, О.М. Новиков, А.В. Подкорытов, В.В. Шевченко // Сиб. мед. обозрение. – 2011. – № 1. – С. 55-57.
14. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – СПб.: Издательский дом «Нева». – М.: «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир», 2010. – 320 с.
15. Пушкова Э.С. Медицинская карта гериатрического стационарного больного: быть или не быть? / Э.С. Пушкова, Г.М. Подопригора // Сестринское дело. – 2014. – № 2. – С. 26-29.
16. Подопригора Г.М. Качество жизни пожилых людей и организация их медико-социального обслуживания / Г.М. Подопригора // Медицинская сестра. – 2009. – № 5. – С. 15-16.
17. Руководство по геронтологии / Под ред. академика РАМН В.Н. Шабалина. – М.: Медицина, 2009. – 800 с.
18. Ющук Н.Д. Валидированная русскоязычная версия опросника общего качества жизни ВОЗКЖ-100 / Н.Д. Ющук, И.В. Маев, К.Г. Гуревич. – М.: АН-МИ, 2012. – 31 с.
19. Bowling A. Ageing well. Quality of life in older age. – Maidenhead: Open University Press, 2015. – 283 p.
20. Bowling A., Hankins M. A short measure of quality of life in older age: The performance of the brief Older People's Quality of Life questionnaire (OPQOL-brief) // Archives of Gerontology and Geriatrics. – 2013. – Vol. 56. – № 1. – P. 181–187.

21. Gerino E., Marino E. Quality of Life in the Third Age: A Research on Risk and Protective Factors // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2015. – Vol. 187. – P. 217–222.
22. Global AgeWatch Index 2015 Insight report. – London: HelpAge International, 2015. – 25 p.
23. Fernández-Ballesteros R., Ivars M. Aging and quality of life [Электронный ресурс] // *International Encyclopedia of Rehabilitation* / Eds. J.H. Stone, M. Blouin. 2010. URL: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/296/> (дата обращения: 22.03.2019).
24. Fernandez-Ballesteros R. Quality of Life in Old Age: Problematic Issues // *Applied Research in Quality of Life* March. – 2011. – Vol. 6. – №1. – P. 21-40.
25. Machado F., Nunes P.V. Quality of life and Alzheimer's disease Influence of participation at a rehabilitation center // *Dementia and Neuropsychologia*. – 2009. – № 3. – P. 241–247.
26. Veenhoven R. Apparent Quality of Life: How Long and Happy People Live // *Social Indicators Research*. – 2005. – Vol. 71. – P. 61–86.
27. Wilhelmson K., Andersson C. Elderly people's perspectives on quality of life // *Ageing and Society*. – 2005. – Vol. 25. – № 4. – P. 585–600.
28. WHO. Active aging. – Geneva: World Health Organization, 2002. – 57 p.
29. WHO. Report on Ageing and Health, 2015. – 260 p.
30. Zahava G., Bowling A. Quality of life from the perspectives of older people // *Ageing and Society*. – 2004. – Vol. 24. – № 5. – P. 675–691.

*Компоненты качества жизни в пожилом и старческом возрасте, сводные данные, согласно литературным источникам*

Автор, год	Возрастной период	Компоненты качества жизни
G. Zahava (2004)	61+	Смысл жизни, поддержка семьи и друзей, работа, социальная активность, здоровье, стремление к обучению, состояние жилья, личностный рост
K. Wilhelmson, C. Andersson (2005)	65+	Семья, социальные контакты, здоровье, наличие досуга, материальное состояние
A. Bowling (1995)	65+	Здоровье, отношения в семье и с друзьями, финансы, социальная активность, окружающая среда, религиозные убеждения и верования, работа, образование
R. Fernández-Ballesteros (1993; 1997)	65+	Здоровье, независимость, пенсия/доход, семья, наличие социальных отношений, активность, доступность медицинских и социальных услуг, жилье, удовлетворенность жизнью, возможности для обучения
J.W. Rowe (1997)	70+	Физическое, психическое здоровье, духовное здоровье, активность, социальная принадлежность, досуг, личностный рост
L.P. Fried (2000)	58+	Активность, уважение и достоинство, экономическая независимость, наличие социальных контактов, отсутствие злоупотребления алкоголем, автономия, контроль, независимость, безопасная среда
P.B. Baltes, M.M. Baltes (1994)	65+	Семья, социальная активность, досуг, условия жизни, религия, независимость, финансы, здравоохранение, работа, отношения, счастье
A. Bowling et al. (2002)	65+	Социальные отношения, социальная активность, жилье, безопасность окружающей среды, психологическое благополучие, позитивный прогноз будущего, доход, независимость, контроль над деятельностью

ОПРОСНИК SF-36 (русскоязычная версия, созданная и рекомендованная МЦИКЖ).

Этот опросник содержит вопросы, касающиеся Ваших взглядов на свое здоровье. Предоставленная информация поможет следить за тем, как Вы себя чувствуете, и насколько хорошо справляетесь со своими обычными нагрузками. Ответьте на каждый вопрос, помечая выбранный Вами ответ так, как это указано. Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее всего отражает Ваше мнение.

Ф. и. о.

Дата заполнения \_\_\_\_\_

1. В целом Вы бы оценили состояние Вашего здоровья

(обведите одну цифру)

- Отличное..... 1
- Очень хорошее..... 2
- Хорошее..... 3
- Посредственное..... 4
- Плохое..... 5

2. Как бы Вы в целом оценили свое здоровье *сейчас* по сравнению с тем, что было *год назад*.

(обведите одну цифру)

- Значительно лучше, чем год назад 1
- Несколько лучше, чем год назад..... 2
- Примерно так же, как год назад 3
- Несколько хуже, чем год назад 4
- Гораздо хуже, чем год назад .5

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
А. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятия силовыми видами спорта.	1	2	3
Б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды	1	2	3
В. Поднять или нести сумку с продуктами.	1	2	3

Г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов.	1	2	3
Д. Подняться пешком по лестнице на один пролет.	1	2	3
Е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки.	1	2	3
Ж. Пройти расстояние более одного километра.	1	2	3
З. Пройти расстояние в несколько кварталов.	1	2	3
И. Пройти расстояние в один квартал.	1	2	3
К. Самостоятельно вымыться, одеться.	1	2	3

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего:

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да	Нет
А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемое на работу или другие дела.	1	2
Б. Выполнили меньше, чем хотели.	1	2
В. Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работ или другой деятельности.	1	2
Г. Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий).	1	2

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да	Нет
А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела.	1	2
Б. Выполнили меньше, чем хотели.	1	2
В. Выполнили свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	1	2

6. Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?

(обведите одну цифру)

- Совсем не мешало..... 1
- Немного ..... 2
- Умеренно ..... 3
- Сильно ..... 4
- Очень сильно..... 5

7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?  
(обведите одну цифру)

- Совсем не испытывал(а)..... 1
- Очень слабую..... 2
- Слабую ..... 3
- Умеренную..... 4
- Сильную ..... 5
- Очень сильную..... 6

8. В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома или по дому)?

(обведите одну цифру)

- Совсем не мешала..... 1
- Немного..... 2
- Умеренно ..... 3
- Сильно..... 4
- Очень сильно..... 5

9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям.

(обведите одну цифру)

	Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А. Вы чувствовали себя бодрым (ой)?	1	2	3	4	5	6
Б. Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В. Вы чувствовали себя таким (ой) подавленным (ой) что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г. Вы чувствовали себя спокойным (ой) и умиротворенным (ой)?	1	2	3	4	5	6
Д. Вы чувствовали себя полным (ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е. Вы чувствовали себя упавшим(ой) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Ж. Вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
З. Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6

И. Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6
--------------------------------------	---	---	---	---	---	---

10. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т. п.)? (обведите одну цифру)

- Все время ..... 1  
 Большую часть времени..... 2  
 Иногда..... 3  
 Редко..... 4  
 Ни разу..... 5

11. Насколько **ВЕРНЫМ** или **НЕВЕРНЫМ** представляются по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений? (обведите одну цифру в каждой строке)

	Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном неверно	Определенно неверно
а. Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
б. Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
в. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
г. У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

*Обработка и интерпретация результатов.*

Подсчитывается средний балл всех параметров качества жизни (8 шкал), после чего выявляется уровень качества жизни в целом.

В зависимости от ответа для каждой шкалы выделяется уровень качества жизни:

от 21 до 30 баллов - нормальное качество жизни;

от 11 до 20 баллов - сниженное качество жизни;

от 0 до 10 баллов - низкое качество жизни.