

Медсестринська оцінка стану здоров'я при догляді за людьми похилого віку

Ю. Я. Коцаба, Л. С. Бабінець

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

У статті наведено особливості організації сестринської допомоги особам похилого віку. Наріжним каменем геронтологічного сестринського догляду є комплексне оцінювання стану здоров'я пацієнтів. Відомо, що потреби людей похилого віку в медичному обслуговуванні складні, зумовлені поєднанням вікових змін, хронічних захворювань, спадковості та способу життя.

Під час оцінювання та надання допомоги особам похилого віку до команди охорони здоров'я входять лікарі різних галузей, медичні сестри, соціальні працівники, духівники, провізори, реабілітологи тощо. Кожен член команди робить свій внесок, і медсестра часто може опиратись на знання інших для покращання процесу оцінювання. Вона повинна своєчасно та турботливо забезпечувати сестринську допомогу.

Медичні сестри надають послуги з догляду за людьми похилого віку, тому їм життєво важливо помітити будь-які ознаки зміни психічного та загального стану на основі базового рівня пацієнта. Адже фізичне та соціальне середовище може підтримувати або пригнічувати здібності літньої людини.

Вдосконалення навички комплексної геріатричної оцінки у медсестер є основою ефективного ведення людей похилого віку. Складання і виконання раціонального індивідуального плану догляду за пацієнтом можуть покращити результати підтримки здоров'я, підвищити впевненість медсестринського персоналу. Важливими компонентами комплексної геріатричної оцінки є функціональна і фізична оцінки стану основних органів і систем людини (серцево-судинної, дихальної, нервової, органів чуття, шкіри, сечостатевої та інших).

Комплексна оцінка складається з об'єктивних і суб'єктивних елементів, і те, як інтерпретуються дані оцінки, має велике значення.

Ключові слова: комплексна оцінка стану здоров'я, люди похилого віку, геронтологічний сестринський догляд, медична сестра геронтологічного відділення.

Nursing assessment of health status in the elderly people care

Yu. Ya. Kotsaba, L. S. Babinets

The article presents the peculiarities of the organization of nursing care for the elderly people. The cornerstone of gerontological nursing care is a complex assessment of patients' health. It is known that the medical care needs of the elderly people are composite, caused by a combination of age-related changes, chronic diseases, heredity and lifestyle.

When assessing and providing assistance to older people, the healthcare team includes doctors from various medical disciplines, medical nurses, social workers, confessors, pharmacists, rehabilitation specialists, etc. Each team member contributes, and the nurse can often draw on the knowledge of others to improve the assessment process. She must provide nursing care in a timely and compassionate manner.

Medical nurses provide care for older adults, so it is vital for them to note any signs of change in mental and general status based on the patient's baseline. After all, the physical and social environment can support or suppress the abilities of an older person. Improving medical nurses' skills in comprehensive geriatric assessment is fundamental for the effective management of older people. Drawing up and implementing a rational individual patient care plan can improve health outcomes and increase the confidence of nursing staff. The important components of a comprehensive geriatric assessment are the functional and physical assessments of the condition of the main human organs and systems (cardiovascular, respiratory, nervous, sensory organs, skin, genitourinary system and others).

A comprehensive assessment consists of objective and subjective elements, and how assessment data is interpreted is important.

Keywords: comprehensive health assessment, elderly people, gerontological nursing care, medical nurse of the gerontological department.

Удосконалення навички комплексної геріатричної оцінки у медичних сестер як основа ефективного ведення людей похилого віку є надзвичайно актуальним через світову тенденцію постаріння населення. Складання раціонального індивідуального плану догляду за пацієнтом похилого віку і його виконання можуть покращити результати підтримки здоров'я, підвищити впевненість медсестринського персоналу.

Комплексне обстеження може бути тривалим, і це є проблемою для медсестер, оскільки залежно від стану

здоров'я та рівня енергії літня людина може бути недостатньо здоровою або сильною для розгорнутої фізичної чи вербальної оцінки. Якщо у літньої людини є проблеми з пам'яттю, надійність оцінювання здоров'я на підставі запитань може бути сумнівною. Участь членів сім'ї додає ще один вимір. У літературі стверджується, що коли члени сім'ї усуваються від співпраці, можуть бути недооцінені або переоцінені функціональні здібності, пізнання та соціальне функціонування (Ostbye, Tyas, McDowell, & Koval). Інструменти оцінювання не

завжди визначають джерело інформації, і навіть до-свідчені медсестри іноді надто покладаються на вторинні джерела, такі, як члени сім'ї та опікуни [1, 23].

Не дивлячись на розроблення багатьох настанов з клінічної практики ще не настав той час, коли медсестри отримують перелік «найкращих» інструментів, які можна використовувати для роботи з людьми похилого віку в усіх умовах для певних сфер діяльності [9].

Метою статті є аналіз методик та основних компонентів формування навички медичних сестер щодо проведення комплексної гериатричної оцінки стану пацієнта похилого віку.

Функціональна оцінка. Медсестри зазвичай проводять функціональну оцінку, щоб визначити здатність літньої людини щодо самообслуговування та виконання фізичних навантажень, а також спланувати відповідні сестринські втручання. Існує два підходи. Один підхід полягає в тому, щоб запитати про можливості, а інший підхід полягає у спостереженні за здібностями через оцінку виконання певних завдань.

Обмеження можливостей стосується проблем зі здоров'ям, що впливають на виконання завдань та діяльності, її часто вимірюють, запитуючи про продуктивність повсякденної діяльності (наприклад, вживання їжі та одягання) та інструментальну діяльність у повсякденному житті (наприклад, приготування їжі та хобі) (Verbrugge & Jette). Основа нашого розуміння здібностей, обмежених можливостей, фізичних функцій, повсякденної діяльності та будь-яких контекстуальних факторів походить від роботи, розпочатої Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) понад 40 років тому [4, 25].

Міжнародна класифікація порушень, обмеження життєдіяльності та фізичних недоліків (ICIDH) була вперше опублікована ВООЗ у 1980 р. Намагаючись відійти від хвороби до перспективи здоров'я, ВООЗ внесла зміни у визначення та створила нову Міжнародну класифікацію функціонування, інвалідності та здоров'я (ICIDH-2) у 2001 р. ICIDH-2 використовує термін «інвалідність», щоб відобразити обмеження у діяльності, яка ґрунтується на взаємодії між здоров'ям індивіда (включаючи порушення чи проблеми у функціях чи структурі тіла) та фізичним, соціальним середовищем і ставленням до нього. Термін «інвалідність» було усунуто, замість нього використовується «обмеженні можливості» [26].

Функціональна оцінка повинна, по-перше, підкреслити здатність літньої людини та відповідні сестринські втручання для підтримки та максимально збільшення можливостей; по-друге, вона повинна зосереджуватися на обмежених можливостях літньої людини та відповідних медсестринських втручаннях для компенсації та запобігання подальшому посиленню обмежень. Сестринські втручання, які призводять до надмірних обмежень, не є прийнятними. Наприклад, допомога літній людині в будинку престарілих одягатися вранці, коли ця людина розумово і фізично здатна виконати це завдання, створює надмірні обмеження там, де немає такої потреби [2].

Інструменти для оцінки функціональних здібностей зазвичай стосуються самообслуговування (базо-

ві повсякденні види діяльності), діяльності вищого рівня, необхідної для самостійного життя в суспільстві (інструментальна повсякденна діяльність), або діяльності найвищого рівня (просунуті щоденні дії). Вибираючи або використовуючи інструменти для вимірювання функціональних можливостей, медсестра повинна чітко знати два питання. По-перше, оцінюється продуктивність чи спроможність. Деякі інструменти запитують: «Ти одягаєшся без сторонньої допомоги?», тоді як інші запитують: «Чи можете ви одягатися без сторонньої допомоги?». Запитання про здатність призведе до відповідей, які підкреслюють здатність. По-друге, слід визначити: хто є джерелом інформації про функціональну здатність? Інформація отримана усно від сім'ї чи від людини похилого віку? Чи оцінює медсестра функціональну здатність шляхом безпосереднього спостереження чи покладаючись на спостереження інших? [20].

Повсякденна діяльність (ADL). Оригінальний інструмент ADL був розроблений Кацом та його колегами протягом 8 років у лікарні Бенджаміна Роуза, гериатричній лікарні в Клівленді, штат Огайо, використовуючи спостереження за пацієнтами з переломами стегна та їх виконанням дій під час відновлення (Katz, Ford, Moskowitz). Індекс Каца ADL розрізняв незалежність і залежність у діяльності та створив упорядковані відносини між ADL. Він стосувався потреби в допомозі під час купання, прийому їжі, одягання, транспортування, туалету та стриманості.

Одним із широко використовуваних інструментів ADL є індекс Бартеля (Mahoney & Barthel). Цей індекс був розроблений для вимірювання функціональних рівнів самообслуговування та мобільності. Він оцінює здатність годувати та доглядати за собою, купатися, ходити в туалет, ходити (або рухати інвалідний візок), підніматися сходами та контролювати роботу кишечника та сечового міхура. При використанні індексу Бартеля або будь-якого іншого інструменту оцінки ADL дуже важливо, щоб оцінка була детальною та індивідуальною. Детальна оцінка надасть інформацію для відповідних медсестринських втручань, які спрямовані на підвищення здібностей і запобігання подальшій інвалідності цієї особи [3, 8].

Деякі люди похилого віку, особливо з когнітивними обмеженнями, але з хорошими фізичними здібностями, можуть керувати своїми ADL за допомогою вказівок і підтримки (підказки та нагляд). Уточнена шкала оцінки ADL складається із 14 окремих завдань у 5 вибраних областях ADL (туалет, умивання, догляд, одягання та їжа) (Tarpen). Ця шкала представляє підхід до оцінки ADL, відомий як «сегментація завдання», що означає розбиття активності ADL на менші кроки (Morris & Morris). Наприклад, щоб одягнутися вранці, деяким людям похилого віку з когнітивними обмеженнями знадобиться допомога у виборі одягу, але після того, як ці частини одягу вибрано та розкладено, літній людині може знадобитися обмежена підказка, щоб просунутися в складному завданні одягання. Бек розробив особливо деталізований інструмент оцінки одягу людей з когнітивними обмеженнями [3, 5].

Міра незалежності (FIM). Інструмент FIM оцінює особу від 1 (потребує повної допомоги або не підлягає перевірці) до 7 (повна незалежність) і вважається виключно надійним і дійсним інструментом. Вимірювані категорії включають самообслуговування, контроль над кишечником і сечовим міхуром, переміщення, пересування, спілкування та соціальне пізнання (UDSMR). Це вимірювання виконується під час госпіталізації та виписки і кілька разів між ними для оцінки прогресу в реабілітації.

Інструментальна активність повсякденного життя (IADLs). Інструментальна діяльність у повсякденному житті включає низку видів діяльності, які вважаються більш складними порівняно з ADL і стосуються здатності літньої людини взаємодіяти зі своїм оточенням та спільнотою. Очевидно, що елементи в інструментах оцінювання IADL орієнтовані більше на літніх людей, які живуть у громаді. IADL включає в себе здатність користуватися телефоном, готувати їжу, купувати, прати та прибирати, управляти фінансами, приймати ліки та готувати їжу. У більшості інструментів IADL відсутні дії, які можуть бути більше пов'язані з чоловіками, наприклад ремонт речей у домі чи догляд за присадибною ділянкою [5, 21].

Просунуті повсякденні види діяльності (AADLs). Просунуті повсякденні види діяльності включають роль у суспільстві, сім'ї та громаді, а також участь у професійній та розважальній діяльності. Інструменти оцінювання AADL зазвичай рідше використовуються медсестрами і частіше – ерготерапевтами та працівниками рекреації для вирішення конкретних сфер соціальних завдань. Одним з інструментів, який, здається, поєднує елементи ADL, IADL та AADL, є канадський показник професійної ефективності (COPM), призначений для виявлення змін у самосприйнятті професійної діяльності з часом.

COPM пропонує людям похилого віку визначити повсякденні дії, які їм важко виконувати, проте водночас вони сприймаються як важливі. Інструмент запитує про діяльність щодо самообслуговування (особистий догляд, функціональна мобільність та управління громадою), продуктивність (оплачувана/неоплачувана робота, ведення домашнього господарства та ігри/школа) та дозвілля (тихий відпочинок, активний відпочинок та соціалізація).

Сильна сторона COPM полягає в тому, що він зосереджується на функціональних пріоритетах літньої людини, запитуючи про важливість, щоб можна було адаптувати втручання для посилення цих пріоритетних видів діяльності та підвищення рівня задоволення [1, 6].

Показники фізичної ефективності. Показники фізичної продуктивності передбачають безпосереднє спостереження за діяльністю, як-от спостереження за дорослою людиною, яка готує та їсть їжу, а також включають завдання, пов'язані з рівновагою, ходою та здатністю дотягуватися та нахилитися. Тест фізичної працездатності (PPT) є одним із прикладів інструменту оцінки фізичної працездатності. Версія із семи елементів пропонує людині написати речення, перекласти п'ять бобів квасолі з миски в банку (по одній), одягнути й зняти піджак, підняти монету з підлоги, поверну-

тися на 360° і пройти 50 м. Перевага використання показників фізичної продуктивності пов'язана з потенційним взаємозв'язком між фізичними можливостями та функціональними можливостями [22].

Деякі дослідження свідчать про те, що показники фізичної працездатності надають хорошу інформацію для виявлення людей похилого віку, які можуть ризикувати втратою функціональних здібностей при ADL [2, 22].

Фізична оцінка. Проведення фізичної оцінки літньої людини ґрунтується на технічній компетентності щодо фізичної оцінки, знанні нормальних змін і захворювань, пов'язаних зі старінням, а також на хороших навичках спілкування. Фізичне оцінювання за допомогою «системного» підходу розглядає кожну систему організму шляхом спершу збору анамнезу, а потім проведення фізичного огляду. Фізичне оцінювання відповідно до систем організму зазвичай передбачає підхід бригади медиків, лікаря, зокрема такого спеціаліста, як кардіолог. Медсестри є ключовими членами команди. Вони можуть проводити первинну оцінку або виконувати функції пошуку випадків у громаді та клініках [22, 27].

Оцінка функції кровообігу. Вікові зміни серцевого м'яза і кровоносних судин призводять до загального зниження серцевої діяльності. Ці зміни разом із способом життя, включаючи обмежені фізичні вправи та фізичну активність, збільшують ймовірність того, що літні люди відчуватимуть зниження функції кровообігу. Іншими факторами способу життя, які впливають на функцію кровообігу, є куріння та вживання алкоголю. Кумулятивні наслідки вікових змін, спадковості та способу життя означають, що серед людей похилого віку можуть існувати великі відмінності щодо функції кровообігу.

Крім того, через використання ліків і допоміжних пристроїв, зниження функції кровообігу може мати більший або менший вплив на їхнє повсякденне життя. Хоча захворювання системи кровообігу можуть виникнути в будь-якому віці, ці захворювання пов'язані з людьми старшого віку, і комплексна оцінка включатиме збір анамнезу серця та виконання фізичного огляду. Оцінка повинна включати анамнез, медичний огляд, вимірювання артеріального тиску, прослуховування шумів у грудній клітці та визначення частоти пульсу. Інші протоколи оцінки можуть включати навантажувальний тест, аналізи крові та сироватки, електрокардіограми та інші тести для візуалізації та оцінки стану серця та кровоносних судин. Ці розширені протоколи оцінки зазвичай не проводяться медсестрами, але їхні результати надають більш детальну інформацію про оцінку [18].

Дихальна функція. Літні люди особливо сприйнятливі до респіраторних захворювань, і ознаки інфекції можуть бути не такими очевидними, як в осіб молодого віку. Тому оцінку дихальної функції слід проводити частіше, особливо у людей похилого віку, у яких дихальна функція може бути порушена через захворювання або травму. Літні люди, які мають обмежену рухливість і тривалий час лежать у ліжку, особливо схильні до ризику респіраторних інфекцій і серйозних послідовних ускладнень. Під час оцінювання респіраторної системи слід запитати про поточні лікарські засоби (включаючи призначенні, нетрадиційні та трав'яні засоби) та про-

аналізувати анамнез життя щодо куріння та впливу забруднюючих речовин навколишнього середовища. Фізичне обстеження включає спостереження за поставою та наявністю задухи, а також прослуховування шумів у грудній клітці. Інші протоколи оцінки включають аналізи крові та легеневої функції, рентген грудної клітки та аналіз мокротиння [13].

Оцінка шлунково-кишкової функції. Вікові зміни в шлунково-кишковій системі не є серйозними, тому багато літніх людей можуть їх не помітити. Зміни гладкої мускулатури означають зниження перистальтичної дії та зниження секреції шлункової кислоти, що може вплинути на шлунковий комфорт і апетит. Багато літніх людей турбують закрепи, які зазвичай визначаються як відсутність випорожнення протягом трьох або більше днів. Оцінка функції травного тракту починається із запитання про звичайний раціон літньої людини; апетит і зміни апетиту; поява нудоти, блювання, нетравлення або інших дискомфортних відчуттів у шлунку; проблеми з роботою кишечника. Запитання щодо використання ліків, зокрема рецептурних, гомеопатичних і рослинних, також є стандартними. Діагностичне тестування може включати барієві клізми та рентген, аналіз калу та огляд товстої кишки.

Щоденник прийому їжі за 3–7 днів може проілюструвати харчові звички, які можуть вплинути на закріп. Обмежене споживання свіжих фруктів та овочів і рідини сприяє виникненню закрепу, як і обмежені фізичні вправи та рухливість. Водночас у людей похилого віку відчуття спраги знижене, і споживання рідини може бути недостатнім для підтримки нормальної роботи кишечника.

Оцінка здоров'я порожнини рота – це питання, про яке часто забувають люди похилого віку, тому медсестри повинні регулярно запитувати про методи догляду за порожниною рота, включаючи чищення зубів, використання зубної нитки та регулярні контакти зі стоматологом. Перевірте зубні протези, щоб переконатися, що вони добре підігнані, особливо якщо сталася зміна маси тіла. Особливо схильні до ризику проблем зі здоров'ям ротової порожнини люди похилого віку з обмеженим доходом, які не можуть регулярно контактувати зі стоматологом, а також люди похилого віку у закладах тривалого догляду, які не мають фізичної чи когнітивної здатності підтримувати гігієну порожнини рота [11, 15].

Сечостатева функція. Вікові зміни в сечостатевої системі разом із віковими захворюваннями, такими як цукровий діабет і гіпертонія, можуть мати серйозний вплив на повсякденне життя. М'язи сечового міхура слабшають, а ємність сечового міхура зменшується. Жінки похилого віку частіше відчують нетримання сечі, яке часто пов'язане з пологами в анамнезі або гінекологічними операціями. У літніх чоловіків можуть розвинутися проблеми зі збільшенням простати, що перешкоджає потоку сечі через уретру.

Нетримання сечі часто є нормальною частиною старіння, але коли випадки нетримання відбуваються регулярно, це може призвести до збентеження, проблем зі шкірою та обмеження соціальної активності. Неконтрольоване нетримання сечі є головним фактором у прийнятті рішення про переїзд у будинок для людей похилого віку. Серйозна медична проблема

(хронічна ниркова недостатність) може виникнути як ускладнення вікових захворювань, таких як цукровий діабет і гіпертонія. Це потенційно небезпечна для життя хвороба, яка потребує спеціалізованої допомоги та, зрештою, може означати підтримку ниркового діалізу.

Літні люди, які мають проблеми з нетриманням сечі, можуть обмежити споживання рідини, що матиме наслідки для інших систем організму, включаючи стан шкіри та шлунково-кишкову систему. Медсестра повинна розпитати про споживання рідини, особливо кофеїну та алкоголю (які впливають на тонус сечового міхура), і спостерігати за шкірою щодо зневоднення.

Медсестра повинна розпитати про використання ліків. Діагностичні тести включають аналіз сечі на кров, бактерії та інші компоненти, такі як кетони. Лікар може призначити інші діагностичні тести для оцінки тону та функції м'язів сечового міхура, а також розміру передміхурової залози та потенційних обструкцій [4].

Статева функція. У нашому суспільстві поширені два міфи про те, що літні люди не є сексуально активними та не зацікавлені в сексуальних стосунках. Проте це не так. Кілька факторів, пов'язаних із старінням, дійсно впливають на сексуальну активність, включаючи відсутність партнера (часто через овдовіння), хронічні захворювання та вживання ліків, які можуть негативно вплинути на продуктивність. Під час проведення всебічного оцінювання стану здоров'я літньої людини доцільно запитати про статеву функцію. До вікових змін у чоловіків належать зниження швидкості і тривалості ерекції; у жінок спостерігається зменшення вагінальної змазки.

Здоров'я та соціальні чинники можуть мати великий вплив на сексуальну активність серед людей похилого віку. Двома такими факторами є остеоартрит і зниження позитивної самооцінки через наголос суспільства, що краса – ознака молодого віку.

За останні кілька років фармацевтичні компанії розмістили велику кількість реклами препаратів для лікування еректильної дисфункції, і ці препарати використовують як чоловіки, так і жінки. Реклама націлена на людей середнього та старшого віку, і може бути певна природна цікавість до цих нових ліків. Відповіді на запитання літньої людини про препарати для підвищення ефективності краще всього після консультації з фармацевтом через можливі побічні ефекти та взаємодію з іншими ліками [9, 24].

Неврологічна функція. Нервова система впливає на всі інші системи організму. Зміни, пов'язані з віком, включають зниження часу реакції, проблеми з кінетикою та балансом тіла, а також порушення сну. Вікові захворювання, такі як хвороба Альцгеймера та Паркінсона, а також інші проблеми зі здоров'ям, такі як інсульт, можуть призвести до когнітивних змін, включаючи втрату пам'яті, орієнтації в просторі, а також агнозії, апраксії, дисфагії, афазії та марення.

Деменція – це сукупність захворювань, за яких зміни в клітинах мозку та активності призводять до прогресуючої втрати розумових здібностей. Хвороба Альцгеймера є найпоширенішим захворюванням деменції [10].

Неврологічна оцінка літніх людей включає кілька компонентів. Медсестра повинна розпитати про ліки і

про будь-які медичні діагнози, пов'язані з неврологічною системою, наприклад історію або сімейну історію інсульту. Медсестра повинна спостерігати та розпитувати про попередні та поточні порушення мовлення, виразу обличчя, ковтання, пам'яті, орієнтації, рівня енергії, рівноваги, відчуття та рухових функцій. Інші показники оцінки стосуються виникнення порушень сну, тремору та судом [7].

Функція опорно-рухового апарату. Ущільнення сполучної тканини (зв'язок і сухожилів) та ерозія суглобових поверхонь створюють обмеження рухливості суглобів. Зниження вироблення гормонів сприяє втраті кісткової маси, а здатність до загоєння знижується. Поширені проблеми зі здоров'ям опорно-рухового апарату включають остеоартрит і остеопороз. Особливе занепокоєння викликає ризик падіння та можливість переломів, що супроводжується тривалим знерухомленням та смертю [22, 28].

Медсестра повинна розпитати про історію болю в суглобах, а саме: Які суглоби уражені? Як довго був біль? Що це за біль? Чи заважає це повсякденній діяльності? Чи знімається біль? Якщо так, то як ним керувати? Чи є в анамнезі травми кісток і м'язів? Чи була операція? Чи застосовуєте альтернативні та додаткові методи лікування, такі як акупунктура або лікування травмами?

Спостереження за поставою та ходою може допомогти відповісти на такі запитання: Чи віддає перевагу одній стороні тіла під час ходьби? Чи використовуєте допоміжні пристрої, такі як тростини та ходунки?

Тростини та ходунки повинні відповідати по висоті росту тіла. Спостерігаючи за ходьбою та підняттям зі стільця, слід звернути увагу на мову тіла та вираз обличчя, які вказують на дискомфорт. Слід також звернути увагу на тип взуття та чи забезпечує воно належну підтримку, одночасно сприяючи хорошему кровообігу?

Тест Up and Go Test забезпечує швидку оцінку рухливості та загальної функції літньої людини. Медсестра повинна виміряти відстань 3 м від стільця людини і попросити його або її піднятися, підійти до точки, повернутися, відійти назад і сісти. Середній час для цього становить 10 с, якщо він більше, це може вказувати на проблеми з пересуванням.

Остеопороз спричиняє поступову втрату кісткової маси, кістки стають вразливими до переломів. Остеопороз пов'язаний зі старінням, спадковістю, недостатнім споживанням кальцію, гормональними змінами та малорухливим способом життя. Літні люди з остеопорозом відчують такі симптоми, як хронічний біль у спині, м'язову слабкість, біль у суглобах, втрату росту та зниження рухливості. Якщо необхідно, споживання кальцію можна збільшити за допомогою дієти або добавок. Медсестра повинна запитати про симптоми та чи проводився тест на щільність кісткової тканини; якщо так, то якими були подальші рекомендації? [14, 22].

Сенсорна функція. Зміни сенсорної функції, пов'язані з віком і захворюванням, можуть сильно вплинути на людей похилого віку та їх повсякденне функціонування. З п'яти відчуттів (слуху, зору, нюху,

смаку та дотику) саме зниження зору та слуху найбільше впливає на людей похилого віку. Пресбіопія належить до вікових змін зору. Кришталік ока стає менш еластичним, що створює менш ефективну акомодацию для зору поблизу та вдалину. Пресбіакузис належить до вікової прогресуючої втрати слуху.

Погіршення зору та слуху може вплинути на здатність спілкування з потенційними наслідками для здоров'я, безпеки, повсякденної діяльності, соціалізації та якості життя літніх людей. Інструменти скринінгу зору та слуху бувають двох типів: самооцінка та результативність.

Вікова макулярна дегенерація, погіршення центрального зору є основною причиною серйозної втрати зору у літніх людей. Особи похилого віку повинні проходити регулярні офтальмологічні огляди на предмет змін зору (включаючи утворення катаракти) і перевірку очного тиску (на глаукому). Ці тести на основі ефективності проводяться іншими медичними працівниками – оптометристами та офтальмологами, але медсестри часто відіграють ключову роль, щоб запідозрити проблеми із зором і заохотити людей похилого віку ініціювати та підтримувати регулярні візити до інших медичних працівників для оцінювання змін зору.

Наступні процедури скринінгу є простими тестами для функціонального зору:

- 1) запропонуйте літній людині прочитати газетний заголовок та історію, поспостерігайте за складністю і точністю;
- 2) попросіть підопічного старшого віку прочитати флакон з рецептом і знову поспостерігайте за складністю та точністю.

Важливо відповісти на конкретні запитання, які досліджують проблему зору з точки зору людини: Чи є проблеми із зором? Чи заважає це повсякденній діяльності чи хобі та соціальному життю? Чи є допоміжні засоби збільшення чи збільшений друкований матеріал корисною стратегією? Чи домашнє освітлення сприяє вирішенню проблеми? Чи важче бачити ввечері, ніж в інший час доби?

Втрата слуху є серйозною проблемою для багатьох літніх людей. За даними Бюро перепису населення США, близько 30% людей похилого віку віком від 65 до 74 років і 50% людей віком від 75 до 79 років відчувають певну втрату слуху. Більшість втрат слуху у літніх людей є як асиметричними, так і двосторонніми, а проблеми зі слухом посилюються в шумному середовищі. Втрата слуху, що не пов'язана зі старінням, може бути пов'язана з утворенням сірки, інфекцією, наявністю стороннього тіла або отосклерозом.

Запитання для оцінювання мають стосуватися будь-яких проблем зі слухом і того, як ці проблеми впливають на повсякденне життя літньої людини.

Наступне запитання є корисним для оцінки проблем із вухами та слухом: Чи відчуваєте ви проблеми зі слухом або біль у вухах, дзвін у вухах чи виділення з вуха? Нещодавне дослідження продемонструвало, що запитання: «Чи є у вас зараз проблеми зі слухом?» був ефективним у скринінгу втрати слуху серед людей похилого віку. Запитання для початкової оцінки може бути таким: «Скажіть мені, коли ваша втрата слуху є

для вас найбільшою проблемою?». Медсестра, яка оцінює функцію слуху, може рекомендувати подальше діагностичне обстеження у лікаря-аудіолога.

Для людей похилого віку, які носять слухові апарати, робочий стан цих апаратів часто переоцінюють, тому їх необхідно регулярно аналізувати та контролювати. Нещодавнє дослідження, проведене в спільноті пенсіонерів, продемонструвало, що для більшості тих, хто користується слуховими апаратами, візуальна перевірка вказувала на проблеми зі зламаними або відсутніми компонентами, неправильним налаштуванням гучності та слабкими або розрядженими батарейками. Зазначене вище є особливо вірним для літніх людей, які були відносно залежні від медсестринського догляду.

Інші органи чуття – смак, нюх і дотик. Смак і запах взаємопов'язані, нюх впливає на відчуття смаку їжі. Хоча є деякі вікові зміни (наприклад, зменшення смакових рецепторів), люди похилого віку, які відчувають помітну втрату смаку та нюху, зазвичай мають інші захворювання. Захворювання, особливо ті, що впливають на ніс; побічні дії ліків; дефіцити харчування; погана гігієна порожнини рота; куріння може глибоко впливати на нюх і смак. Оцінки мають загалом запитувати про задоволеність смаком і запахом, тривалість і ступінь проблеми, а також вплив проблеми на повсякденне життя [19].

Оцінка стану шкірних покривів. Шкіра літніх людей більш сприйнятлива до травм та інфекцій і менш стійка до відновлення. Літні люди зі зниженою рухливістю та тривалим перебуванням у ліжку піддаються високому ризику пошкодження та розриву шкіри. Для багатьох літніх людей сухість шкіри та свербіж є двома поширеними явищами. Зволожуючі засоби, такі як емолієнти можуть полегшити більшість незначних захворювань шкіри.

Медсестра повинна запитати про висипання, свербіж, сухість, часту появу синців та будь-які відкриті виразки. Захворювання шкіри можуть бути пов'язані зі станом харчування та масою тіла, і медсестра може співпрацювати з дієтологом, щоб сприяти здоровому харчуванню та відповідній масі тіла. Будь-яка втрата чутливості, особливо в кінцівках, викликає занепокоєння.

Слід спостерігати за шкірою літньої людини на предмет її кольору, зволоженості, кровообігу та цілісності. Споживання рідини може бути меншим, ніж оптимальне і призвести до сильної сухості. Медсестра повинна розпитувати про зміни шкіри, ознаки та симптоми інфекції, звичайний догляд за шкірою та проблеми із загоєнням. Медична сестра також повинна спостерігати за нігтями на руках і ногах на наявність тріщин і розривів [16, 17].

Спілкування з людьми похилого віку. Фізіологічні зміни, пов'язані зі старінням або вторинними хронічними захворюваннями, можуть стати перешкодою для спілкування. Загальні фізіологічні зміни, пов'язані зі старінням, які заважають спілкуванню, включають втрату слуху на високих частотах, втрату зубів, зниження життєвої ємності та зниження артикуляційної моторики. Спілкуванню з іншими можна полегшити, звернувши увагу на основні принципи розмови. У своїй книзі «Встановлення контакту» відомий сімейний терапевт і письменниця В'ірджинія Сатир описує

основні принципи встановлення контакту та спілкування з іншими. Основними принципами є запрошення, організація середовища, максимальне спілкування, максимальне розуміння та виконання.

Запрошення говорить іншій людині, що ви зацікавлені в ній і проводите з нею час. Медичні працівники можуть робити кілька жестів, які демонструють повагу та інтерес до пацієнта як особистості. Це може бути так само просто, як домовитися про час для розмови, а не проводити оцінювання на ходу.

Ще одна приваблива стратегія полягає в тому, щоб привітати особу на ім'я та поставити відкрите запитання без загрози, таким чином залучаючи людину до розмови. Подумайте, чим відрізняється допит від розмови – що приємніше? «Розкажіть мені про себе та про те, що привело вас сьогодні сюди» пропонує людині поділитися інформацією про себе без погроз.

Другий основний принцип полягає в організації середовища, сприятливого для спілкування. Середовище має бути комфортним, забезпечувати приватність і мінімізувати відволікаючі фактори, які можуть бути перешкодою для спілкування, наприклад шум або погане освітлення. Добре розташуватися обличчям до обличчя з опитуваним, щоб полегшити спілкування. Важливо поважати особистий простір і територію, обласшовуючи середовище, сприятливе для спілкування. Коли ви заходите до кімнати літнього пацієнта, прості жести, такі як запит дозволу сісти або пересунути меблі, передають почуття поваги до людини. Якщо особа користується допоміжним обладнанням, таким як інвалідний візок, тростина чи комунікаційний пристрій, попросіть дозволу, перш ніж торкатися цього обладнання. Не менш важливо запитати, де потрібно розмістити предмети, перш ніж вийти з кімнати, щоб сприяти незалежності та забезпечити безпеку.

Ідеальне положення під час спілкування з пацієнтом – це таке, коли відправник і одержувач сидять на відстані 1–2 м один від одного, а стільці розташовані так, щоб забезпечити зоровий контакт. Розмовляючи з людиною в інвалідному візку, не забудьте підтягнути стілець і розташуватися на рівній висоті з людиною. Для пацієнтів із вадами зору перемістіть крісло так, щоб вас було видно в їхньому полі зору.

Третій принцип полягає у застосуванні стратегій спілкування, які максимізують здатність людини зрозуміти повідомлення. Це включає використання мови та термінології, які знайомі пацієнту. Медсестра як відправник зобов'язана використовувати мову, яка відповідає одержувачу. У сфері охорони здоров'я це особливо важливо при навчанні пацієнтів. Якщо особа має труднощі з розумінням державної мови, може знадобитися скористатися послугами перекладача, щоб подати інформацію особі її рідною мовою.

Не менш важливо використовувати в спілкуванні мову, що відповідає віку. Це особливо важливо при спілкуванні з літніми людьми. Виявляйте повагу, звертаючись до пацієнта на його ім'я. Уникайте таких звичних термінів, як «дорогенький», «шановна» або «жіночко», які можуть бути принизливими для людини. Під час первинної бесіди запитайте пацієнта, як він або вона вважає за краще, щоб до нього зверталися, і запишіть

це в плані догляду або медичній карті. Наша мова має демонструвати повагу до людини як дорослої людини.

Періодично просіть одержувача пояснити, що він або вона чує, щоб забезпечити точне тлумачення вашого повідомлення. Помилки виникають, коли ми робимо припущення та не підтверджуємо розуміння. Візьмемо випадок медсестри, яка сказала своєму пацієнту приймати ліки, призначені три рази в день «після кожного прийому їжі». За рекомендацією лікаря пацієнт харчується 5–6 разів на день невеликими порціями. Через кілька днів після виписки пацієнт звернувся за рецептом, і медсестра дізналася, що пацієнт приймає ліки після кожного прийому їжі, таким чином приймаючи мінімум п'ять таблеток на день. Щоб максимально зрозуміти, попросіть людину повторити те, що ви сказали, або сказати вам, що це означає для неї в її житті. Цей простий крок може врятувати життя та уникнути помилок у спілкуванні [7].

Наступний принцип – це максимальне розуміння. Найважливіша навичка для максимального розуміння – навчитися слухати. Адже це дуже важливо для хорошого спілкування. Чути набагато легше, ніж слухати. Слухання вимагає не тільки чути вимовлені слова, а й розуміти значення та контекст, у якому вони вимовляються. Ми повинні бути відкритими та надавати людям можливість поділитися з нами своїми думками. Це означає приділити час спілкуванню та зосередити увагу на людині під час розмови. Зведення до мінімуму факторів, які відволікають, не тільки допомагає людині, з якою ми спілкуємося, але й допомагає нам зберігати зосередженість.

Останній принцип полягає в тому, щоб слідкувати за результатами. Слова, підкріплені діями, допомагають розвивати довіру. Стосунки, побудовані на довірі та турботі про благополуччя інших, мають вирішальне значення для оптимальних результатів для здоров'я. Ці прості прийоми можна застосувати до всіх наших комунікацій [12].

Проблеми у спілкуванні з літніми людьми. Фізіологічні зміни, пов'язані з хронічною хворобою, мають різні прояви. Хоча базові принципи спілкування все ще діють, їх потрібно змінити, щоб подолати бар'єри, пов'язані з обмеженими можливостями людини похилого віку. Когнітивні порушення можуть виникнути

внаслідок метаболічного порушення, інсульту або гормонального / дегенеративного захворювання.

Міні-тест на розумовий стан (MMSE) є надійним скринінговим інструментом для оцінки когнітивних функцій. Особи з когнітивним дефіцитом, вторинним по відношенню до дифузного пошкодження кори, мають ознаки деменції, включаючи зниження концентрації уваги, втрату пам'яті, проблеми з пошуком слів і персеверацію. Ці люди часто мають труднощі з розмовою, і вони залежать від інших, щоб розпочати розмову. Надто часто поза людини та невербальне спілкування передають відчуття незацікавленості, тому співробітники неохоче починають розмову.

На ранніх стадіях захворювання розмова та можливість поділитися спогадами з іншими можуть бути корисними та активними для людини. Регулярна розмова допомагає зорієнтувати людину в повсякденній діяльності та створює структуру, яка сприяє незалежності. Розмова, яка спонукає до роздумів, може допомогти підтримувати розум активним. Так само як фізичні вправи важливі для підтримки фізичних функцій і рухливості, розмовні вправи не менш важливі [7, 10].

ВИСНОВКИ

Вдосконалення навички комплексної гериатричної оцінки у медичних сестер є основою ефективного ведення людей похилого віку. Це надзвичайно актуально через світову тенденцію постаріння населення. Складання і виконання раціонального індивідуального плану догляду за пацієнтом похилого віку можуть покращити результати підтримки здоров'я, підвищити впевненість медсестринського персоналу.

Важливими компонентами комплексної гериатричної оцінки є функціональна і фізична оцінки стану основних органів і систем людини (серцево-судинної, дихальної, нервової, органів чуття, шкіри, сечостатевої та інших). Для цього потрібно розвивати навички правильного емпатичного спілкування з пацієнтами похилого віку з урахуванням особливостей віку, когнітивних можливостей, а також оволодіти засобами оцінки гериатричної оцінки – міжнародних опитувальників, алгоритмів допомоги та динамічного ведення пацієнтів.

Відомості про авторів

Коцаба Юлія Ярославівна – канд. мед. наук, асистент, кафедра вищої медсестринської освіти, догляду за хворими та клінічної імунології, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; тел.: (098) 622-60-92. *E-mail: kotsaba2010@ukr.net*

ORCID: 0000-0003-3313-4008

Бабінець Лілія Степанівна – д-р мед. наук, проф., завідувач, кафедра терапії та сімейної медицини, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; тел.: (067) 352-07-43. *E-mail: lilyababinets@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-0560-1943

Information about authors

Kotsaba Yuliia Ya. – PhD, MD, Assistant of Professor, Department of Higher Nursing Education, Patient Care and Clinical Immunology, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University of Ministry of Health of Ukraine; tel.: (098) 622-60-92. *E-mail: kotsaba2010@ukr.net*

ORCID: 0000-0003-3313-4008

Babinets Liliia S. – MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Therapy and Family Medicine, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University of Ministry Health of Ukraine; tel.: (067) 352-07-43. *E-mail: lilyababinets@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-0560-1943

ПОСИЛАННЯ

1. Charlotte Eliopoulos. Gerontological Nursing. LWW; 10, North American edition. 2021; 576 p.
2. Patricia A. Williams. Basic Geriatric Nursing, 8th edition. Mosby; 2022. 416 p.
3. Meiner SE, Yeager JJ. Gerontologic; 6th edition. Mosby; 2018. 672 p.
4. Mauk KL. Gerontological Nursing: Competencies for Care; 4th edition. Jones & Bartlett Learning; 2017. 1010 p.
5. Aldeen AZ, Courtney DM, Lindquist LA, Dresden SM, Gravenor SJ. Geriatric emergency department innovations: preliminary data for the geriatric nurse liaison model. J Am Geriatr Soc. 2014;62(9):1781-5. doi: 10.1111/jgs.12979.
6. Odette N. Gould, Suzanne Dupuis-Blanchard, Anna MacLennan. Canadian Nursing Students and the Care of Older Patients: How Is Geriatric Nursing Perceived? Journal of Applied Gerontology. 2015; 34 (6): 797-814. <https://doi.org/10.1177/0733464813500585>
7. Jennings LA, Laffan AM, Schlissel AC, Colligan E, Tan Z, Wenger NS, et al. Health Care Utilization and Cost Outcomes of a Comprehensive Dementia Care Program for Medicare Beneficiaries. JAMA Intern Med. 2019;179(2):161-6. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.5579.
8. Sun W, Grabkowski M, Ashtarieh B. The Development of a Deprescribing Competency Framework in Geriatric Nursing Education. West J Nurs Res. 2021;43(11):1043-50. doi: 10.1177/01939459211023805.
9. Lindhardt CL, Beck SH, Ryg J. Nursing care for older patients with pressure ulcers: A qualitative study. Nurs Open. 2020;7(4):1020-5. doi: 10.1002/nop.2474.
10. Hemmy LS, Linskens EJ, Silverman PC, Miller MA, Talley KMC, Taylor BC, et al. Brief Cognitive Tests for Distinguishing Clinical Alzheimer-Type Dementia From Mild Cognitive Impairment or Normal Cognition in Older Adults With Suspected Cognitive Impairment. Ann Intern Med. 2020;172(10):678-87. doi: 10.7326/M19-3889.
11. Tinetti ME, Naik AD, Dindo L, Costello DM, Esterson J, Geda M, et al. Association of Patient Priorities-Aligned Decision-Making With Patient Outcomes and Ambulatory Health Care Burden Among Older Adults With Multiple Chronic Conditions: A Nonrandomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2019;179(12):1688-97. doi: 10.1001/jamainternmed.2019.4235.
12. Haske-Palomino M, Carlson R, Gately L. Elder veteran program: A description of a nurse practitioner-led inpatient geriatric consult model. J Am Assoc Nurse Pract. 2023;35(4):229-34. doi: 10.1097/JXX.0000000000000844.
13. Briggs R, McDonough A, Ellis G, Bennett K, O'Neill D, Robinson D. Comprehensive Geriatric Assessment for community-dwelling, high-risk, frail, older people. Cochrane Database Syst Rev. 2022; 5(5):CD012705. doi: 10.1002/14651858.CD012705.pub2.
14. Yao NA, Ritchie C, Cornwell T, Leff B. Use of Home-Based Medical Care and Disparities. J Am Geriatr Soc. 2018;66(9):1716-10. doi: 10.1111/jgs.15444.
15. Blanquicett C, Cohen JB, Flowers C, Johnson T 2nd. The Role of the Comprehensive Geriatric Assessment in the Evaluation of the Older Cancer Patient [Internet]. Oncology (Williston Park). 2019;(33). Available from: <https://nursekey.com/gerontologic-assessment/>.
16. MedlinePlus [Internet]. Aging changes in body shape. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). Available from: <https://medlineplus.gov/ency/article/003998.htm>.
17. MedlinePlus [Internet]. Aging changes in the heart and blood vessels. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). Available from: <https://medlineplus.gov/ency/article/004014.htm>.
18. MedlinePlus [Internet]. Aging changes in the heart and blood vessels. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). Available from: <https://medlineplus.gov/ency/article/004006.htm>.
19. MedlinePlus [Internet]. Aging changes in the senses. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2022. Available from: <https://medlineplus.gov/ency/article/004013.htm>.
20. Hackman P, Hult M, Häggman-Laitila A. Unfinished nursing care in nursing homes. Geriatric Nursing. 2023;51:33-9. doi: 10.1016/j.gerinurse.2023.02.010.
21. Dys S, Tunali O, Hasworth S, Winfree J, White DL. Person-centered care practices in nursing homes: Staff perceptions and the organizational environment. Geriatr Nurs. 2022;43:188-96. doi: 10.1016/j.gerinurse.2021.11.018.
22. Musich S, Wang SS, Schaeffer JA, Kraemer S, Wicker E, Yeh CS. The association of physical activity with loneliness, social isolation, and selected psychological protective factors among older adults. Geriatr Nurs. 2022;47:87-94. doi: 10.1016/j.gerinurse.2022.07.006.
23. Tkatch R, Musich S, MacLeod S, Kraemer S, Hawkins K, Wicker ER, et al. A qualitative study to examine older adults' perceptions of health: Keys to aging successfully. Geriatr Nurs. 2017;38(6):485-90. doi: 10.1016/j.gerinurse.2017.02.009.
24. Puri S. Epidemiology of Polypharmacy in Geriatric Patients. J Gerontol Geriatr Res. 2021;10:11. doi: 10.35248/2167-7182.21.10.582.
25. Potard C, Landais C. Relationships between frustration intolerance beliefs, cognitive emotion regulation strategies and burnout among geriatric nurses and care assistants. Geriatr Nurs. 2021;42(3):700-07. doi: 10.1016/j.gerinurse.2021.02.018.
26. Pamela Z. Cacchione. Innovative care models across settings: Providing nursing care to older adults. Geriatric Nurs. 2020;41(1):16-20. doi: 10.1016/j.gerinurse.2020.01.011.
27. Gilmartin MJ. Thinking like a geriatric nurse: Integrating the 4Ms and the SPICES model to support age-friendly nursing care for older adults. Geriatric Nurs. 2020;41(5):662-4. doi: 10.1016/j.gerinurse.2020.08.014.
28. Sum G, Nicholas SO, Nai ZL, Ding YY, Tan WS. Health outcomes and implementation barriers and facilitators of comprehensive geriatric assessment in community settings: a systematic integrative review [PROSPERO registration no.: CRD42021229953]. BMC Geriatr. 2022;22(1):379. doi: 10.1186/s12877-022-03024-4.

Стаття надійшла до редакції 17.08.2023. – Дата першого рішення 24.08.2023. – Стаття подана до друку 28.09.2023