دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
استان چهارمحال و بختیاری

موضوع:

مراقبت های پرستاری در بیماران سالمند و بیماران در حال احتضار

زیر نظر واحد آموزش مرکز

تهیه کننده:

شهناز خواجعلی (سرپرستار)

مجید آقایی (سرپرستار)

فرنگیس مسعودی (پرستار)

حمیرا صالحی (پرستار)

فرشته کوهی فایق (پرستار)

بهمن ماه ۹۹

فهرست مطالب

مقدمه 1

وضعیت سلامتی در سالمندان 1

مراقبت پرستاری سالمندان 2

جنبه های جسمی پیری 3

سیستم قلبی عروقی 3

دستگاه تنفس 5

پوست (سیستم پوششی)... 6

دستگاه تولید مثل.. 7

دستگاه ادراری.. 7

دستگاه گوارش 8

سلامت غذایی 9

خواب 10

دستگاه عضلانی اسکلتی... 11

دستگاه عصبی 11

سیستم حسی... 12

بینایی.. 12

شنوایی 13

بویایی و چشایی 13
جنبه های نارماکولوژی در سالمندان 14
کاربردهای پرستاری 14
اختلالات بهداشتی روانی رایج در سالمندان 15
سندروم های سالمندان.. 16
ناتوانی در حرکت.. 16
سرگیجه 17
سقوط و افتادن 17
بی اختیاری ادراری 19
افزایش حساسیت نسبت به عفونت.. 20
تغییر در پاسخ های تب و درد 22
تغییر در اثرات عاطفی بیماری ها 23
سایر جنبه های مراقبت های بهداشتی در سالمندان 23
غفلت و سوء رفتار با سالمندان 23
مراقبت بهداشتی در منزل 24
خدمات آسایشگاهی مخصوص بیماران غیر قابل درمان (هاسپیس)............................ 25
پیر شدن همراه با ناتوانی... 25

مراقبت های پایان عمر 26
تکنولوژی و مراقبت های پایان عمر 26
زمینه های مراقبتی پایان عمر 27
مراقبت های تسکینی 27
مراقبت های پرستاری از بیماران در مرحله ی انتهایی بیماری 28
مراقبت های پرستاری از بیمار مشرف به مرگ 32
مراقبت پس از مرگ 33

مقدمه:

جمعیت دنیا به سرعت در حال پیر شدن است. بررسی های مختلف حامی از تغییر هرم سنی جمعیت جهان است و کشورهای در حال توسعه نیز همانند کشورهای توسعه یافته با پدیده پیری رو به رو هستند به طوری که انتظار می رود که بیشتر کشورهای آسیایی تا سال 2050 حداقل یک چهارم جمعیت 60 ساله و بالاتر داشته باشند. کشور ما ایران نیز از این قاعده مستثنی نمی باشد. به طوری که در سرشماری سال 1395 نرخ رشد جمعیت سالمندان 2/5 برآورد شده است. بنابراین در آینده ای نزدیک ایران نیز با پدیده انفجار سالمندی رو به رو خواهد شد.

گرچه بیشتر سالمندان از سلامتی خوبی برخوردارند. در بررسی ها حدود 20% از سالمندان بالاتر از 65 سال گزارش کردند که دچار ناتوانی مزمن هستند. بیماری مزمن مهم ترین علت معلولیت در سالمندان است. بیماری های قلبی، سرطان و سکته سه عامل عمده مرگ و میر در افراد بالای 65 سال است.

وضعیت سلامتی در سالمندان

اکثر موارد در افراد بالاتر از 65 سال رخ می دهد و بیش از نیمی از این مرگ ها ناشی از بیماری های مزمن است. به هر حال پیشرفت در پیشگیری و تشخیص زودهنگام و درمان بیماری ها اثر قابل ملاحظه ای بر سلامت افراد 65 ساله و بالاتر داشته است.

بسیاری از وضعیت های مزمنی که در افراد سالمند رایج است، قابل کنترل، محدود کردن و پیشگیری است. در صورتی که اشخاص سالمند به حفظ سلامتی و استقلال تشویق شوند و

خدمات و حمایت های اجتماعی در دسترس قرار گیرد، به احتمال بیشتری سلامت و عملکرد مطلوب خود را حفظ می کنند.

مراقبت پرستاری سالمندان

پیری شناسی (Gerontology) یا مطالعه ی علمی فرایند پیری، یک رشته چند تخصصی است که از زیست شناختی، روان شناسی و جامعه شناسی گرفته شده است. مراقبت از سالمندان را نمی توان به یک رشته خاص محدود کرد، بلکه از طریق یک تلاش و همکاری گروهی، مراقبت های بهتری ارائه می شود.

پرستار سالمندان یک پرستار عمومی و یا متخصص می باشد که مراقبت های جامع پرستاری را در چارچوب فرایند پرستاری پایه، شامل بررسی و شناخت، تشخیص، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی همراه با دانش تخصصی پرستاری به کار می گیرد.

هدف پرستاری سالمندان شامل ارتقا و حفظ توانایی عملکردی سالمندان و کمک به آنان برای شناخت و تقویت توانایی هایشان به منظور حفظ حداکثر استقلال است.

مرگ و میر سالانه و میزان مرگ و میر ناشی از 10 عامل مرگ در افراد بالای 65 سال در سال 2000	
رتبه	علت مرگ
1	بیماری های قلبی
2	تومورهای بدخیم شامل تومورهای بافت های لنفاوی و خون ساز
3	بیماری های عروق مغزی
4	بیماری مزمن انسدادی ریه و سایر بیماری های وابسته
5	پنومونی و آنفلوآنزا
6	دیابت قندی
7	بیماری آلزایمر

8	نفریت، سندرم نفروتیک و نفروز
9	تصادف (صدمات غیر عمدی)
10	سپتی سمی

جنبه های جسمی پیری

تغییرات سلولی و خارج سلولی در سنین پیری موجب تغییرات ظاهری جسمانی و افت در فعالیت می شود. شکل و ترکیب بدن دچار تغییر های قابل اندازه گیری می شود. توانایی حفظ هموستاز بدن با پیر شدن سلولی، به صورت فزاینده ای کاهش می یابد و اعضای بدن به دلیل نقایص سلولی و بافتی، قادر به فعالیت کاملاً مؤثر نیستند، توانایی جایگزین کردن سلول ها کاهش یافته و کاهش الاستین و کلاژن در بافت پیوندی، موجب سخت تر شدن و کاهش حالت ارتجاعی آن می شود.

سیستم قلبی عروقی

بیماری قلبی عروقی علت اصلی مرگ و میر در پیری است. نارسایی قلب، مهم ترین علت بستری شدن در بیمارستان در بین سالمندان است. تغییرات ناشی از پیری در قلب، کارایی قلبی را کاهش داده و به کاهش کمپایانس عضله قلب منجر می شود. این تغییرات شامل هپروترونی میرکارد (که موجب تغییر قدرت و فعالیت بطن چپ می شود)، تنگی و فیبروز دریچه های قلب و یا کاهش سلول های پیس میکر است. در نتیجه دریچه های قلب ضخیم تر و سفت تر می شوند و عضلات قلب و عروق حالت ارتجاعی خود را از دست می دهند که به کاهش حجم ضربه ای منجر می شوند، کلسیم و چربی در جدار عروق رسوب کرده، رگ ها به

طور فزاینده ای پیچ و تاب پیدا می کنند و مقاومت عروقی افزایش پیدا می کند که منجر به بار کاری قلب می شود.

در شرایط عادی، سیستم قلب و عروق می تواند با تغییرات ناشی از افزایش سن، تطابق پیدا کند و فرد سالمند متوجه تغییرات قلبی نشود و از کاهش شدید عملکرد قلب خود آگاه نباشد.

بررسی دقیق افراد سالمند ضروری است، زیرا علائم سالمندان غالباً با علائمی که در جوانان مشاهده می شود، متفاوت است. سالمندان بیشتر احتمال دارد که در صورت بیماری قلبی، علائم عصبی یا تنگی نفس داشته باشند یا دچار تغییرات سطح هوشیاری شوند یا علائم مبهمی مانند خستگی، تهوع و سنکوپ نشان دهند. هنگامی که بیمار از علائمی در ارتباط با تنفس و هضم غذا و درد اندام های فوقانی شکایت داشته باشد باید بیماری قلبی مدنظر قرار گیرد. عدم وجود درد قفسه سینه در افراد سالمند، شاخص خوبی برای عدم وجود بیماری قلبی نیست.

افت فشار خون نیز می تواند موضوع نگران کننده ای باشد. خطر افت وضعیتی فشار خون و افت فشار بعد از غذا خوردن، از سن 75 سالگی به بعد به صورت قابل ملاحظه ای می یابد. به بیماری که دچار افت وضعیتی فشار خون می شود باید توصیه کنیم که به آهستگی بلند شود (از وضعیت خوابیده به نشسته و حالت ایستاده)، هنگام اجابت مزاج از زور زدن و فشار اجتناب کند و به جای 3 وعده غذا در روز 5 یا 6 وعده غذای کم حجم مصرف کند تا از افت فشار خون به دنبال صرف غذای حجیم جلوگیری شود. باید از قرار گرفتن در معرض هوای بسیار سرد یا بسیار گرم، از جمله دوش داغ و جکوزی اجتناب کند.

دستگاه تنفس

دستگاه تنفس یکی از سیستم هایی است که بیشترین قابلیت را برای جبران عملکردی ناشی از پیری داراست. به طور کلی فرد سالمند سالم غیر سیگاری افت جزئی در فعالیت تنفسی دارد. به هر حال تفاوت های فردی عمده ای در بین سالمندان وجود دارد. تغییرات ناشی از افزایش سن به تدریج ایجاد شده و فرد سالم می تواند خود را با این تغییرات تطبیق دهد.

کاهش کارایی تنفس و همچنین کاهش میزان حداکثر فشار دمی و بازدمی در اثر کلسیفیکاسیون و ضعف عضلات دیواره قفسه سینه ایجاد می شود. توده بافت ریه کاهش یافته و حجم هوای باقی مانده افزایش پیدا می کند.

موقعیت های استرس زا، مانند بیمار، نیاز به اکسیژن را افزایش داده و بر عملکرد سایر سیستم ها اثر می گذارد. علائم بروز بیماری سیستم تنفسی، مثل بیماری های سیستم قلبی، در سالمندان، خفیف تر از جوانان می باشد و الزاماً الگوی مشخص سرفه، تب و لرز را نشان نمی دهد. سالمندان ممکن است که علایمی مانند سردرد، ضعف، خستگی، بی اشتهایی، دهیدراتاسیون و تغییرات وضعیت هوشیاری را نشان دهند.

سیگار، عمده ترین عامل خطر بیماری های تنفسی و سایر بیماری ها می باشد. بنابراین تمرکز عمده در ارتقای سلامت باید بر ترک سیگار و اجتناب از محیط آلوده به دود سیگار باشد. فعالیت های ارتقای سلامت برای حفظ عملکرد مناسب تنفسی در سالمندان شامل ورزشی منظم، دریافت مایعات به میزان کافی، واکسیناسیون پنوموکوکی، واکسن سالانه آنفلوآنزا و دوری از افراد بیمار می باشد. باید به سالمندان بستری یادآوری شود که مرتباً تنفس عمیق

انجام داده و سرفه کنند، چون ظرفیت ریه ها و کارایی سرفه کاهش یافته و این افراد در معرض عفونت های تنفسی و آتلکتازی قرار دارند.

پوست (سیستم پوششی)

وظیفه پوست شامل محافظت، تنظیم حرارت، حس و دفع است. تغییراتی که در اثر پیری ایجاد می شود، روی ظاهر و عملکرد پوست تأثیر می گذارد. تکثیر سلول های اپیدرم کاهش یافته و درم نازک تر می شود. تعداد رشته های الاستیک کاهش یافته، و کلاژن سخت تر می شود. چربی زیر جلدی به خصوص در انتها ها کاهش می یابد ولی در سایر نواحی مانند شکم (در مردان) و ران (در زنان) افزایش پیدا می کند، که موجب افزایش میزان کلی چربی بدن می شود. کاهش مویرگ ها در پوست منجر به کاهش گردش خون می شود. این تغییرات موجب کاهش حالت ارتجاعی پوست و پیرایش چروک و شلی پوست می شود.

پوست خشک تر شده و نسبت به سوختگی، صدمه و بروز عفونت حساس تر می شود. رنگدانه های مو کاهش یافته و در نتیجه موها تدریجاً خاکستری می شوند. این تغییرات پوستی منجر به کاهش تحمل نسبت به حرارت شدید، تابش آفتاب و برودت شدید می شود.

رفتارهای سبک زندگی اثر عمده ای بر تغییرات پوست دارند. بنابراین تدابیر ارتقای سلامت شامل عدم مصرف سیگار، اجتناب از قرار گرفتن در معرض آفتاب، استفاده از کرم های ضد آفتاب با قدرت حفاظت (SPF) 15 یا بیشتر، استفاده از کرم های چرب کننده حاوی وازلین و یا روغن معدنی، اجتناب از حمام طولانی در وان و مصرف مایعات به اندازه کافی است.

دستگاه تولید مثل

بررسی و برقراری ارتباط در مورد مسائل جنسی مستلزم حساسیت و دانش کافی در زمینه اختلالات جنسی است. در صورتی که اختلالات عملکرد جنسی وجود داشته باشد، باید فرد به متخصص ژینکولوژیست، اورولوژیست یا درمانگر جنسی ارجاع شود.

دستگاه ادراری

دستگاه ادراری سالمندان فعالیت خود را به صورت مناسبی ادامه می دهد، هر چند در اثر کاهش تعداد نفرون ها، اندازه کلیه کوچکتر می شود. به هر حال تا حدود سن 90 سالگی، از بین رفتن نفرون ها قابل توجه نیست و تغییر در فعالیت کلیه در افراد مختلف متفاوت است. در حدود یک سوم سالمندان هیچ تغییر در عملکرد کلیه نشان نمی دهند. بنابراین تغییر در فعالیت کلیه ممکن است به علت ترکیبی از تغییرات پیری و عوامل بیماری زا از قبیل پرفشاری خون باشد. تغییرات شایع در فعالیت کلیه شامل کاهش فیلتراسیون، کاهش فعالیت توبولی همراه با کاهش کارآیی باز جذب و تغلیظ ادرار و آهسته تر شدن پاسخ حفظ تعادل اسید و باز هنگام استرس است. سالمندانی که دارو مصرف می کنند ممکن است به علت کاهش فعالیت کلیه و اختلال در جذب، کاهش توانایی برای حفظ تعادل آب و الکترولیت ها و کاهش قدرت تغلیظ ادرار، دچار عوارض جدی شوند.

حداقل یک نفر از هر 10 نفر سالمند دچار بی اختیاری ادرار می باشد و زنان بیشتر از مردان احتمال دارد دچار بی اختیاری شوند و باید مورد ارزیابی قرار گیرد چون در بیشتر موارد قابل برگشت و درمان است.

هایپر پلازی خوش خیم پروستات (بزرگ شدن غده پروستات) در مردان مسن شایع است. بزرگ شدن پروستات موجب احتباس ادرار و بی اختیاری ناشی از لبریز شدن (Over Flow) مثانه می شود.

تغییرات دستگاه ادراری، حساسیت نسبت به عفونت دستگاه ادراری را افزایش می دهد. مصرف کافی مایعات برای کاهش عفونت های مثانه و بی اختیاری ادرار لازم است.

دستگاه گوارش

متخصصین در مورد دامنه تغییرات ناشی از سن در معده توافق ندارند. به هر حال، به نظر می رسد حرکات معده تا حدی کاهش یافته و موجب تأخیر در تخلیه محتویات معده و احساس سیری زود هنگام (احساس پری در معده) می شود. کاهش ترشح اسید و پپسین که بیشتر ناشی از تغییرات پاتولوژیک است تا پیری طبیعی، موجب کاهش جذب آهن، کلسیم و ویتامین B12 می شود. به نظر می رسد که با بالا رفتن سن، جذب مواد غذایی به ویژه کلسیم و ویتامین D از روده کوچک نیز کاهش می یابد.

فعالیت کبد، کیسه صفرا و پانکراس به طور کلی حفظ می شود، با اینکه در جذب و تحمل چربی نارسایی هایی وجود دارد.

میزان بروز سنگ های کیسه صفرا و مجاری صفراوی نیز با بالا رفتن سن، افزایش می یابد.

بروز اشکال در بلع یا بروز دیس ناژی با افزایش سن بیشتر می شود و یک مشکل عمده سلامتی در سالمندان است. افزایش سن به طور طبیعی برخی جنبه های عمل بلع را مختل می کند که عارضه شایعی در سکته مغزی است و عامل خطر برای پنومونی محسوب می شود.

این حالت ممکن است در اثر اختلال فعالیت های عضلات صاف و مخطط دستگاه گوارش ایجاد شود. آسپیره کردن مواد غذایی و مایعات یا انسداد و خفگی جدی ترین عارضه ای است که در غیاب سرفه می تواند بروز کند.

یبوست در افراد پیر شایع است. علایم بروز یبوست خفیف شامل درد و ناراحتی و نفخ شکم است. یبوست شدید تر موجب سفتی و تراکم مدفوع می شود. عوامل مساعد کننده یبوست شامل عدم مصرف غذاهای حجیم، مصرف طولانی مدت ملین ها، مصرف برخی از داروها، بی توجهی به احساس اضطراری دفع، بی حرکتی، عدم مصرف مایعات کافی و مصرف بیش از حد چربی ها است.

اقداماتی که موجب ارتقای سلامت دستگاه گوارش می شوند عبارتند از: مراقبت از دهان و دندان، مصرف غذا به میزان اندک و دفعات زیاد، اجتناب از فعالیت های سنگین بعد از صرف غذا، مصرف کردن غذای کم چربی و سرشار از فیبر، نوشیدن مایعات کافی، برقراری عادت دفع منظم.

سلامت غذایی

بالا رفتن سن، موجب تغییر نیازهای غذایی می شود. فرد سالمند به دلیل کوچک شدن توده بدنی و زندگی غیر فعالی، به کالری کمتر و مواد مغذی بیشتر و رژیم غذایی سالمی نیاز دارد. توصیه های غذایی شامل کاهش مصرف چربی و دریافت پروتئین، ویتامین ها، مواد معدنی و فیبر کافی برای حفظ سلامتی و پیشگیری از بیماری می باشد. کاهش فعالیت جسمانی و متابولیسم آهسته تر، میزان کالری مورد نیاز برای حفظ وزن متناسب در سالمندان را کاهش می دهد.

تنهایی، بی تفاوتی، بی حرکتی، افسردگی، فقر، دانش ناکافی، فقدان بهداشت و یا سلامت دهان همگی موجب می شوند که افراد سالمند غذای کمتر از میزان مورد نیاز خود مصرف کنند.

ارتقای سلامت شامل تشویق به رژیم غذایی است که سدیم و چربی های اشباع شده آن کم بوده و میزان سبزیجات، میوه و ماهی آن زیاد باشد و نباید بیش از 30% از کالری غذایی از چربی ها تأمین شود. توصیه می شود مصرف نمک نیز کاهش داده شود، زیرا کاهش نمک موجب اصلاح پرفشاری خون در برخی افراد می شود. دریافت پروتئین در سال های آخر بزرگسالی، باید افزایش داده شود تا تعادل مطلوب نیتروژن حفظ شود. کربوهیدرات ها منابع عمده تأمین انرژی هستند و باید 55% تا 60% از کالری دریافتی از کربوهیدرات ها تأمین شود. باید از مصرف قندهای ساده پرهیز شود و مصرف کربوهیدرات ها را تشویق کرد. سیب زمینی، تمام حبوبات، برنج قهوه ای و میوه، مواد معدنی، فیبر و ویتامین های مورد نیاز را تأمین می کنند و باید مصرف این مواد را در سالمند تشویق کنید.

بسیاری از افراد از کمبودهای تغذیه ای خود آگاه نیستند. پرستاران برای شناسایی مشکلات تغذیه ای بیماران در موقعیت مناسبی قرار دارند. پرستاران می توانند در چهارچوب آگاهی بیماران از وضعیت سلامتی شان برای بهبود در رفتارهای بهداشتی آنان کمک کنند.

خواب

اختلال خواب از 50% از افراد بالاتر از 65 سال وجود دارد. افراد سالمند برای به خواب رفتن، زمان بیشتری نیاز دارند، به آسانی و به طور مکرر از خواب بیدار می شوند، مدت زمان کمتری را در خواب عمیق می گذرانند و ممکن است احساس کنند که خواب آنها رضایت بخش نیست.

آپنه خواب (یک اختلال خواب است که با وقفه های کوتاه تنفسی مشخص می شود) با افزایش سن، افزایش پیدا می کند. پرستار می تواند بیمار را به هنگام خواب مشاهده کند و می تواند توصیه هایی در مورد رفتارهای بهداشتی خواب مانند رعایت کردن یا اجتناب از چرت روزانه، اجتناب از مصرف کافئین و سیگار در عصر و .... به فرد ارائه دهد.

دستگاه عضلانی اسکلتی

سلامت سیستم عضلانی اسکلتی برای حفظ تحرک به صورت بی خطر و انجام فعالیتهای روزمره زندگی، فعالیتهای اساسی مراقبتهای شخصی، فعالیتهای سودمند و روزمره زندگی و نیز فعالیتهای لازم برای زندگی مستقل، ضروری می باشد. تغییرات ناشی از افزایش سن که بر توانایی حرکت اثر می گذارد، شامل تغییرات در بازسازی استخوان که منجر به کاهش تراکم استخوان می شود، از بین رفتن توده عضلانی، ضعف رشته های عضلانی و غشای سلول و تحلیل عملکرد و کارایی مفاصل است.

کاهش تراکم بیش از حد استخوان منجر به بروز پوکی استخوان می شود که می تواند منجر به شکستگی هایی در مفصل ران و مهره ها شود که در این صورت زندگی فرد به مخاطره خواهد افتاد، هر چند پوکی استخوان قابل پیشگیری است.

دستگاه عصبی

ساختمان و عملکرد دستگاه عصبی با افزایش سن تغییر پیدا می کند و کوچک شدن فزاینده توده ی مغز، در نتیجه از بین رفتن سلول های عصبی است. علاوه بر این تولید و متابولیسم میانجی های عمده عصبی نیز کاهش پیدا می کند. انتقال تکانه های عصبی کندتر می شود و لذا در سالمندان برای پاسخ و واکنش، زمان بیشتری مورد نیاز است. عملکرد سیستم اعصاب

خودکار نیز آهسته شده و درنتیجه موجب افت وضعیتی فشار خون و احساس سرگیجه در فرد در هنگام تغییر حالت سریع از خوابیده به ایستاده می شود. تغییر سیستم اعصاب بر روی تعادل و ایستادن اثر می گذارد و می تواند موجب اشکال در حرکت بی خطر و ایمنی فرد شود.

سیستم حسی

افراد بوسیله حواس خود با دنیای اطراف ارتباط برقرار می کنند. فقدان توانایی های حسی به دلیل پیری، در تمام اندام های حسی دیده می شود. از دست دادن توانایی حسی برای فردی که قادر به دیدن، خواندن و تماشای تلویزیون نیست می تواند بسیار ناراحت کننده باشد. اشکال شنوایی و مشکلات بینایی در صورت عدم جبران می تواند بر عملکرد و کیفیت زندگی فرد سالمند اثر منفی داشته باشد.

بینایی

تشکیل سلول های جدید در سطح خارجی عدسی چشم، سلول های قدیمی در مرکز تجمع یافته و به شکل کدر، سخت، متراکم و زرد رنگ در می آیند. به این ترتیب فقط قسمت خارجی عدسی دارای ارتجاع کافی برای تغییر شکل(تطابق) و تغییر کانون برای فواصل دور و نزدیک است. وقتی انعطاف پذیری عدسی کم می شود، نقطه مرکز (کانون) برای اشیاء نزدیک، دورتر می شود. این حالت که پیر چشمی نیز نامیده می شود معمولاً در دهه پنجم زندگی شروع می شود. در این حالت باید به هنگام مطالعه از عینک استفاده شود تا اشیاء را بزرگتر کند. علاوه بر این، زردی و کدورت عدسی موجب بخش نور می شود و در نتیجه باعث می شود فرد پیر نسبت به نور های براق و درخشان، حساس شود، توانایی تمایز رنگ سبز از آبی کاهش می یابد. مردمک ها آهسته تر و به طور ناقص گشاد می شوند که ناشی از سختی عضلات

عنبیه است. فرد سالمند هنگام ورود از یک محیط تاریک به محیط روشن و برعکس، نیاز به زمان طولانی تری برای تطابق دید دارد. برای دید نزدیک نیز روشنایی بیشتری مورد نیاز می باشد.

شنوایی

پیر گوشی: کاهش تدریجی درک عصبی و حسی است که از کاهش شنوایی صداهای پر فرکانس شروع و تا افت کلی شنوایی پیشروی می کن. پیر گوشی در اثر تغییرات غیر قابل برگشت در گوش ایجاد می شود. از بین رفتن شنوایی باعث می شود که افراد سالمند در برابر صحبت ها پاسخ نامناسبی بدهند، مکالمات را به اشتباه درک کنند و از تعامل اجتناب کنند. گاهی ممکن است که این رفتارها حمل بر حالت گیجی شوند.

تجمع موم در گوش خارجی یا سایر مشکلات قابل برطرف کردن نیز ممکن است دلیل عمده مشکلات شنوایی باشد. استفاده از سمعک مناسب که بتواند به خوبی روی گوش قرار گیرد، در کاهش نقص شنوایی مؤثر است.

بویایی و چشایی

چهار مزه اصلی شامل شیرینی، ترشی، شوری، و تلخی است. در بین این طعم ها، توانایی تشخیص طعم شیرین، در افراد سالمند کمتر می شود. در نتیجه فرد سالمند ممکن است غذاهای شور و پر ادویه را ترجیح دهد. مواد گیاهی پیاز، سیر و لیمو را می توان برای جایگزین کردن طعم شور در غذاها به افراد سالمند توصیه کرد. تغییرات حس بویایی در رابطه با از بین رفتن سلول ها در مجرای بینی و پیاز بویایی مغز است. عوامل طبیعی مثل موجهه دراز مدت، با سموم (گرد و غبار، گرده ی گیاه، دود) با صدمه سلولی در ارتباط است.

جنبه های نارماکولوژی در سالمندان

به علت اینکه تعداد بیماریهای مزمن در سالمندان بیشتر است، سالمندان بیش از هر گروه سنی دیگر دارو مصرف می کنند. افراد سالمند که 13% از کل جمعیت را تشکیل می دهند، مصرف کننده 25 تا 30 درصد از داروهای نسخه شده و 40% از داروهای بدون نسخه هستند. داروها با تسکین علایم درد و ناراحتی، درمان بیماریهای مزمن و علاج عفونت ها، موجب بهبودی و سلامت افراد سالمند شده اند. به هر حال در اثر مصرف دارو به صورت توام (polypharmacy) . تداخل اثرات داروها و اثرات متعدد داروها و عدم رعایت دوز صحیح، ممکن است مشکلاتی برای سالمند ایجاد شود. به طور متوسط هر سالمند به ویژه افراد بالاتر از 85 سال هر روز بین پنج تا هشت نوع دارو را مصرف می کنند. با افزایش مصرف داروها و نیز تعدد بیماریهای همراه، احتمال تداخل اثر دارو، افزایش خواهد یافت.

داروهایی مانند داروهای بیماریهای روانی و روان گردان، ضد انعقادها و داروهای ضد تشنج برای سالمندان خطرناک هستند داروها می توانند موجب کاهش اشتها و تهوع و استفراغ، تحریک معده، یبوست یا اسهال شده و جذب مواد غذایی را نیز کاهش دهند. علاوه بر این داروها می توانند موجب برهم خوردن تعادل الکترولیت و متابولیسم کربوهیدرات ها و چربی ها شوند.

کاربردهای پرستاری

اصول تجویز دارو برای سالمندان:

«آهسته شروع شده و به آرامی ادامه یابد» و «رژیم دارویی تا حد امکان ساده باشد».

یک بررسی جامع که با تاریخچه دارویی کامل، شامل مصرف الکل، داروهای انرژی زا، داروهای بدون نسخه و نیز داروهای گیاهی شروع می شود. ضروری است. بهتر است از بیمار یا یک فرد مطلع و قابل اعتماد خواسته شود که تمام داروهای مصرفی بیمار را به منظور بازبینی ارائه کنند.

عدم پیروی از دستورات دارویی منجر به بیماری زایی و افزایش قابل توجه مرگ و میر در بین سالمندان می شود.

اختلالات بهداشتی روانی رایج در سالمندان

تغییرات ایجاد شده در توانایی ذهنی، فراموشی بیش از جد و نوسان خلق، جز تغییرات طبیعی پیری نیستند. بنابراین علایم را به تغییرات ناشی از پیری نسبت داد. یک بررسی کامل می تواند وضعیت های قابل درمان جسمی یا روانی را مشخص کند. تغییرات وضعیت روانی می تواند با عوامل متعددی مثل اختلال در آب و الکترولیت ها یا تغذیه، تب یا کمبود اکسیژن در اثر بیماری های قلبی- عروقی و تنفسی مرتبط باشد. در صورتی که علت ایجاد کننده مشخص شود و درمان گردد، تغییرات ذهنی و شناختی نیز برطرف می گردد.

به هر حال میزان بروز دمانس و استعداد ابتلا به افسردگی و دلیریدم در سالمندان افزایش می یابد. افراد سالمند، نسبت به جوانان، کمتر در پی درمان مسائل روانی بر می آیند. بنابراین اعضای گروه های درمانی باید افراد سالمندی را که تغییرات مشهود خلقی یا ذهنی و روانی نشان می دهند شناسایی، بررسی، ارجاع، درمان و حمایت کنند.

سندروم های سالمندان

افراد سالمند به درجات مختلفی با افزایش سن دچار بیماری و مشکلات متعدد می شوند. افت عملکرد جسمی منجر به از بین رفتن استقلال فرد، ضعف فزاینده و استعداد ایتلا به بیماریهای حاد و مزمن می شود. تعدادی از مشکلاتی که به طور معمول سالمندان متحمل می شوند، تحت عنوان نشانگان سالمندی شناخته می شود. این گونه وضعیت ها در طبقه بندی بیماریها به صورت بیماری مجزا نمی گنجند. مثال های نشانگان سالمندی شامل نحیف بودن، دلیریدم، سقوط، بی اختیاری ادرار و زخم فشاری است. هر چند این مشکلات ممکن است به آهستگی آغاز شده و تداوم یابد، ولی آغاز علایم غالباً حاد است.

واژه ی کم بنیگی(frail) برای توصیف سالمندانی که در معرض خطر بالای مشکلات سلامتی قرار دارند به کار می رود. معیارهای رایج شامل کاهش وزن، ضعف، خستگی بیش از حد و کاهش تحمل، کندی و آهستگی فعالیت ها می باشد. اختلال عملکردی، سن بالا، اختلال شناختی و اختلال تحرک، عوامل خطر برای تمام انواع سندرم های سالمندی است. پژوهش ها نشان داده اند که خطر افتادن، بستری شدن در بیمارستان، ناتوانی و مرگ و میر در سالمندان نحیف افزایش می یابد.

ناتوانی در حرکت

علل کاهش تحرک، متعدد و متفاوت هستند. علل شایع عبارتند از: سکته ی مغزی، بیماری پارکینسون، نوروپاتی دیابتی، اختلال قلبی – عروقی، استئوآرتریت، استئوپروز و نقایص حسی. بیماران سالمند باید تشویق شوند تا حد امکان فعال باقی بمانند تا از سراشیبی بی تحرکی نجات پیدا کنند. در هنگام بروز ناخوشی ، استراحت در بستر باید به میزان حداقل باشد.حتی

دوره های کوتاه استراحت در بستر می تواند به سرعت مسیر اضمحلالی طی کرده و منتج به طیف وسیعی از عوارض شود. وقتی نتوان از افتادن در بستر جلوگیری کرد، باید بیمار ورزش های فعال دامنه حرکتی و قدرتی برای اندام های غیر گرفتار را انجام دهد. اندام های گرفتار نیز باید توسط پرستار یا اعضای خانواده، تحت ورزش های انفعالی دامنه حرکت قرار گیرند. تغییر وضعیت مکرر مانع از خطرات بی تحرکی می شود. هم کارکنان و هم افراد خانواده می توانند به حفظ سطح تحرک کمک کنند.

سرگیجه

سالمندان غالباً به علت سرگیجه درخواست کمک می کنند. برای بیماری از افراد، سرگیجه مشکل سازتر می باشد زیرا نمی توانند بین احساس سرگیجه حقیقی (احساس عدم موقعیت یابی در ارتباط با وضعیت بدن) و دوار یا ورتیگو(احساس چرخیدن) افتراق قایل شوند. حتی یک علت جزئی مثل انسداد گوش توسط موم، می تواند منجر به از دست دادن تعادل و سپس سقوط و آسیب دیدگی شود. به دلیل وجود عوامل مستعد کننده فراوان پرستاران باید عوامل بالقوه ی قابل درمان در رابطه با سرگیجه را شناسایی کنند

سقوط و افتادن

صدمات هفتمین عامل مرگ و میر در سالمندان است و افتادن علت اصلی صدمات در سالمندان است که 34% علل مراجعات به اورژانس در مردان و 48% علل مراجعه در زنان 65 سال به بالا را تشکیل می دهد. بین 355 تا 40% از سالمندان مقیم جامعه و 60% از سالمندان ساکن در سرای سالمندان، هر سال دچار سقوط و زمین خوردن شده و حدود نیمی از آنان چند بار دچار افتادن می شوند. با افزایش سن بروز افتادن نیز افزایش پیدا می کند و در افراد

85 ساله و بالاتر در بیشترین حد است و عواقب آن در این گروه از سالمندان بیشتر است. استراتژی های مربوط به پیشگیری از افتادن، که تخمین زده می شود از 30% موارد زمین خوردن پیشگیری می کند، در خدمات بالینی تا حد زیادی نادیده گرفته می شوند.

هرچند اکثر موارد زمین خوردن در سالمندان منجر به صدمه نمی شود، بین 5 تا 10 درصد افرادی که زمین می خورند دچار صدمه شدید می شوند. شایع ترین شکستگی ناشی از سقوط، شکستگی مفصل ران است، که هم به دلیل پوکی استخوان و هم وضعیتی است که موجب زمین خوردن شده است. تعداد زیادی از بزرگسالان مسن که بعد از زمین خوردن دچار شکستگی هیپ می شوند، قادر نیستند توانایی قبل از شکستگی خود را مجدداً به دست بیاورند. به طور کلی زنان سالمند که زمین می خورند بیشتر از مردان دچار صدمه شدیدتر می شوند. افتادن در اثر عوامل متعدد ایجاد می شود. هم عامل خارجی مانند تغییرات محیطی یا روشنایی ناکافی، و هم عوامل داخلی مثل بیماری جسمی، تغییرات سیستم عصبی یا اختلال حسی، در ایجاد سقوط نقش دارند.

مشکلات حرکتی اثر داروها، مشکلات پا و کفش های نامناسب و غیر ایمن و خطرات رفت و آمد، علل قابل درمان افتادن است. مصرف داروهای متعدد، تداخل دارویی و الکل با ایجاد گیجی، کاهش هماهنگی و افت فشار خون وضعیتی موجب تسریع در افتادن می شوند. افتادن با خطرات جسمی و پیامدهای جدی روانی اجتماعی همراه است. در افرادی که دچار افتادن شده اند، حالت ترس و از دست دادن اعتماد به نفس، شایع است.

پرستاران می توانند افراد سالمند و خانواده آنها را برای ایجاد تغییراتی در محیط و شیوه ی زندگی تشویق کنند تا از افتادن پیشگیری شود. روشنایی کافی، با حداقل سایه و نور درخشنده

با استفاده از لامپ هایی کوچک، نور غیر مستقیم، پرده های نازک برای پخش نور مستقیم، سطوح کدر به جای سطوح درخشان و روشنایی در شب فراهم می شود. از رنگ های متضاد و تند برای مشخص کردن لبه های پله ها و نرده ها می تواند استفاده کرد. دستگیره های کنار وان، دوش و توالت مفید هستند. لباسهای گشاد، کفش های نامناسب، فرش غیر هم سطح، اشیای کوچک و حیوانات خانگی خطراتی ایجاد کرده و احتمال افتادن را افزایش می دهند.

در افراد سالمند بستری در مراکز درمانی، محدود کننده های فیزیکی مثل بندها و کمربندها و مواد شیمیایی محدود کننده (مثل داروها) موجب تسریع بسیاری از صدماتی می شوند که به منظور پیشگیری از سقوط و افتادن مورد استفاده قرار گرفته بودند. مرگ و میر و صدماتی که در اثر استفاده از این قید و بندها ثبت شده اند. شامل خفگی، صدمات عروقی و عصبی، زخم های فشاری، بریدگیهای پوستی، شکستگی ها، افزایش حالت گیجی و ضربه ی شدید روحی هستند. مدت زمانی را که برای نظارت بر استفاده از این گونه محدود کننده ها برای سالمندان حذف می شود، می توان به صورت مطلوب تری برای رفع نیازهایی که عدم توجه به آنها باعث برانگیخته شدن رفتارهایی که سالمند بروز داده و موجب کاربرد این وسایل شده اند، صرف کرد. به دلیل آثار منفی و گسترده ی استفاده از محدود کننده ها، سازمان های اعتبار بخشی مراکز نگهداری سالمندان و مراکز درمانی، دستورالعمل های دقیق و سختگیرانه ای برای کاربرد این قید و بندهای محدود کننده ارائه داده است.

بی اختیاری ادراری

بی اختیاری ادراری ممکن است به صورت حاد در جریان یک بیماری رخ دهد و یا ممکن است طی یک دوره چند ساله و به طور مزمن ایجاد شود. بی اختیاری ممکن است از علل نورولوژی

یا ساختار غیر طبیعی ناشی شود. بی اختیاری ادرار با افسردگی و ارزش نفس پایین در ارتباط است و می تواند با ایجاد انزوای اجتماعی و محدودیت فعالیت اجتماعی، کیفیت زندگی بیمار را کاهش دهد.

کف لگن به عنوان یک تکیه گاه برای مثانه، رحم و رکتوم عمل می کند. ممکن است در اثر حاملگی، زایمان، جراحی های قبلی یا مشاغلی که مستلزم ایستادن برای مدت طولانی است، یا بلند کردن اشیاء، کف لگن ضعیف شده باشد. با انجام ورزش کگل می توان نقص عملکرد کف لگن را به میزان زیادی بهبود داد.

داشتن دسترسی به توالت و پوشیدن لباس هایی که به سهولت قابل خارج کردن می باشد، می تواند به پیشگیری از خیس کردن لباس کمک کند. بی اختیاری ادرار از نظر جسمی ناتوان کننده و از نظر روحی بسیار ناراحت کننده است. بیماری که دچار مشکل بی اختیاری است باید به کمک گرفتن از پرسنل پرستاری تشویق شود.

بیش فعالی و اختلال انقباضی عضله دتروسور نوعی از بی اختیاری اضطراری را ایجاد می کند که در جمعیت سالمندان دیده می شود. در این نوع احتلال اضطرار ادراری بیمار هیچ علامت آگاه کننده ای در مورد اینکه در حال دفع ادرار است دریافت نمی کند و لازم است پرسنل پرستاری با این نوع بی اختیاری آشنا باشند و بیمار را مورد سرزنش قرار ندهند.

افزایش حساسیت نسبت به عفونت

بیماری های عفونی، تهدید عمده ای از نظر بیماری زایی و مرگ و میر در سالمندان هستند. این امر تا حدودی به علت کند شدن پاسخ های دفاعی میزبان در ایمین سلولی و نیز ایمنی هومورال می باشد. علاوه براین فقدان ذخیره فیزیولوژیک در اثر افزایش یافتن سن و

بیماریهای مزمن، به افزایش حساسیت در مقابل عفونت منجر می شود. پنومونی و عفونت های دستگاه ادراری، سل(TB)، عفونت های دستگاه گوارش و پوستی، تعدادی از عفونت های رایج در سالمندان هستند.

واکسن آنفلوآنزا و پنوموکوک، خطر بستری شدن و مرگ در سالمندان را کاهش می دهد. واکسن آنفلوآنزا به طور سالانه تولید می شود تا با ویژگی های ایمنولوژیک ویروس های آنفلوآنزا در همان زمان تطابق داشته باشد و باید سالانه در فصل پائیز تزریق شود. واکسن پنوموکوکی دارای 23 پلی ساکارید مخصوص است و باید هر 5 سال یکبار تزریق شود. می توان هر دو نوع واکسن را به صورت همزمان و در محل های جداگانه تزریق کرد.

سل نیز تعداد قابل ملاحظه ای از سالمندان را مبتلا می کند. بعد از مبتلایان به ایدز، موارد ابتلا به سل در سن افراد 65 سال به بالای جمعیت، در بالاترین حد است. بالاترین موارد ابتلا به سل در بین سالمندان بستری در مراکز مراقبت های پرستاری مشاهده می شود. تعداد زیادی از موارد ابتلا مربوط به فعال شدن یک عفونت قبلی است. سل ریوی و خارج ریوی غالباً دارای علایم غیر مشخص و گول زننده است. این امر در مرکز مراقبت های پرستاری باید مورد توجه باشد زیرا موارد فعال سل، سایر بیماران و کارکنان را در معرض خطر عفونت قرار می دهد.

دستورالعمل های مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها توصیه کرده که تمامی موارد پذیرش جدید در مرکز مراقبت پرستاری تحت آزمایش مانتو (PPD) قرار گیرند، مگر اینکه سابقه TB قبلی و پاسخ مثبت وجود داشته باشد. تمام بیمارانی که آزمون آنها منفی باشد(مثبت= سفتی بیش از 10 میلی متر طی 48 تا 72 ساعت پس از تزریق) باید بین 1 تا 2 هفته بعد

مجدداً آزمایش شوند. پرتونگاری قفسه سینه و احتمالاً آزمایش خلط باید برای پاسخ مثبت PPD و افرادی که بعداً آزمون آنها مثبت شده است، به منظور پیگیری انجام شود. یک دوره درمان پیشگیرانه به مدت 6 تا 9 ماه با ایزو نیازید در مورد افرادی که تست آنها بعداً مثبت شده، خطر فعال شدن بیماری را کاهش می دهد. کلیه ی موارد منفی باید به صورت دوره ای مجدداً آزمون شوند.

تغییر در پاسخ های تب و درد

در سالمندان، تغییرات ناشی از افزایش سن موجب تغیر بسیاری از پاسخ های جسمی، احساسی و سیستمی نسبت به بیماری می شود. به علت کم شدن دقت لمس، اختلال در مسیرهای عصبی و کاهش فرایند انتقال و تفسیر اطلاعات حسی، پاسخ به درد ممکن است در سالمندان کاهش یافته باشد. بسیاری از سالمندان که به انفارکتوس میوکارد دچار شده اند، درد قفسه سینه نداشته اند. وضعیت های حاد شکم غالباً به دلیل فقدان درد در مورد سالمندان تشخیص داده نمی شود.

درجه حرارت پایه بدن سالمندان حدود 1 درجه فارنهایت پایین تر از جوانان است. بنابراین در صورت بروز بیماری غالباً درجه حرارت به حدی که «تب» تلقی شود بالا نمی رود. درجه حرارت 37/8 در جه سانتی گراد(100 درجه فارنهایت) همراه با علایم عمومی می تواند نشان دهنده عفونت باشد. درجه حرارت 37/3 درجه سانتی گراد (101 درجه فارنهایت) تقریباً به طور قطعی نشان دهنده عفونتی است که نیازمند رسیدگی دقیق است. در صورت وجود عفونت، تب خفیف اکثراً پیش آگهی بدی دارد. درجه حرارت در سالمندان بندرت بالاتر از 39/5 درجه سانتی گراد (103 درجه فارنهایت) می رود. پرستار باید نسبت به علایم گول

زننده عفونت هوشیار باشد، مثل گیجی، اغتشاش ذهنی، افزایش تنفس، تاکی کاردیف تغییر رنگ در پوست.

تغییر در اثرات عاطفی بیماری ها

وجود یک بیماری که مستلزم بستری شدن در بیمارستان یا تغییر در زندگی باشد، تهدید قطعی برای حالت سلامتی و خوب بودن محسوب می شود. اغلب افراد سالمند از پذیرش و بستری شدن در بیمارستان ها هراس دارند و به طور فعال از آن اجتناب می کنند. سالمندانی که در بیمارستان بستری می شوند، در معرض خطر بالای گیجی، از دست دادن حس جهت یابی، تغییر در سطح هوشیاری و سایر علائم الیریوم قرار دارند. بستری شدن در بیمارستان موجب بروز ترس و هراس در بیماران سالمند می شود. نگرانی های اقتصادی و ترس از تحمیل به خانواده اغلب اضطراب شدیدی را در سالمندان ایجاد می کند.

سالمندان باید به حفظ استقلال و عدم وابستگی در تصمیم گیری تشویق شوند. رفتار مثبت و مطمئن پرستار خانواده، موجب تقویت یک چشم انداز ذهنی مثبت در فر سالمند می شود.

سایر جنبه های مراقبت های بهداشتی در سالمندان

غفلت و سوء رفتار با سالمندان

سالمندان ساکن در جامعه و مؤسسات نگهداری در معرض خطر غفلت و سوء رفتار قرار دارند. به دلیل تعاریف متفاوت و استفاده از واژه های مختلف و گزارش ناکافی، تصویر روشنی از میزان بروز و شیوع سوء رفتار در سالمندان وجود ندارد.

علاوه بر این، یکی از موانع عمده برای درک کامل سوء رفتار نسبت به سالمندان، این است که اغلب اشخاص حرفه ای در تمام حرفه ها از جمله برای تشخیص و گزارش این نوع از سوء رفتار، هم قربانیان سوء رفتار و هم افرادی که مرتکب سوء رفتار می شوند، تمایلی برای گزارش آن ندارند و به نظر می رسد متخصصان بالینی نیز از گستردگی مسائل بی اطلاع باشند.

غفلت رایج ترین نوع سوء رفتار می باشد. سایر انواع سوء رفتار شامل سوء رفتار جسمی، عاطفی، جنسی و مالی است. پرستاران باید در مورد غفلت یا سوء رفتار احتمالی نسبت به سالمندان هوشیار باشند. ضمن کسب تاریخچه بهداشتی و طی یک مصاحبه خصوصی، پرستار باید از فرد سالمند در مورد سوء رفتار سوال کند.

مراقبت بهداشتی در منزل

استفاده از خدمات مراقبت در منزل و مراکز نگهداری و مراقبت های ماهرانه پرستاری، با افزایش سن به طور چشمگیری افزایش می یابد. مراقبت در منزل، بیمار، اعضای خانواده و مراقبت دهنده را درگیر می کند. پرستار مراقبت در منزل پرستار عمومی ماهری است که در رویکرد مراقبتی خود کل نگر می باشد. علاوه بر ارائه مراقبت های ماهرانه پرستاری، پرستاران مراقبت در منزل، به نیاز های خانواده و تأثیرات محیط و جامعه بر وضعیت بیمار نیز توجه کرده و حیطه های همکاری و ارجاع بیمار را شناسایی می کنند. مؤسسات مراقبت در منزل خدمات مختلفی ارائه می کنند از جمله پرستاری ماهرانه، فیزیوتراپی، کار درمانی، گفتار درمانی، کمک های بهداشتی و خدمات خانه داری. امکان مشاوره با متخصص تغذیه، دیابت، قلب و مراقبت از زخم نیز فراهم می باشد.

با کاهش مدت بستری در بیمارستان، سطح خدمات در منزل بالاتر رفته و درمان و مراقبت هایی که مستلزم «تکنولوژی پیچیده» هستند، مانند انفوزیون و تزریقات وریدی، در منزل ارائه می شود. هدف اصلی، ارتقای حد اعلای سلامت و عملکرد مستقل در منزل، هم برای فرد و هم برای خانواده است.

خدمات آسایشگاهی مخصوص بیماران غیر قابل درمان (هاسپیس)

خدمات هاسپیس، برنامه های حمایتی و مراقبت تسکینی برای بیماران مشرف به مرگ و خانواده های آنان است و شامل مراقبت های جسمی، روانی، اجتماعی و یا معنوی می شود. در اکثر موارد انتظار نمی رود که بیماران بیشتر از 6 ماه زنده بمانند. هدف از مراقبت های هاسپیس، بهبود کیفیت زندگی با توجه به درمان و کنترل علائم، کنترل درد و حمایت روحی است.

پیر شدن همراه با ناتوانی

با افزایش امید به زندگی افراد دچار تمام انواع ناتوانی های جسمی، شناختی و ذهنی، آنان باید هم با تغییرات طبعی همراه با پیری و هم با ناتوانی موجود خودشان کنار بیایند. در مورد افرادی که دچار اختلالاتی از قبیل فلج اطفال، مولتیپل اسکروزیس یا فلج مغزی هستند، پیری ممکن است موجب افزایش ناتوانی شود. علاوه بر این، بسیاری از افراد دچار ناتوانی در مورد اینکه در هنگام پیری چه اتفاقی برایشان خواهد افتاد و آیا هنگام نیاز، کمک هایی در اختیار خواهند داشت، به شدت نگران هستند.

امروزه کودکانی که با ناتوانی های جسمی و یا ذهنی متولد می شوند و نیز آنانی که در اوایل زندگی خود دچار ناتوانی های اکتسابی می شوند، تا میانسالی و یا پیری عمر می کنند. غالباً مراقبت از این کودکان توسط خانواده ها و عمدتاً والدین انجام می شود. وقتی که والدین پیر می شوند و دیگر قادر به مراقبت از کودکان ناتوان خود نیستند، در پی درخواست کمک برای مراقبت بلند مدت و روش های جایگزین مراقبت برمی آیند. در حال حاضر خدمات معدودی برای حمایت از خانواده و انتقال مسئولیت های مراقبت از والدین به مراقبین دیگر در دسترس است.

مراقبت های پایان عمر

پرستاری و مراقبت های هنگام مرگ

پرستاران می توانند بر نحوه زندگی فرد تا زمان فرا رسیدن مرگ، آداب و رسوم مربوط به رخداد مرگ و نیز خاطرات پایانی خانواده از مرگ، آخرین و مهم ترین اثرات را داشته باشند. احتمالاً هیچ زمینه و شرایط مراقبتی وجود ندارد که در آن توجه به پاسخ های انسان به اندازه موقعی که از بیمار مشرف به مرگ مراقبت می شود، اهمیت داشته باشد.

آگاهی از اصول مراقبت های پایان عمل و پاسخ های بیمار و خانواده نسبت به بیماری برای حمایت از اهداف و ارزش های آنها ضروری است.

تکنولوژی و مراقبت های پایان عمر

در قرن بیستم، بیماری های مزمن و استماله ای به جای بیماری های مسری، علل اصلی مرگ و میر بودند.

با اینکه انکار وخامت مرحله انتهایی بیماری از طرف عده ای از بیماران و خانواده هایشان، از موانع بحث پیرامون انتخاب روش های درمانی پایان عمر است، با این حال، انکار یکی از مکانیسم های سازگاری مفید است که باعث می شود بیمار از نظر روحی به صورت موقت از مسائلی که فکر کردن به آن ها بیش از اندازه دردناک می باشد، کاملاً منحرف شود.

البته اگر بیماران و خانواده شان تشخیص را نپذیرند و نخواهند چیزی درباره ی گزینه های انتخابی درمان بشنوند، در آن صورت انکار، از موانع مراقبت محسوب خواهد شد. پرستاران موظفند بیماران را بدون توجه به سطح انکارشان بپذیرند و با سایر پرسنل مراقبت بهداشتی همکاری نمایند تا مراقبت لازم انجام شود.

این سوال که چطور باید حقیقت به بیمارن گفته شود و آن ها به حفظ استقلال تشویق شوند تا بدانند که به چه مرحله ای از پذیرش رسیده اند، به شکل یک چالش باقی است. علی رغم بی میلی پرسنل بهداشتی جهت بحث باز در مورد موضوعات پایانی صدمه نخواهد دید. با این که انجام بحث های حساس نیاز به تجربه و تمرین و زمان دارد، ولی بیان حقیقت می تواند باعث تسکین بیماران و خانواده ها و افزایش استقلالشان گردد، زیرا ارائه اطلاعات درست، پایه ای برای تصمیم گیری رضایت بخش خواهد بود.

زمینه های مراقبتی پایان عمر

مراقبت های تسکینی

مراقبت های تسکینی یک رویکرد مراقبتی در بیمارهای خطرناک هستند که از دیرباز، این مراقبت بخشی از مراقبت های سرطان بوده است. اخیراً مراقبت های تسکینی به طور فزاینده ای، در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن غیرسرطانی به کار می رود تا با رسیدگی جامع به

علائم و حمایت روحی، روانی اجتماعی و معنوی، کیفیت زندگی بیمار و خانواده اش را بهبود بخشد. مراقبت های تسکینی تأکید می کنند که علاوه بر کنترل کردن درد و سایر علائم فیزیولوژیک بیمار، باید مشکلات روانی- اجتماعی و معنوی بیمار نیز اداره شود.

بیماران وخیم و دردمند نیاز به تسکین درد و نشانه ها و خانواده هایشان نیاز به اطلاعات و حمایت دارند. هر چند که در چند ساله ی اخیر قواعد و اصولی برای بهبود وضعیت مراقبتی بیماران وخیم و در حال مرگ تدوین شده، برای مثال: در استانداردهای سال 2001-2000 درد به عنوان « پنجمین علائم حیاتی» مثبت شد تا اطمینان حاصل شود که هر روز درد بیماران بررسی می شود.

واضح است که بسیاری از بیماران در مرحله پایان عمر یا به میل خود در بیمارستان مراقبت می شوند و یا ناخواسته و به غفلت، خود را در بیمارستان خواهند یافت. بیمارستان ها به طور فزاینده ای سیستم های بررسی گسترده مراقبت های پایان عمر را هدایت می کنند و در پی توسعه نو آوری ها در مدل های مراقبتی با کیفیت بالا و بیمار محور در پایان عمر هستند.

قابل ذکر می باشد که بیمارستان ها موانع مالی قابل توجهی برای ارائه درمان های تسکینی با کیفیت های بالا در زمینه های درمانی حاد دارند.

مراقبت های پرستاری از بیماران در مرحله ی انتهایی بیماری

بسیاری از بیماران مبتلا به بیماری های خطرناک که توجه کافی به علائم بیماری شان نمی شود. به طور غیرضروری در رنج و عذاب هستند. ارزیابی دقیق بیمار بنا به فقط شامل مشکلات جسمی وی باشد، بلکه باید ابعاد روانی اجتماعی و معنوی تجربه بیمار و خانواده اش از بیماری خطرناک را نیز شامل شود. این رویکرد به توجهات جامع و درک چگونگی تأثیر پذیری بیمار و

خانواده از فرآیند بیماری نیاز دارد که به مراقبت های پرستاری گسترده در تمامی ابعاد منتهی می شود.

پرستاران، مسئول آموزش بیمار در مورد بیماریشان و نیز حمایت آنها در زمان سازگاری با بیماریشان هستند. پرستاران می توانند با مرور کردن زندگی بیماران، توضیح ارزش ها، تصمیم گیری های درمانی و مذاکرات پایان عمر، بیماران را آموزش دهند و بیمار و خانواده وی را یاری کنند.

پرستاران باید هم از نظر فرهنگی، آگاهی کافی در مورد نحوه برقراری ارتباط با بیماران و خانواده هایشان را در مورد مرگ دارا باشند و هم در این زمینه دقیق و حساس باشند. باورها و عقاید در مورد بحث باز در مورد مذاکرات مرحله پایانی عمر به صورت گسترده در فرهنگ های مختلف، متفاوت است و مطرح کردن مستقیم این مسائل با بیمار ممکن است مضر باشد. برای فراهم کردن مراقبت مؤثر بیمار و خانواده محور در مرحله پایانی عمر، پرستاران باید پیش فرض های شخصی خویش را کنار بگذارند تا بتوانند کشف کنند که هر بیمار و خانواده اش با توجه به مجموعه عقاید و باورهای خاص خود، چه مقدار و چه نوع مذاکراتی را نیاز دارد.

علی رغم اینکه گام های مؤثر زیادی برای طولانی کردن عمر برداشته شده است، ولی توجه به مراقبت از بیمار در حال مرگ همچنان عقب مانده است.

لازم است که پرستاران توانایی ها و مهارت های خود را در بررسی پاسخ های فرد و خانواده در مقابله با بیماری های خطرناک و طرح مراقبتی، توسعه دهنده تا بتوانند در کل فرآیند مراقبتی، از ارزش ها و خواست ها بیمار حمایت کنند. در تمامی مراحل بیماری خطرناک، بیمار و خانواده ممکن است با تصمیمات پیچیده درمانی مواجه شوند، اخبار بدی را درباره

پیشرفت بیماری دریافت کنند و با رفتارهای عاطفی تکراری روبرو شوند. آنها ممکن است در لحظات شناسایی تشخیص ها، هنگام فقدان پاسخ به درمان، یا هنگامی که تصمیم به استفاده از مراقبت های آسایشگاهی لازم است، با تصمیمات سختی رو به رو شوند. این وضعیت های بحرانی نیاز به صبر، همدردی و صداقت مداوم پرستاران دارند.

بحث در مورد موضوعات حساس مانند بیماری های خطرناک، امید به بقا و ترس همراه با مرگ، هرگز آسان نبوده، با این حال هر ارتباط درمانی قابل آموختن است. برقراری ارتباط با هر بیمار و خانواده اش باید متناسب با سطح فهم و ارزش های آن ها باشد. پرستاران باید قبل از افشای اطلاعات پزشکی بیمار به هر یک از افراد خانواده، سیاست های محیط کار و رضایت بیمار را مطابق مصوبات بیمه و قوانین پاسخ گویی بدانند.

اقدامات پرستاری وقتی که بیمار و خانواده اش اخبار بد را دریافت می کنند

هرگونه صحبت درباره بیماری های تهدید کننده حیات یا درباره بیماری های پیشرفته، به همکاری تیمی رشته های مختلف علمی مثل پزشک پرستار و مددکار اجتماعی وابسته است و باید یک روحانی هم در دسترس باشد تا هرجایی که ممکن و لازم بود، اطلاعات در اختیار بیمار قرار گیرد، بحث شود و نگرانی های بیمار پوشش داده شود. آن چه بسیار مهم است، حضور همیشگی و به موقع تیم مراقبتی و احترام گذاشتن به بیمار و خانواده اش می باشد. به وجود آوردن زمان و زمینه ی مناسب هم اهمیت بخصوصی دارد.

اگر بیمار درخواست دیدار و گفتگو با یکی از اعضای خانواده را داد، باید ترتیبی را اتخاذ نمود که در بهترین زمان مناسب برای بیمار در خانواده و در محیط آرام و بدون مزاحمت این ملاقات انجام گیرد. باید تمام پرسنل بالینی حاضر در بحث، بلندگو، تلفن و هر وسیله ارتباطی

دیگر را در فاصله زمانی ملاقات خاموش کنند و به بیمار و خانواده اش فرصت شنیدن و واکنش به اخبار را بدهند.

پس از بحث اولیه در مورد ماهیت تهدید کننده ی بیماری یا پیشرفت آن، بیمار و خانواده احتمالاً سوالات فراوانی دارند که باید به درستی و با اطلاعت حقیقی به آن ها پاسخ داد. مهم ترین مداخله ای که پرستار می تواند انجام دهد، گوش کردن توام با همدردی است. بیمار مبتلا به بیماری خطرناک و خانواده اش نیاز به زمان و حمایت دارند تا بتوانند با تغییرات ناشی از بیماری خطرناک و مرگ قریب الوقوع و آنی کنار بیایند و سازگار شوند. پرستاری که قادر است بدون قضاوت و بدون اینکه فکر کند نیازی به حل مشکلات بیمار و خانواده اش هست، به حرف های آن ها گوش کند، مداخله فوق العاده ای را برای بیمار فراهم کرده است.

اغلب بیماران قبل از اینکه جزئیات تشخیص و پیشرفت بیماری شان را از ظرف پزشک یا سایر افراد تیم مراقبتی بپرسند، نگرانی ها و سوالات خود را با پرستاران در میان می گذارند. استفاده از سوالات باز پاسخ، باعث می شود که پرستار نگرانی های بیمار و خانواده اش را استخراج کند، برداشت های اشتباه و نیازهای آگاهی آن ها را کشف نماید و پایه های همکاری پزشک و سایر اعضای تیم مراقبتی را شکل می دهد.

هر زمان و هر مکانی که امکانش هست باید به سوالات و نگرانی های بیمار پاسخ گفت، حتی هنگامی که پرستار کمترین تسهیلات زمانی را دارد، فراهم کردن یک فرصت پنج دقیقه ای بی وقفه برای کشف منبع نگرانی، تسکین اضطراب و طراحی برنامه پیگیری، کافی است.

اقدامات پرستاری برای ایجاد امید و حمایت آن شامل موارد زیر است:

گوش دادن با توجه

تشویق بیمار به بیان احساسات

فراهم کردن اطلاعات صحیح

کمک به بیمار در کشف راه هایی برای معنی دار کردن زندگی اش

تشویق اهداف واقع گرایانه

تسهیل ارتباط مؤثر در خانواده

فراهم کردن منبع ارجاعی برای مشاوره روحی- معنوی

کمک به توسعه حمایت در منزل و یا اجتماع

مراقبت های پرستاری از بیمار مشرف به مرگ

مراقبت از بیمار مشرف به مرگ یا در حال مرگ، یکی از با ارزش ترین کارهایی است که یک پرستار می تواند انجام دهد. بیمار و خانواده اش به شدت از ناشناخته ها وحشت زده می باشند و در رویارویی با مرگ ممکن است نگرانی های جدید یا ترس های قدیم آن ها عود کند. افراد حرفه ای می توانند بدون توجه به زمینه، بیمار مشرف به مرگ را آرام کنند. محیط را برای حضور شخص عزیزی که بیمار مایل است کنارش باشد فراهم کنند و به خانواده فرصت رشد و بهبودی بدهند.

چنانچه خانواده ها برای زمان مرگ آماده شوند، کمتر وحشت زده خواهند شد و می توانند کنار کسی که دوستش دارند، با شیوه ای پر معنی تر بمانند.

پرستاری می تواند اعضای خانواده را تشویق کند که هنگام مرگ بیمار کنار او بماند و برایش دعا بخوانند.

مراقبت پس از مرگ

زمان مرگ معمولاً با یک دوره تدریجی کاهش عملکرد بدن با فواصل تنفسی طولانی، نبض ضعیف و نامنظم، کاهش فشار خون و تغییر رنگ و خا خالی شدن پوست، همراه می باشد. برای بیماری که کنترل و حمایت کافی از طریق خانواده دریافت کرده و همچنین خانواده ای که آمادگی کافی برای مرگ عزیزش را دریافت نموده است، زمان مرگ معمولاً آرام بخش و بدون استرس است. بلافاصله بعد از مرگ، به خانواده اجازه داده می شود تا یک مدت کوتاه را با جسد بگذرانند. پاسخ های طبیعی اعضای خانواده در زمان مرگ وسیع و گسترده است و از کاملاً ساکت و اندوهگین تا کاملاً پر سروصدا به صورت شیون و به خاک افتادن، متغیر است. در صورتی که دستورالعمل خاص وجود نداشته باشد، پرستار باید تمام انواع لوله ها (وریدی یا تغذیه ای)، وسایل دستیابی به عورت، لوله های تغذیه ای و پانسمان را خارج کنند.

غم، سوگواری و عزاداری، رشته ای عمیق از احساسات و رفتارهای طبیعی و واکنش های سازگاری و سالم در برابر فقدان عزیزان از دست رفته هستند. نحوه سازش بیمار و خانواده با عوارض مورد انتظار مرگ، با تصوراتی که خانواده ها درباره غم و سوگواری دارند ممکن است پیچیده تر یا سردرگم کننده تر شود و سوگواری و ناسازگاری غم انگیز گردد.

پرستار باید مشخصات سیستم خانواده را بررسی و به نحوی مداخله کند که وحدت خانواده را افزایش داده و از خانواده حمایت کند. وقتی که عزیزی می میرد، اعضای خانواده وارد مرحله تازه ی غم و سوگواری می شوند و سعی می کنند فقدان را بپذیرند. درد جدایی دائم را حس کنند و برای زندگی بدون عزیز از دست رفته، خود را آماده کنند. حتی اگر عزیزی پس از یک مدت طولانی بستری بودن بمیرد آمادگی ناشی از تجربه کردن غم در دوران بیماری مرحله

انتهایی هم نمی تواند مانع غم و سوگواری پس از مرگ شود. بعد از اینکه بیماری که مدت مدیدی بستری بوده و یا مشکل داشته می میرد، اعضای خانواده احساس می کنند که او از جنگ و ستیز خلاص شده، رنج عزیزشان نیز پایان یافته و تواما ممکن است احساس گناه کنند که بیمارشان مرد بدون اینکه مشکلش حل شده باشد. فرم های اجتماعی نشان می دهد که فرآیند داغداری طبیعی است و انتظار می رود که پس از سپری شدت آن زمان طبعی اندوه، سوگواران خیلی زود با فقدان عزیزشان کنار بیایند و به زندگی طبیعی ادامه دهند.

منابع:

مبانی نظری و مطالعه تطبیقی نظام مراقبت های حمایتی و تسمینی (سرطان)، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشتی، معاونت درمان، اداره سرطان، بهمن 1391

بنازاده، مرجان و همکاران،" بررسی اهمیت رفتارهای حمایتی ارائه مراقبت پایان زندگی به کودکان در حال مرگ از دیدگاه پرستاران"، مجله پرستاری کودکان پائیز 1394

حیدری، محمدرضا و همکاران، بررسی نگرش سالمندان نسبت به دغدغه های پایان عمر، نشریه آموزش پرستاری، خرداد و تیر 1397

قلجه، مهناز، رضایی، نسرین، درک پرستاران از مراقبت های پایان حیات در بیمارت مبتلا به سرطان، یک مطالعه کیفی، نشریه پرستاری ایران، مرکز تحقیقات مرقبت های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران، آبان 1397

عابد سعیدی، ژیلا و همکاران، پرستاری داخلی و جراحی برونرولودارث، ویرایش دوازدهم 2010