



Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Здоровый человек и его окружение»

Разработаны:

Ассистент кафедры пропедевтики детских  
болезней с курсом дополнительного  
профессионального образования

 Савина Г.Я.

Обсуждены

на заседании кафедры пропедевтики детских  
болезней с курсом дополнительного  
профессионального образования, зав.  
кафедрой, д.м.н., профессор

 Безроднова С.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по специальности 34.03.01 - Сестринское дело 2025 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО

Декан факультета гуманитарного и медико-биологического образования

 Шишалова Т.Н.  
 Федько Н.А.

*Методические указания по дисциплине «Здоровый человек и его окружение» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции*

- 1. Цель** Ознакомить обучающихся с анатомо-физиологическими особенностями органов и систем лиц пожилого и старческого возраста.
- 2. Учебные вопросы**
- 1.Анатомо-физиологические особенности органов и систем лиц пожилого и старческого возраста.
  - 2.Возрастные изменения нервной системы и органов чувств в пожилом возрасте.
  - 3.Особенности общения с пожилым человеком.
  - 4.Особенности удовлетворения потребности общения в пожилом возрасте с учетом психологических особенностей возраста.

### **3. Теоретическая часть**

#### **Анатомо-физиологические особенности пожилых людей**

**Кожа и подкожная клетчатка.** С возрастом кожа пожилых людей становится очень тонкой, особенно на кистях, ступнях, в области крупных суставов и в местах костных выступов. За счет уменьшения пото- и салоотделения, потери эластичности кожа делается сухой, морщинистой и складчатой. Уменьшается количество подкожно-жировой клетчатки. Из-за этого кожа легко смещается, делается дряблой. Она легко травмируется, трескается, разрывается, подвергается изъязвлению, плохо заживает. У лежачего пожилого даже грубое или тяжелое постельное белье может травмировать кожу, приводить к развитию пролежней.

Из-за выраженного уменьшения объема подкожно-жировой клетчатки нарушается теплообмен, пожилые люди легко отдают тепло и поэтому часто мерзнут и зябнут, нуждаются в теплой одежде, обогреве постели.

На коже пожилых людей часто появляются опрелости, особенно в местах естественных складок (паховых, подмышечных, под молочными железами у женщин, на ладонях и в складках суставов пальцев при длительном пребывании кистей в сжатом состоянии).

У пожилых людей часто развиваются онкологические заболевания кожи. Поэтому необходим регулярный осмотр всей поверхности кожи.

**Костно-мышечный аппарат.** Общее количество костной ткани с возрастом уменьшается. Истончаются суставные хрящи, в том числе межпозвонковые диски, что приводит к развитию болевого синдрома, изменению осанки, искривлению позвоночника.

Пожилых часто мучают сильные боли в области позвоночника, тазобедренных, коленных, плечевых суставов при любом движении. Боли сопровождаются выраженной деформацией и ограничением подвижности. Это приводит к уменьшению двигательной активности пожилого, его изоляции, депрессии, желанию пребывать все время в постели.

Вследствие остеопороза - разрежения костной ткани - кости становятся хрупкими. Легко ломаются даже при незначительных ушибах. Остеопороз усиливается и при малоподвижном образе жизни. Причинами частых переломов костей у пожилых, помимо остеопороза, могут быть потеря мышечной массы в результате похудения, а также патология суставов.

Уменьшается у пожилых людей и количество мышечной ткани, что приводит к ослаблению активности и трудоспособности. Нарушается походка. Она делается медленной, неустойчивой, с укороченным шагом, шаркающей. Увеличивается период опоры на обе ноги. Поворачивается пожилой человек медленно, неуклюже, с разной скоростью в разных отделах тела. Такие нарушения походки часто приводят к падениям, а падения - к переломам костей.

**Дыхательная система.** Легочная ткань пожилых людей теряет свою эластичность. Уменьшается подвижность грудной клетки и диафрагмы. Легкие не могут полностью расправляться при вдохе. Развивается одышка. Снижается бронхиальная проходимость, нарушается дренажная "очистительная" функция бронхов. Плохая вентиляция легких способствует развитию застойных пневмоний.

У пожилых людей снижается кашлевой рефлекс. Это может способствовать попаданию пищи или жидкости в верхние дыхательные пути при неправильном кормлении пожилого человека, что в свою очередь может привести к асфиксии или к развитию аспирационной пневмонии.

Из-за уменьшения кровенаполнения легких и склерозирования стенок альвеол нарушается нормальный газообмен, в результате чего кислород воздуха плохо проникает через альвеолы в кровь, а углекислота - из крови. Развивается гипоксия - состояние, сопровождающееся пониженным содержанием кислорода в крови, что приводит к быстрой утомляемости, сонливости. Гипоксия вызывает нарушения сна.

Сердечно-сосудистая система. С возрастом ухудшается работа сердечной мышцы. Прежде всего, страдает сократительная способность сердечной мышцы, благодаря которой сердце проталкивает кровь по всему организму. Во время физической нагрузки сердце плохо снабжает организм кровью, ткани не обеспечиваются в должной мере кислородом, из-за этого значительно уменьшаются физические возможности человека, быстро наступает усталость.

В результате уменьшения эластичности кровеносных сосудов при физической работе резко повышается артериальное давление.

Пожилые люди часто жалуются на возникновение одышки, нарушение ритма сердца при выполнении физической работы или во время ночного сна.

При внезапном подъеме артериального давления у больного может развиваться нарушение мозгового кровообращения, вплоть до мозгового инсульта.

Пищеварительная система. Пожилые люди часто страдают плохим аппетитом. Это может быть связано с потерей или ухудшением обоняния, вкуса, уменьшением количества выделяемой слюны и пищеварительных соков. При этом питательные вещества плохо усваиваются.

Даже при наличии собственных зубов у пожилых людей часто нарушается акт кусания и жевания, ухудшается механическая обработка пищи во рту. Однако чаще у пожилых людей возникают проблемы с жеванием, связанные с плохим состоянием полости рта. В связи с этим они могут отказываться от еды и терять в весе.

Из-за возрастных изменений у пожилых часто возникают грыжи и дивертикулы (выпячивания стенки) пищевода. Пища проходит по пищеводу "вяло", возникает чувство комка за грудиной, особенно когда пожилой ест в горизонтальном положении. Часто возникает гастроэзофагеальный рефлюкс - обратное затекание пищи из желудка в пищевод, что приводит к таким симптомам, как боли в области груди, изжога. Слизистая оболочка желудка пожилых людей очень легко ранима. Велик риск развития язвы желудка. Особую осторожность нужно соблюдать при приеме противовоспалительных препаратов, которые так часто прописывают больным по поводу болей в суставах, например аспирина или ибупрофена.

Большую проблему представляют запоры. Они объясняются замедлением перистальтики кишечника, снижением тонуса толстой кишки и нарушением продвижения по ней каловых масс, ослаблением мышц передней брюшной стенки и таза, малоподвижным образом жизни, неправильным питанием, сопутствующими заболеваниями, например геморроем.

Поджелудочная железа претерпевает с возрастом дистрофические изменения. Часто развивается сахарный диабет. Печени требуется больше времени для разложения токсических веществ и лекарств, падает выработка белков - альбуминов, что обуславливает плохое заживление ран.

Мочевыделительная система. С возрастом уменьшается количество нефронов - рабочих клеток почек. Диурез, т.е. суточное количество мочи, уменьшается (у 80-90-летнего человека он составляет только половину диуреза молодого). Моча выделяется в небольшом количестве, высокой концентрации.

Лекарства выводятся из организма плохо, поэтому легко может произойти передозировка препаратов.

Стенка мочевого пузыря утолщается, а эластичность и емкость - уменьшаются. Возрастает частота позывов на мочеиспускание. Нарушение замыкательной функции сфинктеров мочевого пузыря обуславливает подтекание мочи, т. е. недержание ее при наполнении мочевого пузыря. Из-за снижения функций высших нервных центров, контролирующих рефлекс мочеиспускания, старые люди плохо терпят, когда мочевой пузырь наполнен мочой. При возникновении позыва на мочеиспускание они испытывают необходимость сразу помочиться.

**Зрение.** У пожилых людей происходит нарушение рефракции, часто развивается катаракта, что приводит к снижению остроты зрения, особенно периферического. Пожилые люди плохо фиксируют взгляд на предметах, часто или совсем не видят того, что находится сбоку от них.

У пожилого человека глаза плохо и медленно адаптируются к условиям недостаточной или избыточной освещенности, особенно при быстром переходе от света к темноте и наоборот.

**Вкус.** У пожилых людей значительно ухудшается способность ощущать вкус пищи из-за возрастного уменьшения количества вкусовых рецепторов - клеток, воспринимающих вкус пищи. К 70 годам таких клеток остается меньше половины. Пожилые люди плохо ощущают сладкое, кислое, горькое, часто переслащивают еду.

**Обоняние.** С возрастом обоняние также ухудшается. Пожилые люди плохо ощущают и различают запахи. Отсутствие обоняния делает еду безвкусной, что приводит к потере аппетита.

**Тактильная (осязательная) чувствительность.** У людей старшего возраста ухудшается способность тонкого ощущения предметов. Из-за этого они берут предметы неловко, могут легко выронить их из рук и в результате обжечься, ошпариться; вызвать возгорание и пожар.

Нарушение подошвенной чувствительности приводит к тому, что пожилой человек плохо ощущает характер поверхности, на которую ступает его нога. Это создает дополнительную возможность падения.

**Болевая чувствительность.** У людей старшего возраста замедленная реакция на воздействие температуры. Это может привести к тому, что, прикоснувшись к горячей кастрюле, сковородке или открытому огню, пожилой человек не сразу отдернет руку, а через некоторое время, достаточное для развития серьезного ожога.

**Сон.** Лицам старшего возраста требуется больше времени, чтобы заснуть и достичь стадии глубокого сна, который приносит отдохновение. Увеличивается период поверхностного сна, не дающего отдыха. Частота случайных пробуждений с возрастом увеличивается, а общая продолжительность сна не меняется. Это часто приводит к усталости и апатии.

### **Возрастные изменения нервной системы**

Нервной системе принадлежит ведущая роль в интеграционных и адаптационных процессах, происходящих в организме в ходе индивидуального развития. Поэтому динамика морфофункциональных изменений в этой системе сказывается на функциях всех систем организма и его жизнедеятельности в целом.

Максимальное количество нейронов центральной нервной системы отмечается у плода в возрасте 4-х месяцев и остается постоянным до пожилого возраста. В процессе дифференцирования нейроны утрачивают способность к делению и приобретают сложную структуру, обеспечивающую накопление и хранение информации. Глиальные клетки нервной ткани сохраняют способность делиться и после рождения. У новорожденного насчитывается 14-16 млрд. нейронов. Нейроны коры головного мозга новорожденного имеют веретеновидную форму, отростки (дендриты) их развиты слабо. Мозг плода

характеризуется низкой чувствительностью к гипоксии, низким уровнем метаболизма и преобладанием анаэробных процессов получения энергии.

Развитию ЦНС в значительной степени способствуют гормоны щитовидной железы. Снижение выработки тиреоидных гормонов в плодном и постнатальном периоде приводит к кретинизму в связи с уменьшением числа и размеров нейронов и их отростков, нарушением метаболизма в мозге белка, нуклеиновых кислот, а также нарушением передачи возбуждения в синапсах.

В сравнении со взрослыми дети имеют более возбудимые нервные клетки, меньшей специализацией обладают нервные центры их мозга. В раннем детстве многие нервные волокна еще не имеют миелиновой оболочки, обеспечивающей изолированное быстрое проведение нервных импульсов. Вследствие этого процесс возбуждения легко распространяется на соседние волокна. С плохой изоляцией нервных волокон во многом связана высокая иррадиация нервных процессов, несовершенство координации рефлекторных реакций, обилие ненужных движений, неэкономность вегетативного обеспечения. Процессы миелинизации нормально протекают под влиянием тиреоидных и стероидных гормонов.

После рождения ребенка, в первую очередь, происходит миелинизация спинномозговых нервов, затем - проводящих путей спинного мозга и ствола головного мозга. Основная масса волокон черепных нервов миелинизируется к 1,5-2-м годам. В среднем к 3-м годам большая часть нервных волокон миелинизирована, остальные завершают этот процесс к 6-7-ми годам. Относительно поздно завершается миелинизация тангенциальных волокон коры полушарий конечного мозга - к 30-40 годам. В процессе миелинизации происходит концентрация ионных каналов в области узловых перехватов нервных волокон, повышается возбудимость волокон и лабильность передачи нервных импульсов. Так, у новорожденного немиелинизированное нервное волокно способно проводить только 4-10 импульсов в секунду, в то время как у взрослого - 300-1000 импульсов в секунду.

По мере развития нейронов и межнейронных связей координация нервных процессов улучшается и достигает совершенства к 18-20 годам.

**Спинальный мозг** у новорожденного является наиболее зрелой частью ЦНС. Он весит 5,5 г. У детей 1-го года его масса составляет около 10 г, к 3-м годам она превышает 13 г, а к 7-ми годам равна примерно 19 г. Масса спинного мозга взрослого - около 40 г, т.е. в 8 раз больше, чем у новорожденного.

У новорожденного нижний конец спинного мозга находится на уровне III поясничного позвонка, у взрослого - на уровне II поясничного позвонка. Корешки спинномозговых нервов удлиняются, принимая косое положение, а внизу - вертикальное. Быстрее всего растут сегменты грудного отдела спинного мозга.

Спинальный мозг к моменту рождения имеет длину 14 см, к 2-м годам длина его достигает 20 см, а к 10-ти годам - удваивается по сравнению с периодом новорожденности. Длина спинного мозга взрослого составляет 42-45 см.

У новорожденного центральный канал спинного мозга шире, чем у взрослого. Уменьшение его просвета происходит, главным образом, в течение первых 2-х лет, а также в более поздние возрастные периоды, когда увеличивается масса серого и белого вещества спинного мозга. Объем белого вещества возрастает быстрее, особенно за счет собственных пучков сегментарного аппарата, формирование которого происходит в более ранние сроки по сравнению с более поздним развитием проводящих путей.

**Головной мозг.** Наиболее интенсивно головной мозг развивается в первые 2 года после рождения. Затем темпы его развития несколько снижаются, но продолжают оставаться высокими до 6-7-ми лет, когда масса мозга ребенка достигает 80% массы мозга взрослого. Максимальную массу головной мозг приобретает к 20-30-ти годам.

У новорожденного масса головного мозга в среднем - 390 г (340-430 г) у мальчиков и 355 г (330-370 г) у девочек, что составляет 12-13% массы тела (у взрослого - около 2,5% массы тела). К концу 1-го года жизни масса головного мозга удваивается, а к 3-4-м годам - утраивается. В дальнейшем (после 7-ми лет) прирост массы мозга идет медленнее, достигая к 20-30-ти годам у мужчин 1355 г, у женщин 1220 г. В последующие возрастные периоды масса головного мозга существенно не изменяется, а после 55-60-ти лет отмечается некоторое ее уменьшение.

Головной мозг развивается гетерохронно. Быстрее всего идет созревание стволовых, подкорковых и корковых структур, регулирующих вегетативные функции организма. Эти отделы по своему развитию уже к 2-4 годам приближаются к дефинитивному состоянию.

Масса ствола мозга к моменту рождения равна 10,0-10,5 г, что составляет примерно 2,7% массы мозга (у взрослых - 2%). Дефинитивную структуру ствол головного мозга приобретает в 13-16 лет.

Структуры среднего мозга к моменту рождения дифференцированы недостаточно. Такие ядра, как красное, черная субстанция созревают позднее в постнатальном периоде, формируя нисходящие пути экстрапирамидной системы.

Промежуточный мозг новорожденного развит относительно хорошо. К моменту рождения дифференцированы специфические и неспецифические ядра таламуса, благодаря чему функционируют все виды чувствительности. Окончательное созревание таламических ядер заканчивается примерно к 13-ти годам.

Структуры гипоталамуса у новорожденного недостаточно дифференцированы, в связи с чем у них несовершенна терморегуляция, регуляция обменных процессов. Дифференцирование ядер гипоталамуса идет неравномерно. К 2-3-м годам большинство гипоталамических ядер сформировано, но их окончательное функциональное созревание происходит к 15-16-ти годам.

Мозжечок. Его масса у новорожденного составляет 20 г (5,4% массы мозга). К концу 1-го полугодия жизни она увеличивается в 3 раза, а к 9-ти месяцам - в 4 раза (ребенок в этот период умеет стоять, начинает ходить). У годовалого ребенка масса мозжечка составляет 90 г. К 7-ми годам она достигает нижней границы массы мозжечка взрослого (130 г). Особенно интенсивно развитие структур мозжечка происходит в период полового созревания.

Кора больших полушарий. К 7-летнему возрасту клеточное строение, форма и размеры борозд и извилин проекционных зон коры приобретают сходство с таковыми у взрослого человека. Формирование структур лобных долей совершается дольше - к 12 годам. Созревание коры больших полушарий полностью завершается только к 20-22 годам.

Развитие корковых центров у детей происходит в следующие возрастные периоды: кожной чувствительности - к 2-м годам, устной речи - к 3-м годам, слуха и зрения - в первые годы жизни, двигательная зона - к 4-7-ми годам.

После 12-ти лет формируется свойственная взрослому человеку пространственно-временная организация корковых процессов. Активно включаются в деятельность лобные отделы, играющие ведущую роль в установлении системы межцентральных связей. В старшем школьном возрасте упорядочиваются взаимоотношения коры и подкорки, усиливаются тормозные процессы. Внимание становится избирательным, зависящим от направленности интересов, идет формирование интеллекта.

Базальные ядра созревают неравномерно. Бледный шар достаточно сформирован к моменту рождения. Хвостатое ядро и скорлупа чечевицеобразного ядра формируются к концу 1-го года жизни. К 7-летнему возрасту происходит окончательное созревание базальных ядер и формирование их связей с корой, что и обеспечивает выполнение более точных и координированных произвольных движений.

Характерной функциональной особенностью вегетативной нервной системы детей первых лет является повышенная возбудимость, непостоянство вегетативных реакций,

значительная их выраженность и легкая генерализация возбуждения. У детей, особенно грудного возраста, наблюдается неустойчивость показателей вегетативных функций, таких как частота дыхания, пульса. Устойчивость их начинает формироваться на втором году жизни.

В первые годы жизни главную роль в регуляции функций играет симпатический отдел вегетативной нервной системы. Однако это преобладающее влияние симпатической нервной системы сохраняется до 7-ми лет. По мере созревания структур мозга влияние вегетативной нервной системы на деятельность внутренних органов усиливается.

Начиная с 40 лет, отмечаются возрастные дегенеративные изменения в ЦНС. Возможна демиелинизация нервных волокон задних корешков и проводящих путей спинного мозга. Падает скорость распространения возбуждения по нервам, замедляется проведение сигнала в синапсах, снижается лабильность нервных клеток, ослабевают тормозные процессы на разных уровнях. Неравномерные разнонаправленные изменения в ядрах гипоталамуса приводят к нарушению его функций, изменениям вегетативных рефлексов, что снижает надежность гомеостатического регулирования.

У пожилых людей снижается реактивность ЦНС, ограничиваются возможности адаптации организма к нагрузкам. Со стороны вегетативной нервной системы наиболее заметно ослабевает влияние парасимпатической нервной системы.

Оболочки спинного и головного мозга. Твердая оболочка к моменту рождения тонкая, отростки ее развиты слабо, синусы твердой оболочки головного мозга тонкостенные, просветы их относительно широкие. После 10-ти лет строение и положение синусов приобретает дефинитивное состояние.

Паутинная и мягкая оболочки головного и спинного мозга у новорожденного тонкие, нежные. Подпаутинное пространство относительно большое. Его первоначальная вместимость составляет около 20 см<sup>3</sup>, затем довольно быстро увеличивается к концу 1-го года жизни до 30 см, а к 5-ти годам - до 40-60 см. У детей 8-ми лет объем подпаутинного пространства достигает 100-140 см<sup>3</sup>, у взрослых - 120-140 см<sup>3</sup>.

#### **Правила общения с пожилым человеком**

1. Необходимо внимательно и терпеливо выслушать все то, что говорит пожилой человек. При ошибочных суждениях не следует проявлять явного несогласия или тот час опровергать их.

2. Важно дать почувствовать человеку, что собеседник принимает его таким, какой он есть, а не таким каким бы хотел его видеть в данный момент. Такая позиция позволяет пожилому человеку чувствовать себя свободнее, у него появляется доверие, он непринужденно высказывает все свои опасения, сомнения, чувства и мысли, не боясь критики и осуждения.

3. Любая, даже малозначительная оплошность, бестактность, неуважение, черствость - воспринимаются в пожилом возрасте как тяжелая психическая травма.

4. Основу оптимального контакта с пожилым человеком составляет доверительность.

5. Следует подчеркнуть необходимость щадящего, тактичного, гуманного отношения к пожилому человеку. Необходимо помнить о материальных трудностях, повседневных трудностях, возникающих у пожилого на каждом шагу.

6. Поведение пожилых, их высказывания, в свою очередь могут оказаться неосторожными, резкими, обидными, а задача социального окружения в том именно и состоит, чтобы не дать разогреться конфликту, чтобы психологическая травма не оказалась причиной декомпенсации.

7. Гуманное отношение к пожилому человеку состоит в том, чтобы в духе оптимизма и доброжелательности убедить, что вместо потенции и физической силы

к людям приходит мудрость и опыт, глубокое понимание неувядающих человеческих ценностей.

8. Существенными задачами психопрофилактики в гериатрии является всяческое оберегание психики пожилого человека, щадящее отношение к личности, терпимость, предупредительность, забота и большой такт.

**Удовлетворение потребности в общении в пожилом возрасте требует учёта психологических особенностей возраста.** Это важно, чтобы выстроить доверительные отношения с пожилым человеком и помочь ему чувствовать себя значимым и полезным.

Потребности

Некоторые потребности пожилых людей в общении:

- **Поддержание самооценки** — хочется ощущать себя кому-то необходимым.
- **Самореализация** — общение позволяет передавать опыт, знания, навыки. **Получение новых эмоций** — несмотря на доступность интернета и других методов досуга, основным способом получения эмоций для пожилого человека часто считается общение с другими людьми.
- **Укрепление социальных связей** — общение с близкими, друзьями, единомышленниками помогает избежать социальной изоляции и одиночества.

Психологические особенности

Некоторые психологические особенности, которые влияют на потребность в общении у пожилых людей:

- **Физиологические изменения** — ухудшение самочувствия, снижение самооценки, трудности в формулировании мыслей. Это проявляется в длительном рассказе одного и того же, отвлечении от темы, в невыдержанности, резкости поведения или даже агрессии
- **Ощущение времени** — пожилые люди живут настоящим и прошлым, часто вспоминают минувшие дни и неохотно меняют тему беседы.
- **Гипертрофированность событий** — то, что воспринимается молодыми людьми как незначительный эпизод, для пожилого человека становится делом целого дня. Незапланированное мероприятие пугает и расстраивает пожилых людей, поэтому их стоит заранее предупредить о визите или предстоящем событии.
- **Желание вернуться в молодость** — пожилые люди любят рассказывать о себе в молодости, что важно для поднятия эмоционального комфорта. В этом случае не стоит прерывать воспоминания
- **Тревожность** — ухудшение здоровья и ощущение неполноценности вызывают тревогу и беспокойство, пожилой человек не хочет чувствовать себя обузой. В таких случаях важно повысить самооценку: хвалить за достижения, поступки.

Методы

Некоторые рекомендации по общению с пожилыми людьми, учитывающие психологические особенности:

- **Использовать чёткие и точные вопросы и предложения** — если пожилой человек не понимает, повторить и перефразировать предложение. Подбирать простые выражения, которые легко воспринимаются.
- **Применять визуальные средства** — например, показывать то, о чём идёт речь, если у собеседника проблемы с памятью или слухом. **Заранее договариваться о встрече** — это даст пожилому человеку возможность настроиться на встречу, чтобы внезапность визита не сбила планы
- **Учитывать окружающую среду** — раздражающий шум, большое количество людей, громкая музыка могут раздражать пожилых людей, особенно если у них проблемы со слухом или речью. **Чаще спрашивать совета** — это установит доверительные отношения и поможет взглянуть на проблему с высоты других прожитых лет.
- **Поддерживать самостоятельность** — не лишать пожилого человека возможности чувствовать себя способным сделать что-то полезное, даже если это будет что-то неважное.

• **Не спорить и не критиковать** — это может оскорбить пожилого человека. Вместо этого следует отнестись с пониманием к проблемам, которые его беспокоят, и посочувствовать.

Роль близких

Для пожилых людей **общение в семье** становится основной сферой межличностных контактов и коммуникативных связей. Некоторые особенности роли близких:

• **Поддержка и забота** — в кругу близких людей легче переживать трудности и болезни, пожилой человек чувствует себя безопасно и надёжно.

• **Помощь в самореализации** — например, вовлечённость в воспитание младших или возможность преемственности поколений помогают старикам чувствовать себя значимыми и полезными.

• **Эмоциональная связь с братьями и сёстрами** — в тяжёлые минуты люди часто поселяются вместе, утешают и поддерживают друг друга, ухаживают друг за другом во время болезни. В общении они оживляют общие воспоминания о детстве и юности, что дарит им радость и утешает в периоды потерь.

• Однако есть и сложности — например, конфликты между поколениями, которые могут возникать из-за смены ролей в семье (например, когда дети берут на себя родительскую роль). В таких случаях важно учитывать, что каждый случай индивидуален, и если близкие не могут поддерживать регулярное общение, стоит обратиться за помощью к профессионалам

**4. Практическая часть - нет.**

**5. Вопросы для собеседования**

1.Анатомо-физиологические особенности органов и систем лиц пожилого и старческого возраста.

2.Возрастные изменения нервной системы и органов чувств в пожилом возрасте.

3.Особенности общения с пожилым человеком.

4.Особенности удовлетворения потребности общения в пожилом возрасте с учетом психологических особенностей возраста.

**6. Тестовые задания**

## **1. АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ**

- 1) уменьшением длины кишечника
- 2) усилением перистальтики кишечника
- 3) **снижением перистальтики кишечника**
- 4) гипертрофией обкладочных клеток желудка

## **2. В ПИТАНИИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ ПРОДУКТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ**

- 1) **холестерин**
- 2) бета-каротин
- 3) соли кальция
- 4) аскорбиновую кислоту

## **3. БОЛЕВАЯ, ТАКТИЛЬНАЯ И ТЕМПЕРАТУРНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

- 1) **снижается**
- 2) отсутствует
- 3) повышается
- 4) не изменяется

**4. ОСТРОТА ЗРЕНИЯ, ОСТРОТА СЛУХА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

- 1) **снижается**
- 2) повышается
- 3) не изменяется
- 4) незначительно повышается

**5. ТИПИЧНАЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

- 1) **одиночество**
- 2) склонность к суициду
- 3) злоупотребление алкоголем
- 4) отказ от участия в общественной жизни

**6. НЕЗАВИСИМОЕ СЕСТРИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ РИСКЕ РАЗВИТИЯ ЗАСТОЙНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

- 1) **проведение дыхательной гимнастики**
- 2) применение отхаркивающих средств
- 3) проведение оксигенотерапии
- 4) применение антибиотиков

**7. У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАРУШЕНА ПОТРЕБНОСТЬ**

- 1) **в физиологических выделениях**
- 2) в дыхании
- 3) в питании
- 4) в питье

**8. НЕЗАВИСИМОЕ СЕСТРИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

- 1) катетеризация мочевого пузыря
- 2) **обеспечение мочеприемником**
- 3) резкое ограничение жидкости
- 4) резкое ограничение соли

**9. МЕРОПРИЯТИЯ, С КОТОРЫХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ БОРЬБУ С ЗАПОРАМИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

- 1) прием солевых слабительных
- 2) постановка очистительных клизм
- 3) прием растительных слабительных
- 4) **введение в рацион питания овощей и фруктов**

**10. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ДЕПРЕССИВНОМ СОСТОЯНИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

- 1) **психотерапевтической беседе**
- 2) изоляции от других пациентов
- 3) изоляции от родственников
- 4) постоянной опеке