**Методические рекомендации для студентов**

**Тема: «Организация психиатрической помощи. Основные психопатологические симптомы и синдромы»**

**Значение изучения темы:** Медсестра психиатрической помощи проводит больше времени с пациентом, чем другие сотрудники. Знает его переживания, способна оценить личность пациента, резервы адаптабельности, спрогнозировать осознанность выполнения пациентом предписаний врача. Поэтому медицинские сестры психиатрических учреждений представляют собой потенциал качественного ухода за пациентами, компетентного выполнения назначений врача. Основная роль медсестры заключается в четком определении проблем пациента и создании индивидуализированного ухода за ним. Важным элементом в работе медсестер является поддержание в отделении лечебного охранительного режима, способствующего эффективному лечению.

Для осуществления помощи психически больным на доврачебном этапе необходимо точно знать перечень ведущих проблем больного, владеть синдромологическим подходом с целью определения приоритетной проблемы и тактики ухода за пациентом.

На основе теоретических знаний и практических умений обучающийся должен

**знать:**

* Стандарты организации рабочего места медицинской сестры, медицинскую документацию.
* Функциональные обязанности медицинского и вспомогательного персонала ПНД, отделения психиатрической больницы.
* Основные положения «Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
* Лечебно-охранительный режим.
* Отличие негативных и продуктивных симптомов и синдромов психических расстройств.
* Иметь представление о регистрах поражения психики.
* Принципы установления контакта с психически больным и основы ухода за ним при разных синдромах.
* Деонтологические основы поведения медперсонала в отношении больных и их родственников.

**уметь:**

* Обеспечить безопасность для больного и окружающих его лиц.
* Составить план сестринских вмешательств и реализовать его.
* Проводить наблюдение за психически больным, грамотно описывать наблюдаемые психические расстройства согласно синдромологическому принципу с определением приоритетной проблемы и организацией ухода.
* Оценить синдромологическое состояние пациента.
* Закрепить и отработать на практике алгоритмы НМП при психомоторном возбуждении, НМП при отравлении снотворными, НМП при суицидальном поведении, фиксацию пациента, промывание желудка, действия медсестры в обращении с лекарственными средствами.
* Определить показания для недобровольной госпитализации.
* Создать развернутый план обучения пациента и членов его семьи навыкам ухода, режиму труда и отдыха.

**овладеть ОК и ПК** :

ОК 6. Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.

**План изучения темы:**

1. **Контроль исходного уровня знаний**

Ответьте на вопросы:

1. Назовите особенности сестринского процесса в психиатрии и установления контакта с пациентами на разных этапах сестринского процесса.
2. Основы законодательства РФ в области психиатрии.
3. Правовые основы учета профессиональных вредностей медицинского персонала в психиатрическом лечебном учреждении.
4. Правовые основы и организационные принципы оказания психиатрической помощи.
5. Назовите расстройства восприятия и ощущений. Уход за больным опасного для себя и окружающих при синдромах расстройства восприятия.
6. Назовите нарушения памяти. Корсаковский амнестический синдром. Уход при расстройствах психической деятельности, сопровождающихся чувством растерянности и непонимания ситуации.
7. Назовите нарушения мышления. Бред и бредовые синдромы. Назовите проблемы, характерные для бредовых больных и организацию помощи им.
8. Назовите нарушения интеллекта. Уход за больными с нарушениями интеллекта. Особенности ухода при болезни Альцгеймера.
9. Назовите расстройства эмоционально- волевой сферы. Апатико-абулический синдром. Уход за беспомощными больными, неспособными обслуживать себя самостоятельно.
10. Перечислите аффективные расстройства. Важнейшие синдромы аффективных расстройств. Уход за депрессивными больными.
11. Охарактеризуйте двигательные расстройства. Кататонический и гебефренический синдромы. Уход за больным при психомоторном возбуждении.
12. Охарактеризуйте расстройства сознания. Синдромы помрачения сознания. Синдромы выключения сознания.
13. Перечислите основные проблемы больных, вызванные психическими расстройствами.
14. **Содержание темы**

Методические указания для самостоятельной работы студентов.

1. Обучающиеся, совместно с преподавателем, решают кейс по определению синдромологического состояния пациента и составлению плана сестринского наблюдения и ухода (Приложение 2).
2. Обучающиеся, работая парами, самостоятельно решают кейсы по теме (Приложение 3).
3. Преподаватель знакомит обучающихся с алгоритмами профессиональной деятельности.
4. Обучающиеся выполняют алгоритмы (Приложение 1).
5. **Самостоятельная работа.**
6. Обучающиеся, совместно с преподавателем, решают кейс (Приложение 2).
7. Обучающиеся самостоятельно решают кейсы (Приложение 3).
8. Обучающиеся выполняют алгоритмы (Приложение 1: стандарт практической деятельности медицинской сестры при психомоторном возбуждении пациента, алгоритм НМП при психомоторном возбуждении, алгоритмы неотложной помощи при отравлении снотворными, алгоритм оказания медицинской помощи при суицидальном поведении, алгоритм действий медсестры в обращении с лекарственными веществами, алгоритм действий медицинского персонала при применении мер физического стеснения).

**4. Итоговый контроль знаний.**

Тестирование (Приложение 4).

**5. Подведение итогов.**

**6. Домашнее задание:**

* Тема «Эпилепсия».
* Конспект лекции. Учебник стр. 300-309

**Литература:**

Бортникова С.М. Зубахина Т.В. Сестринское дело в невропатологии и психиатрии с курсом наркологии: Учебник. – 9-е издание, стереотипное. – Ростов-на – Дону : Феникс, 2012.- ( Медицина).

**Приложение 1**

**Стандарт практической деятельности медицинской сестры при психомоторном возбуждении пациента**

Сестринская проблема *приоритетная*: психомоторное возбуждение.

Планирование вмешательств.

*Краткосрочная цель*: у пациента не будет психомоторного возбуждения в течении трех дней.

*Долгосрочная цель*: к моменту выписки из стационара у пациента не будет психомоторного возбуждения.

Реализация вмешательств.

1.По назначению врача-психиатра применить МФС (меры физического стеснения с использованием специальных фиксационных ремней – широких лент из плотной хлопчатобумажной ткани).

По назначению врача ввести инъекции антипсихотических средств: аминазин, галоперидол, тизерцин, дроперидол и др.

2.Обеспечить постоянное наблюдение за пациентом.

3.При необходимости организовать около пациента круглосуточный индивидуальный пост.

4.Проводить измерение АД и PS каждые 3 часа и фиксировать полученные данные в сестринском дневнике динамического наблюдения.

5.Осуществлять динамическую оценку психического и соматического состояния пациента за смену записью в журнале наблюдения.

6.Обеспечить пациента калорийной, легкоусвояемой пищей и витаминизированным питьем, в соответствии с врачебными наблюдениями.

7.Следить за естественными отправлениями пациента и в случае необходимости предоставить ему утку или судно.

8.При стабилизации психомоторной сферы сообщить об этом врачу, по его назначению освободить пациента от фиксационных ремней, продолжая осуществлять за ним непрерывное наблюдение.

9.Вести мониторинг психомоторной сферы, отражая полученные данные в журнале наблюдений и сестринском листе динамического наблюдения.

10.При всех дальнейших изменениях в психическом состоянии пациента немедленно сообщать лечащему или дежурному врачу.

В РФ 02.07.1992 года принят Закон № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании».

**Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке (ст. 29)**

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано без его согласия или без согласия его законных представителей до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

- его непосредственную опасность для себя или окружающих

- его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять потребности

- существенный вред его здоровью вследствие ухудшения его психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Одним из важнейших аспектов правового регулирования является основание для помещения в стационар ребенка или подростка, не достигшего 15 летнего возраста. Для этого в соответствии с Законом, требуется согласие обоих родителей, получение которого на практике оказывается проблематично. Кроме Закона РФ, правовое положение душевнобольных рассматривается в Уголовном и Гражданском кодексах РФ. Уголовный кодекс рассматривает ответственность лиц, совершивших в состоянии психического расстройства уголовное преступление. Больные не подлежат ответственности, если они в момент совершения общественно опасного деяния находились в состоянии невменяемости.

**Особенности работы в беспокойном отделении психиатрической больницы**:

1.Дверь отделения постоянно закрыта на ключ.

2.У наблюдательной палаты (это палата наибольшего контроля и внимания) организуется круглосуточный пост. Необходимо настойчиво следить за тем, чтобы даже на короткое время наблюдательная палата не находилась без присмотра. Ночью в наблюдательной палате включают дежурный свет. Сон на круглосуточном посту недопустим.

3.Процедурный кабинет и медсестринский пост имеют окно для наблюдения за отделением.

4.Сведения о поведении больных фиксируются в журнале наблюдения.

5.Врач вносит в журнал наблюдения фамилии пациентов, нуждающихся в наиболее тщательном надзоре.

6.Прием лекарств проходит под присмотром персонала по принципу «из рук в рот».

Персонал следит за тем, чтобы в отделении не оставались без присмотра острые, стеклянные, тяжелые предметы, шнуры и ленты.

7.Прием пищи проходит под присмотром медицинского персонала.

8.Проводится еженедельное взвешивание и отмечается наличие стула.

9.Беспокойные отделения рассчитаны на прием пациентов одного пола (мужские или женские). Для эффективного надзора необходимо, чтобы в отделении работало достаточное количество персонала того же пола, что и больные. Это позволит регулярно проводить осмотр тела больных и санитарную обработку беспомощных пациентов, сопровождать пациента в туалет.

10.В дневное время пациенты преимущественно проводят время вне палаты в специально отведенном помещении.

11.Прогулки и трудотерапия проходят под присмотром.

**Опасность больных для окружающих и для самих себя. Безопасность медицинского персонала**.

Статистика показывает, что соотношение больных и здоровых среди лиц, совершивших убийства, и в среднем в популяции не различается. Это означает, что здоровые люди совершают столько же агрессивных действий, сколько и душевнобольные. Реальная опасность того или иного пациента во многом связана с чертами характера и мировоззрением, которые у него сформировались до заболевания. Так многие исследователи отмечают, что среди истинно верующих православных пациентов почти не наблюдается актов агрессии, которые осуждаются верой.

***Социальная опасность больного с психическим расстройством может быть обусловлена:***

***-*** двигательным возбуждением;

***-*** импульсивными поступками;

***-*** расстройством сознания и сценоподобными галлюцинациями;

***-*** ситуацией «преследуемый преследователь»;

***-*** императивными галлюцинациями;

***-*** стремлением к самоубийству;

***-*** отказом от приема пищи;

***-*** слабоумием и отсутствием чувства опасности.

Вместе с тем факты агрессивного и суицидального поведения в психиатрической клинике не являются редкостью и требуют специального рассмотрения. В некоторых случаях поведение самого медицинского работника провоцирует больного на агрессию. Так, явное оскорбление и унижение, необоснованное стеснение свободы больного, резкий грубый отказ в удовлетворении его требований закономерно вызовут возмущение и протест. Поэтому вежливость и внимание по отношению к пациенту являются не только требованием этики, но и способствуют повышению безопасности. Любая просьба больного, какой бы нелепой она ни казалась, имеет для него большое значение, поэтому, как правило, просьбу следует удовлетворить, если это допустимо.

Особенно велика социальная опасность больных в состоянии **острого** **двигательного возбуждения**. Они могут бежать, отталкивая всех оказавшихся на пути, угрожать тяжелыми острыми предметами. При этом они проявляют удивительную физическую силу, несоответствующую их телосложению и состоянию здоровья. В отдельных случаях, чтобы задержать больного приходится прибегать к насилию. При этом никогда не следует забывать о личной безопасности и безопасности окружающих. Бессмысленно пытаться забрать из рук безумца оружие, подвергаясь опасности быть раненым. Важнее громко, но спокойно позвать на помощь, предупредить окружающих о возникшей опасности, закрыть двери на пути больного и попытаться вступить с ним в диалог, стараясь отвлечь его внимание. При этом говорить надо спокойно, не проявляя страха, подчеркивая свою силу и настойчивость, одновременно необходимо освободить руки для защиты, снять очки и украшения, которые могут поранить вас при нападении. Не следует поворачиваться к больному спиной. В исключительных случаях приходится обращаться за помощью в полицию.

Опыт показывает, что в большинстве случаев удается договориться с больным и убедить его принять лекарство (лучше в виде раствора, а не в таблетках). В противном случае можно совместными усилиями задержать больного и попытаться фиксировать его. Помочь в задержании больного могут и выздоравливающие пациенты. Известно, что схватить человека за голое тело довольно сложно, поэтому необходимо следить, чтобы больные в беспокойном отделении были одеты в пижаму. Нежелательно, чтобы беспокойный больной пользовался в отделении обычной ежедневной одеждой, так как в этом случае за ним трудно следить и не всегда возможно отличить его от других посетителей. Легче всего задержать больного, схватив его сзади за грудь и рукава одежды. Если у одежды нет рукавов, можно попытаться накинуть на него жгут из двух связанных простыней, при этом узел должен располагаться сзади шеи, свешивающимися концами обвивать руки наподобие смерительной рубашки. Если в руках у больного оружие, можно попытаться накинуть на него одеяло или матрац, а затем зафиксировать больного в постели мягкими широкими ремнями. Окончательно прекратить возбуждение можно с помощью иньекций антипсихотических средств хлорпромазин (аминазин), галоперидол, левомепромазин (тизерцин), дроперидол и др. Эти средства действуют довольно быстро, не редко уже через 30-40 минут больной успокаивается и потребность в фиксации отпадает.

Своевременно заметить и предотвратить опасное возбуждение возможно не всегда. В ряде случаев поступки больного бывают обусловлены импульсивно возникшим порывом (например, при эпилепсии или кататоническом синдроме). Поэтому важно избегать опасных ситуаций. Не следует разговаривать наедине с больным в состоянии резкого возбуждения в запертой комнате. Если вы останетесь в кабинете один, закрывайте входную дверь, чтобы возбужденный больной не зашел неожиданно и не отрезал вам путь к отступлению.

Нередко опасность больного бывает обусловлена расстройством сознания и сценоподобными галлюцинациями. В этом случае пациент сам не понимает последствия своих поступков. Он может выйти в окно, считая, что это дверь, напасть на санитара, считая, что это демон. Такой больной не понимает смысла медицинских процедур, поэтому он может встать с постели в то время, когда ему проводится капельное внутривенное вливание, отсоединить электроды приборов, через которые осуществляется контроль работы сердца, и др.

Чтобы предотвратить подобное поведение, приходится фиксировать больного к постели широкими мягкими ремнями. Важно фиксировать не только руки и ноги (каждую отдельно), но и грудь (плечи) больного, чтобы он не мог подняться с постели. При этом нужно убедиться, что ремни не пережимают крупных сосудов и нервов, что никакие части тела больного не опираются на твердые предметы (иначе неизбежно возникнут пролежни). Фиксируют больного только по распоряжению врача. Следует напомнить, что фиксация - мера исключительная и не может применяться регулярно. Фиксация больного не означает, что надзор за ним может быть прекращен. Требуется, чтобы кто-нибудь из персонала находился с больным постоянно. Это важно и для безопасности окружающих, ведь никакая фиксация не гарантирует того, что больной не сможет освободиться самостоятельно. Даже при наличии явной необходимости меры стеснения не должны применяться на длительный срок, что прямо указано в Законе РФ. Как только состояние больного изменяется к лучшему, врач дает распоряжение освободить больного от ремней.

Агрессивность больного может быть следствием бредовой убежденности в том, что окружающие являются его врагами. Особенно опасна ситуация «преследуемый преследователь», когда больной по понятным только одному ему причинам выбирает среди окружающих человека, который якобы является его преследователем и начинает следить за ним. Если пациент проявляет явную агрессию к кому-либо из работающих в отделении, никогда не следует относиться к этому беспечно. Напротив, необходимо предотвращать тесные контакты данного работника с больным.

Иногда пациент отрицает наличие каких-либо недобрых чувств к окружающим, однако ведет себя опасно, объясняя свое поведение воображаемым воздействием на его психику: «Это не я вас ударил, это они моими руками управляли». Часто больные страдающие, галлюцинациями слышат приказы (императивные галлюцинации) убить кого-либо или нанести увечье себе самому. Хотя в большинстве случаев эти больные испытывают внутреннее сопротивление, в конце концов они могут не выдержать и попытаться выполнить приказ.

В случае бреда и галлюцинаций своевременное назначение нейролептиков позволяет значительно снизить вероятность опасных действий.

Особого внимания в психиатрии заслуживают больные, высказывающие мысли о нежелании жить (суицидальные мысли). Такие больные никогда не должны оставаться без присмотра. Хотя они выглядят пассивными и малоподвижными, однако в любой момент их тоска может настолько обостриться, что они смогут привести в действия свой опасный замысел. Следует понимать, что больной, который сообщает персоналу о нежелании жить, как бы просит о спасении, он признается, что без посторонней помощи не сможет преодолеть стремления к самоубийству. Особенно часто больные совершают суицид в ранние утренние часы, поэтому надзор в это время должен быть максимально строгим, особенно если больного мучает бессонница.

Опасные поступки больных бывают связаны с патологическим отсутствием чувства опасности, непониманием возможных последствий. Больные с тяжелой олигофренией (идиотией и имбецильностью), глубоким шизофреническим дефектом, тотальным слабоумием могут наносить себе порезы, ожоги сигаретой, пытаться повредить себе глаз без какой-либо особой цели. Так, один больной шизофренией во время прогулки взял осколок стекла и разрезал им себе мошонку; другой, подобно Ван Гогу, отрезал себе ухо. Такие действия очень трудно предвидеть, поскольку они лишены логики. Больные при этом не всегда в полной мере испытывают боль, не зовут на помощь. Все это подтверждает необходимость постоянного надзора, даже в том случае, если больной выглядит внешне спокойным. К чрезвычайно опасным ситуациям относят так же отказ от приема пищи. Причиной такого поведения может быть двигательная скованность (кататонический синдром); императивные галлюцинации, запрещающие больному прием пищи; бред отравления или патологическая боязнь прибавить в весе. При кататоническом синдроме больные ведут себя особенно нелепо, отказываются открыть рот, сжимают зубы, выплевывают пищу. Однако нередко, если оставить тарелку перед больным, он через некоторое время съедает все без посторонней помощи. Некоторые больные едят очень медленно, совершая при этом множество странных символических действий (например дожидаются, когда все остынет или мелко крошат еду, раскладывают ее на столе). Бессмысленно ругать больного и пытаться отнять остатки пищи, важнее сообщить об этом врачу. В некоторых случаях больные вызывают рвоту после того, как съели свою порцию. В случае полного отказа от еды приходится прибегать к парентеральному питанию или к кормлению зондом.

**Алгоритм НМП при психомоторном возбуждении**

**-** строгий надзор;

**-** изоляция пациента;

**-** соблюдение мер безопасности для больного и окружающих;

**-** исключение доступа к оружию, транспортным средствам;

**-** Аминазин 2,5%-3,0 в/м с обязательным введением кордиамина 2,0 в/м и контролем АД

или Тизерцин 2,5%-3,0 в/м

или Галоперидол 0,5%-2,0 в/м

Реланиум 2,0 в/м

**Алгоритм оказания неотложной помощи при суицидальном поведении**

**- Строгий надзор**

**- Тизерцин 2,5% - 2,0 в/м**

**- Реланиум 0,5% - 2,0 в/м**

**- Срочная госпитализация**

**Алгоритм фиксации пациента**

**-** подходить к больному со спины (2-3 человека);

**-** накинуть на голову одеяло;

**-** уложить в кровать на спину;

**-** руки и ноги выпрямить;

**-** зафиксировать мягким матерчатым материалом (матерчатые жгуты, полотенца, простыни) плечи, предплечья, бедра, голени, плечевой пояс, голову (через лоб).

**ПАМЯТКА**

**Для выполнения фиксации больного нельзя:**

**Пережимать сосудисто-нервные сплетения.**

**Надавливать на грудь и живот.**

**Оставлять больного без надзора.**

**Фиксация продолжается до начала действия психотропной терапии.**

**ст. 21 УК РФ. Невменяемость**

1.Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, т.е. не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия или иного расстройства психики.

2.Лицу, совершившему предусмотренное уголовным законом общественно опасное деяние в состоянии невменяемости, судом могут быть назначены меры медицинского характера, предусмотренные настоящим Кодексом.

**Алгоритм действий медицинской сестры в обращении с лекарственными средствами**

**1.Прежде, чем дать пациенту лекарство:**

**-**вымой тщательно руки;

**-**внимательно прочти надпись на флаконе, пакете;

**-**проверь сроки годности;

**-**проверь назначенную дозу;

**-**пациент принимает лекарство в твоем присутствии;

**2.При выполнении инъекций:**

**-**вымой тщательно руки;

**-**проверь надпись на флаконе, ампуле;

**-**проверь сроки годности;

**-**поставь дату вскрытия на стерильном флаконе;

**-**соблюдай правила асептики - одень перчатки**.**

**3.Храни лекарства только в упаковке, отпущенной из аптеки:**

**-**не переливай растворы в другую посуду;

**-**не перекладывай таблетки, порошки в другие пакеты;

**-**не пиши сама этикеток и не делай своих надписей на упаковках лекарств;

**-**храни лекарства на отдельных полках (стерильные, внутренние, наружные).

**4.При подозрении у пациента анафилактического шока СРОЧНО:**

**-**вызови врача через дежурный персонал;

**-**уложи пациента и приподними нижние конечности;

**-**в случае подкожной инъекции наложи жгут на конечность выше места инъекции и немедленно введи в место инъекции 0,1% раствор адреналина 0,15-0,5 мл или 2,0 кордиамина;

**-**в/м введи 25%-2,0 мл пипольфена или 2%-2,0 мл супрастина или 1%-2,0 мл димедрола.

***Особенности ухода за пациентами с психическими расстройствами в стационаре.***

**В приемном отделении.** Больной поступает в приемное отделение психиатрической больницы. Госпитализация начинается с врачебного осмотра. Врач должен определить тяжесть психического состояния больного и на основании этого показания к госпитализации, а также профиль отделения, в котором больному предстоит лечиться. При обязательном соматоневрологическом обследовании у больного, особенно возбужденного, необходимо выявить кровоподтеки, вывихи и переломы, тяжелые внутренние или инфекционные заболевания, препятствующие госпитализации в психиатрическую больницу. Сочетание психического заболевания с соматическим заставляет врача сделать выбор: в одних случаях соматическое (незаразное и не требующее специальной терапии) заболевание можно лечить в психиатрическом стационаре; в других случаях нужно направить больного в специализированное психосоматическое отделение другой больницы, а при особо тяжелой патологии — в соответствующий стационар (с организацией при необходимости индивидуального психиатрического поста).

Когда решение о госпитализации принято, оформляется история болезни, содержащая паспортные данные, краткий анамнез, результаты осмотра, описание психического и соматического статуса и предположительный диагноз. *Приему больного в отделении предшествует санитарная обработка (мытье с мылом в ванне, смена белья и т. д.). В случае обнаружения паразитов проводится дополнительная обработка (серая ртутная мазь, мыльно-керосиновая эмульсия, опыление пиретрумом, мыло ДДТ и др.), а также удаление всего волосяного покрова.*

Документы, деньги, ценные вещи, имеющиеся при больном, его одежда по описи сдаются на хранение до выписки из стационара. При больном не должно быть предметов, которыми он может нанести повреждения себе или окружающим, и в приемном отделении нужно убедиться в их отсутствии. Двери приемного отделения всегда должны быть закрыты на ключ.

**В отделении.** Еще в приемном отделении больной впервые вступает в контакт не только с дежурным врачом, но и со средним и младшим персоналом больницы. Медицинский работник, обслуживающий психически больных, должен быть вежлив и приветлив, обладать достаточной выдержкой, хладнокровием и находчивостью, уметь в любых ситуациях сохранять спокойствие и самообладание.

Отношение персонала к больным должно быть ровное, заботливое, гуманное, но в то же время лишенное фамильярности. Важно, чтобы персонал всегда имел аккуратный вид. Сотрудникам отделений для беспокойных больных не следует носить на работе серьги, кольца, браслеты, которые могут быть сорваны возбужденными больными.

В отделении установлен обязательный для всех *распорядок дня* с точно фиксированным временем утреннего подъема, приема пищи, лекарств и других лечебных процедур, прогулок, трудотерапии, культурных развлечений, отхода ко сну. Режим способствует нормализации поведения больных, восстановлению часто нарушенного у них ритма сна и бодрствования. Ночной сон больных должен продолжаться 8-9 ч, послеобеденный отдых — не менее 1 часа; пищу больные принимают 4 раза в день. Длительность лечебного труда зависит от профиля отделения и состояния больных. *Больные еженедельно принимают гигиеническую ванну, после чего им меняют постельное и нательное белье.*

Больным в состоянии психомоторного возбуждения, а также соматически ослабленным, неопрятным, ступорозным назначается постельный режим. Как правило, таких больных помещают в наблюдательную палату или в специальную палату для слабых больных.

Лекарства выдаются средним медицинским персоналом строго по назначению врача*. Разовая доза медикаментов должна быть принята в* *присутствии медицинской сестры*. В противном случае возникает опасность накопления и приема лекарств в суицидальных целях. При накладывании повязок, компрессов также необходимо следить, чтобы больной не собирал бинтов и марли, так как их тоже можно использовать для самоубийства. Если нет специальных противопоказаний, то больных регулярно, не реже одного раза в день, выводят на прогулку под руководством и наблюдением персонала. Список больных для прогулки визирует врач. Персонал обязан знать число больных, выводимых на прогулку. *Во время прогулки особое* *внимание уделяется больным со склонностью к побегу и суициду*. Те же правила соблюдаются при сопровождении больных в лечебно-трудовые мастерские, на наружные работы, в клуб и другие помещения.

Родственники и знакомые посещают больных в установленные часы по определенным дням недели. Лечащий врач с ведома заведующего отделением может по показаниям увеличить количество свиданий. Предварительно врач информирует родственников о состоянии больного и возможных темах беседы. Во время свиданий посетители должны избегать неприятных или травмирующих разговоров. Посетителям запрещено передавать больным острые предметы (ножи, вилки и т. п.), а также продукты в стеклянной посуде, возбуждающие напитки (кофе). Во время эпидемических вспышек (грипп и др.) посещение больных запрещается (карантин). *Не разрешается посещение больных в остром состоянии с* *психомоторным возбуждением*. Принимать от родственников продукты для больных может только старшая сестра или дежурная медицинская сестра отделения. Продукты хранятся в специальном шкафу и выдаются больным по мере надобности.

Обслуживающий персонал не имеет права передавать больным письма или записки. *Всю корреспонденцию, адресованную больному, прочитывает врач. Врач может и должен проверять перед*  отправкой письма больных. Особого внимания требует письменная продукция параноидных, депрессивных больных. Нежелательно, чтобы бредовые идеи и идеи самообвинения (греховности и т. д.) стали известны родным и близким. Такие сведения могут доставить родственникам излишнее беспокойство, иногда повод для превратного толкования его поведения. Изучение писем больных, особенно малодоступных и склонных к диссимуляции, может обогатить представление врача об их истинных переживаниях.

При уходе за больными в отделении надо следить как за психическим, так и за физическим их состоянием.

**Уход за слабыми и депрессивными больными** требует особой внимательности. Необходимо мыть таким больным лицо и руки дважды в день, регулярно проводить им туалет полости рта, помогать одеваться, провожать их в уборную, следить за деятельностью кишечника и мочевого пузыря. Неопрятным больным необходимо как можно чаще делать гигиенические ванны, менять постельное и нательное белье. У лежачих больных нужно также следить за состоянием кожи. Для профилактики пролежней, которые чаще всего образуются на спине и ягодицах, подкладывают надувные резиновые круги, места, подвергающиеся давлению, протирают камфорным спиртом. Лежачим больным для профилактики застойных явлений в легких необходимо несколько раз в день менять положение в постели.

В обязанности персонала входит внимательное наблюдение за тем, как питаются больные, съедают ли они полностью свой рацион, не проявляют ли обжорства. Большое значение в этом аспекте имеет регулярное взвешивание. Питание слабых больных — предмет особой заботы. Они получают пищу в полужидком или размельченном виде. Пища должна быть умеренно теплой, чтобы не вызвать ожогов слизистых оболочек.

Уход за больными, отказывающимися от еды, требует специальных мероприятий. Отказ от еды, сопротивление кормлению возможны при депрессии с суицидальными тенденциями и бредом самообвинения, у больных с бредом отравления и ипохондрическим бредом, при явлениях императивного вербального («голоса» запрещают есть) и обонятельного галлюциноза, а также у ступорозных больных (кататонический ступор с негативизмом, депрессивный ступор). При отказе от еды нет необходимости сразу же прибегать к искусственному питанию. Прежде всего надо выяснить по возможности мотивы голодания, попытаться уговорить больного поесть или накормить его с ложки. Если он обнаруживает доверие к кому-либо из персонала или к родственникам, надо поручить кормление этим лицам. Ступорозным больным с выраженным негативизмом оставляют пищу рядом с постелью: они могут ее съесть, когда никого нет рядом.

С целью стимуляции аппетита подкожно вводят инсулин (4-8 ЕД). Если, несмотря на это, больного в течение последующих 1-2 ч. не удалось накормить или напоить сладким чаем, то необходимо ввести внутривенно 20 мл 40% раствора глюкозы. Наряду с этим парентерально вводятся психотропные средства (аминазин, френолон, седуксен, амитриптилин). В некоторых случаях эффективно амитал-кофеиновое растормаживание. Подкожно вводят 0,2 г кофеина, через 5 мин после этого внутривенно вливают 2-5 мл 5% раствора амитал-натрия. Растормаживающее и эйфоризирующее действие кофеина и амитал-натрия длится 15-30 мин, и за это время иногда удается накормить больного. Если все указанные меры не привели к желательному результату, то на 3-4-й день (а при появлении запаха ацетона изо рта и раньше) приступают к искусственному кормлению через зонд. Зонд смазывают вазелином или глицерином, а затем вводят либо через рот (разжав челюсти роторасширителем), либо через нос в глотку, пищевод и желудок. Введя зонд приблизительно на глубину 50 см (на зонде в этом месте имеется отметка), необходимо убедиться, что он находится в желудке. Об этом могут свидетельствовать свободное дыхание больного, естественный, без синюшности, цвет лица, отсутствие кашля. Правильность введения зонда проверяют, вдувая в него баллоном или шприцем небольшое количество воздуха. При попадании воздуха в желудок возникает характерный звук, похожий на урчание. Прежде чем вводить питательную смесь, через воронку в зонд вливают немного воды.

Свободное прохождение воды и отсутствие кашля служат еще одним доказательством того, что можно начинать кормление. Вводят 500—1000 мл подогретой питательной смеси. Смеси, вводимые через зонд, готовят либо на молоке, либо на бульоне. В состав смеси входят сырые яйца (2-3 шт.), сливочное масло, сахар, соль, фруктовые и овощные соки, а при необходимости и лекарства. Искусственное кормление проводят не чаще 1 раза в сутки. Во избежание срыгивания или рвоты больной после кормления должен некоторое время оставаться в постели. Искусственное кормление осуществляется либо врачом, либо медицинской сестрой в его присутствии.

Кроме пищи, больным, длительно и упорно отказывающимся от еды, вводят подкожно изотонический раствор хлорида натрия и 5% раствор глюкозы (250-300 мл), делают инъекции витаминов B1, B6, B12 и C.

**Уход за больными, находящимися под особым надзором.** За больными, представляющими опасность для себя или окружающих, в отделении устанавливается особый надзор. *В наиболее тщательном наблюдении нуждаются больные с тенденциями к самоубийству, самоповреждению*, *агрессии, отказывающиеся от еды, и, наконец, стремящиеся к побегу*. Таких больных помещают в наблюдательную палату, где они всегда на виду у обслуживающего персонала. При наблюдении за депрессивными больными со стремлением к самоубийству, подчас удивительно изобретательными в реализации своего замысла, наибольшая бдительность необходима утром, когда у них, как правило, усиливаются тоска и подавленность.

Необходимо полностью исключить любое соприкосновение поднадзорных больных с острыми, колющими или режущими предметами. Особая опасность в этом отношении возникает во время прогулок и при свиданиях с родными. После возвращения в палату необходимо осматривать одежду больных. Различные острые предметы (ножницы, спицы и т. д.), применяемые во время трудотерапии, по окончании работы принимаются по счету инструктором по труду. Систематически осматривают и убирают прогулочные участки, удаляя оттуда осколки стекла, куски железа, гвозди, консервные банки и т. д.

Периодически в отсутствие больных следует осматривать их постели, личные вещи и прикроватные тумбочки. Тщательные меры предосторожности принимаются во время бритья и стрижки, которые происходят только под наблюдением персонала.

**Уход за спокойными и выздоравливающими больными.** В психиатрической больнице находятся не только больные с острыми и тяжелыми проявлениями болезни. Благодаря активным методам терапии в ряде случаев острые симптомы психоза, возбуждение, агрессивность быстро прекращаются. Такие больные продолжают лечение в стационаре, но уже не нуждаются в строгом надзоре и изоляции. Одна из основных задач — постепенное восстановление нарушенных за время болезни навыков, работоспособности, контактов с привычной средой. Пациенты находятся в отделениях для спокойных больных, где стимулируются их социальная активность, самообслуживание, самодеятельность, самоуправление. Они носят свою одежду, пользуются электробритвой, посещают парикмахерскую. Им предоставляется значительно большая свобода в смысле распорядка дня, более частые свидания с родственниками. После утренних лечебных процедур больным разрешается прогулка не только на прогулочном участке отделения, но и по всей территории больницы. Некоторым больным (с разрешения заведующего отделением) предоставляется отпуск, который они проводят в кругу семьи.

Выздоравливающие больные широко привлекаются к лечебному труду. Они читают художественную литературу и книги по специальности, активно участвуют в деятельности советов больных, в спортивных (волейбол, теннис и др.) и культурных мероприятиях, смотрят телевизор, слушают радио, выпускают стенгазету, выступают в концертах художественной самодеятельности.

**Социально-трудовая реабилитация.** Это комплекс медицинских, социальных, образовательных и трудовых мероприятий, направленных на максимальное приспособление больного к профессиональной деятельности. Необходимыми условиями для реадаптационных и реабилитационных мероприятий являются длительное медикаментозное и психотерапевтическое воздействие и трудовая терапия. Реадаптация начинается уже в период пребывания в больнице. Этим целям служат лечебно-восстановительные мероприятия, активирующий лечебный режим, способствующий максимальному вовлечению больных в жизнь отделения, трудотерапия, физиотерапия и лечебная физкультура, работа в лечебно-трудовых мастерских, наружные работы и т. д. Широкое применение психотропных средств и других методов биологической терапии, психо- и трудотерапия, терапия занятостью (развлекательно-познавательные мероприятия, музыкотерапия, арттерапия) позволяют сократить пребывание больного в стационаре и перенести основную часть восстановительной терапии за стены психиатрической больницы.

**Особенности работы медсестры с пациентами с суицидальным поведением**.

**Суицидальное поведение (СП)** – аутоагрессивное поведение, проявляющееся в виде фантазий, мыслей, представлений или действий, направленных на самоповреждение или самоуничтожение и, по крайней мере, в минимальной степени мотивируемых явным или скрытым намерением смерти.

Самоубийство (**суицид**) – намеренное, осознаваемое и быстрое лишение себя жизни.

Суицидальная попытка (**парасуицид) –** не закончившееся смертью намеренное самоповреждение или самоотравление.

**Суицидальные намерения** – решение выполнения плана самоубийства.

**Особенности работы медсестры с пациентами с суицидальным поведением**.

1.Кровать депрессивного пациента должна находиться далеко от окна и на виду у дежурного медперсонала.

2.Не разрешать таким пациентам укрываться с головой одеялом.

3.Полотенце им предоставляется только при гигиенических процедурах. 4.Повышенное внимание этим пациентам уделяется в утренние часы (усиление тоски и тревоги).

5.Медицинский персонал должен следить за тем, чтобы каждый пациент принял разовую дозу медикаментов. Важно исключить накопление лекарств для последующего однократного приема в целях самоубийства.

6.При накладывании повязок, компрессов следить, чтобы пациенты не собирали бинты и марлю для использования их в стремлении покончить с собой.

7.В распоряжении пациентов, склонных к суициду, не должно быть никаких острых, режущих, колющих предметов, которые он мог бы использовать в целях аутоагрессии.

8.Необходимо осматривать одежду пациентов при возвращении их с прогулок, свидания с родственниками или посещения других подразделений больницы.

9.Персонал должен внимательно следить за тем, как питаются пациенты (съедают ли они полностью свой рацион или отдают порции другим).

10.Пациента сопровождать в туалет и помогать ему с утренним туалетом должен медперсонал.

11.Постоянно внимательно следить за поведением пациентов, изменениями настроения, их высказываниями. Депрессивные пациенты молчаливы, ни о чем не просят. Их лучше излишне не тревожить, дать полежать, не принуждать к участию в труде. Все изменения поведения описать в дневнике наблюдения и сообщить о них врачу.

12.При получении новой психотравмирующей информации суицидальные попытки могут повториться. Родственники, посещающие пациентов в психиатрическом стационаре не должны огорчать их своими новостями.

13.За суицидальными пациентами с агрессивными тенденциями устанавливается строгий надзор, заключающийся в непрерывном наблюдении с постоянного поста медсестры.

**Помощь лицам, совершившим суицид**.

При *самоповешении*: слегка приподнять тело повесившегося, перерезать веревку, на которой он висит и, опустив его на твердую кушетку или на пол, быстро снять петлю, очистить рот от слизи, вывести язык и приступить к реанимационным мероприятиям (искусственному дыханию рот в рот, наружному массажу сердца).

При *отравлении медикаментами* произвести промывание желудка через зонд, используя 12-15 л воды температурой 20 градусов порциями по 300 мл. До и после промывания дать внутрь активированный уголь с водой в виде кашицы (по 1 столовой ложке) для адсорбции ядов.

При *нанесении себе ранений и других повреждений*, проводится первичная обработка раны, при необходимости – иммобилизация, введение медикаментозных средств по показаниям.

Во всех случаях суицидальных попыток (отравления, травмы, отсутствие дыхания) – вызывается бригада скорой медицинской помощи или специализированная бригада СМП в зависимости от состояния пациента.

*Суицидальные попытки считаются показанием к немедленной госпитализации.*

**Алгоритмы неотложной помощи при отравлении снотворными веществами.**

**Первая помощь**

1.Вызвать бригаду скорой медицинской помощи.

2.Провести обследование пострадавшего.

3.Обеспечить нормализацию дыхания (проходимость верхних дыхательных путей) и гемодинамику (АД, ЧСС).

4.При развитии комы повернуть голову набок, очистить ротовую полость, укрыть пострадавшего одеялом, следить за дыханием и характером пульса.

5.При наличии психомоторного возбуждения уложить в постель, мягко фиксировать.

6.При развитии судорожного синдрома предотвратить травмы и прикус языка.

7.По показаниям – СЛР.

**Экстренная медицинская помощь амбулаторно**

1.Вызвать бригаду СМП.

2.Провести туалет полости рта.

3.Промыть желудок в горизонтальном положении пациента.

4.После промывания желудка ввести активированный уголь в дозе 60-100 гр (1г/кг массы тела) per os или в желудочный зонд в виде взвеси.

5.Дать солевое слабительное.

6.При развитии терминального состояния – СЛР.

7.Госпитализация пациента в горизонтальном положении.

**Алгоритмы промывания желудка**

**Промывание желудка механическим способом.**

**Стимуляция рвоты**

Показания:

Ранняя помощь при отравлениях в первые минуты после приема токсиканта.

Противопоказания:

- отравление прижигающими ядами;

- отравления у детей.

Методика:

- усадить или уложить пациента на бок со слегка опущенной головой;

- надеть перчатки, маску, фартук;

- порциями воды комнатной температуры (по 300-500 мл) напоить больного (обычно используют 5-10 порций);

- после каждой выпитой порции воды наклонить голову пациента над емкостью для промывных вод;

- попросить пациента открыть рот, ввести 2 пальца в ротовую полость до корня языка;

- после окончания рвотных движений салфеткой очистить полость рта от оставшихся в ней рвотных масс;

- процедуру повторять до чистых промывных вод и завершить ее туалетом полости рта.

**Промывание желудка зондовым методом**

Показания:

- ранняя помощь при отравлениях в первые 120 минут с момента употребления токсического вещества; если токсическое вещество в таблетках, то их остатки могут находиться в складках желудка до 24 часов, следовательно, метод эффективен и в более поздние сроки;

- удаление токсического вещества;

- уменьшение концентрации и удаление прижигающих жидкостей из желудка, также при подготовке к эндоскопии;

- в некоторых случаях промывание желудка необходимо выполнять и при внутривенном поступлении яда (алкалоиды группы опия секретируются слизистой желудка и повторно всасываются).

Противопоказания:

-нарушение сознания, кома, судороги;

-при заглатывании острых предметов и крупных частей растений;

-отравление прижигающими веществами;

-язвенная болезнь желудка, варикозно расширенные вены пищевода;

-недавно перенесенные операции на органах желудочно-кишечного тракта.

Осложнения:

-перфорация пищевода или желудка;

-кровотечение в результате травмы слизистой в момент проведения зонда;

-аспирация желудочного содержимого.

Оснащение:

- желудочный зонд;

- резиновый фартук 2 шт.;

- емкость с раствором для промывания 20оС;

- таз для промывных вод ;

- лоток для оснащения;

- лоток для отработанного материала;

- марлевые салфетки, шпатель;

- стерильная емкость для промывных вод;

- бланк-направление;

- емкость с дезинфицирующим раствором, ветошь, резиновые перчатки.

Обязательное условие:

- *раствор для промывания не должен быть теплым (будет всасываться) и не должен быть холодным (может вызвать спазм желудка).*

Подготовка к процедуре:

- поставить таз для промывных вод у ног пациента (для защиты одежды от загрязнения и промокания и предупреждения загрязнения окружающей среды);

- подготовить необходимое оснащение для обеспечения четкости выполнения процедуры;

- надеть фартук, вымыть и осушить руки, одеть перчатки (для обеспечения инфекционной безопасности).

Методика:

1.Осмотреть ротовую полость, удалить зубные протезы (если такие есть).

2. Пациента уложить на левый бок, чтобы избежать продвижения содержимого желудка в двенадцатиперстную кишку в течение процедуры.

3.Использовать зонд большого диаметра (наружный диаметр – 12-13,3 мм).

4.Измерить зондом расстояние до желудка (от мочки уха до кончика носа и до мечевидного отростка).

5.Смочить «слепой» конец зонда в воде и положить на корень языка, предложить пациенту дышать через нос, делать глотательные движения и в этот момент провести зонд на заданную длину по пищеводу в желудок.

*Примечание:* если во время введения зонда пациент начал задыхаться, кашлять – немедленно извлечь зонд.

6.Присоединить к зонду воронку или шприц Жане без поршня.

7.Проверить местонахождение зонда с помощью аспирационной или аускультационной пробы – вдувание воздуха в зонд с параллельной аускультацией области желудка.

8.Первую порцию желудочного содержимого в количестве 50-100 мл собрать для токсикологического исследования в стерильную емкость.

Отправить в лабораторию в сопровождении направления.

9.Медленно поднимая воронку вверх, в желудок влить жидкость. Вливать водопроводную воду комнатной температуры или изотонический раствор натрия хлорида в дозе 5-7 мл/кг массы тела.

10.После введения жидкости наружный конец поместить ниже уровня желудка, следя за вытеканием жидкости.

11.Общее количество жидкости для промывания – 10-15% массы тела больного. Показателем адекватности проведения методики могут служить «чистые» промывные воды (повторять промывание до получения «чистой воды»). При промывании желудка необходимо следить, чтобы количество введенной и выделенной жидкости были примерно равными.

12.Завершают процедуру введением взвеси активированного угля – 60-100 г (1г/кг массы тела) для адсорбции ядов.

13. Отсоединить воронку и быстрым движением удалить зонд через салфетку, пережав наружный конец зонда, чтобы предупредить аспирацию содержимого зонда.

14.Прополоскать пациенту рот.

15. Весь инструментарий, фартуки подвергнуть дезинфекции.

Снять перчатки, вымыть и осушить руки (обеспечение инфекционной безопасности).

***Наиболее часто встречающиеся ошибки при промывании желудка***

1.При положении пациента сидя создаются условия для поступления жидкости в кишечник под действием тяжести введенной жидкости.

2.Большой объем однократно введенной жидкости способствует открытию привратника и устремлению жидкости с содержащимся в желудке ядом в кишечник, где происходит наиболее интенсивный процесс его всасывания.

3.Отсутствие контроля за количеством введенной и выведенной жидкости приводит к накоплению большого количества жидкости в желудке, что способствует развитию так называемого отравления водой (гипотонической гипергидратации), особенно у детей.

4.Использование для промывания желудка концентрированных растворов перманганата калия опасно, так как они вызывают развитие химического ожога желудка.

К промыванию желудка необходимо подходить дифференцировано, в зависимости от конкретной ситуации. При субъективных и объективных трудностях, связанных с невозможностью промывания желудка (отсутствие зонда, набора для интубации трахеи, выраженном психомоторном возбуждении пациента) и при небольшом сроке после отравления (до 30 минут) оправдана быстрая госпитализация пациента в специализированное отделение.

**Приложение 2**

**Кейс 1**

Больной Феев Андрей Игоревич, 16 лет. В раннем детстве развивался без отклонений: ходить начал до 1 года, фразовая речь появилась около 2-х лет, интересовался игрушками, был любознательным. Когда мальчику было 3 года, перенес тяжелую травму головы, выпав из окна 2го этажа на асфальт. Около 3 часов не приходил в сознание. На следующий день после травмы перестал ходить. Речь стала невнятной. Ел только с посторонней помощью. В течение года после травмы отмечались рвота, недержание кала и мочи. Не ходил самостоятельно до 6 лет. С трудом мог одеваться в возрасте 9 лет. С 4 лет появились нарушения поведения: стал назойливым, капризным. К детям не стремился. С 9 лет начал обучаться во вспомогательной школе. С 13 лет усилились нарушения поведения, временами становился драчливым.

При обследовании в стационаре выявлены признаки гидроцефалии; неврологические симптомы: неравномерность глазных щелей, отклонение языка влево, неуверенная походка, нарушение координации. Запас сведений и речь бедные, не может перечислить месяцы года. Не в состоянии объяснить разницу между птицей и самолетом, женщиной и коровой, девочкой и куклой. Пословицы трактует буквально. Значительно снижена память. Некритичен к своим возможностям. Истощаем. Легко возбуждается по незначительному поводу. При недовольстве становится агрессивным.

**Задания:**

1**.**Сформулируйте вывод об имеющихся психических нарушениях и установите предположительно синдром на основании критериев, приведенных в курсе общей психопатологии.

2.Назовите критерии разграничения деменции от олигофрении.

3.Перечислите симптомы органической деменции у данного больного.

4.Приведите примеры планирования сестринской помощи при сестринских диагнозах у пациента, страдающего деменцией.

5.Дайте рекомендации родственникам больного, страдающего деменцией.

**Кейс 2**

Пациент Николаев Михаил Юрьевич, 19 лет, инвалид первой группы. Младший брат отца пациента страдает шизофренией. Пациент с детства отличался капризностью, не ходил в детское дошкольное учреждение, был привязан к матери. В школе учился плохо, был непослушен, одноклассники его не любили и часто обижали. Дома мог долго играть в одиночестве. С 9 лет увлекся изучением метро, выучил название всех станций, просил, чтобы его возили туда, где он еще не бывал. Будучи школьником, нередко просил машиниста взять его в кабину, задавал множество вопросов, интересовался системой регулировки движения поездов, заучивал принятые сокращения. Очень любил кошек, однако наряду с ласками допускал весьма жестокое обращение с ними, однажды сломал кошке ногу в процессе игры.

Примерно в 12 лет изменилось отношение больного к матери, стал грубить ей, требовать точного выполнения своих требований, если она не слушалась, грубо бранился, кусал её. Перестал справляться с учебой, своими замечаниями мешал проведению уроков. Был осмотрен психиатром и госпитализирован. Лечение нейролептиками помогало лишь частично, после выписки учился на дому, получил диплом об окончании 8 классов, но сам признается, что знаний по школьным предметам не имеет.

Последние 3 года госпитализируется ежегодно в психиатрические больницы. В больнице бывал так назойлив, что его избивали другие больные. Ни минуты не сидит на месте, задает множество неуместных вопросов, речь изобилует нецензурной бранью. Если ему делают замечания, начинает смеяться и громко повторяет неприличное слово. Отказывается выполнять простейшие математические вычисления. При этом помнит имена всех врачей в отделении, без труда перечисляет названия всех действующих и строящихся станций метро. Дома постоянно играет « в метро», выдумал свою систему « метрополитена имени Карла Маркса», состоящую из 16 линий и 147 станций.

**Задания:**

1.Оцените состояние больного синдромологически. Назовите симптомы данного синдрома. Дайте понятие о продуктивных и негативных симптомах.

2.Охарактеризуйте содержание понятий «психоз», «невроз».

3.Определите нарушенные потребности пациента и его проблемы.

Составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

4.Расскажите стандарт практической деятельности медицинской сестры при психомоторном возбуждении пациента.

**Кейс 3**

Пациент Панченко Дмитрий Сергеевич, 22 года, электрик, женат. В психиатрическое отделение поступает во второй раз в связи с быстро возникшей недоступностью. Первый приступ заболевания проявлялся острым бредом преследования и был купирован нейролептиками.

Явное ухудшение состояния наблюдается в течение последней недели, перестал отвечать на вопросы, ел мало, только после уговоров. Никак не возражал против требования родственников обратиться к врачу. Врач недооценил остроты психоза и поместил пациента в спокойное отделение. В отделении ни с кем не общался, не отвечал на вопросы врачей и медицинского персонала. Отказывался лечь в постель, сидел весь тихий час в кровати. Таблетки принимал после уговоров. На второй день было решено начать лечение инъекциями и пациента пригласили в процедурный кабинет. Спокойно вошел в кабинет, а затем внезапно разбежался, запрыгнул на подоконник и руками разбил стекло, яростно пытался сломать раму. В дальнейшем пассивно наблюдал, как ему обрабатывают раны, накладывают швы, делают инъекции.

**Задания**:

1.Определите синдромальную форму данного хронического психического расстройства.

2.Объясните ст.29 «Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке». (Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».) Дайте понятие о невменяемости.

3.Определите проблемы пациента.

4.Составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

5.Перечислите виды психиатрической помощи. Расскажите об особенностях работы в беспокойном отделении психиатрической больницы.

6.Охарактеризуйте основную проблему, вызванную психическими расстройствами: **Опасность больных для окружающих и для самих себя. Безопасность медицинского персонала**.

7.Расскажите стандарт практической деятельности медицинской сестры при психомоторном возбуждении пациента.

**Приложение 3**

**ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ по теме: «Организация психиатрической помощи. Основные психопатологические симптомы и синдромы»**

**Выберите среди слов, заключенных в скобки, наиболее подходящие по смыслу.**

1.Основным в диагностике психических заболеваний является (рентгенологический, электроэнцефалографический, клинический, генеалогический, экспериментально-психологический) метод.

2. При диагностике органических поражений мозга почти всегда требуется консультация (гастроэнтеролога, окулиста, кардиолога, фтизиатра).

3. Высокая эмоциональность, открытый общительный характер, откровенность, способность к сопереживанию обычно наблюдается у лиц с (астеническим, пикническим, атлетическим, грацильным) телосложением.

4. Наибольшую ценность данные ЭЭГ имеют в диагностике (эпилепсии, истерии, шизофрении, олигофрении).

5. Индекс IQ характеризует состояние (восприятия, памяти, интеллекта, эмоций, сознания).

6. Понятие «синдром» применяется для характеристики (причин болезни, текущего состояния больного, типа течения, прогноза заболевания).

7. Яркая мимика и жестикуляция больного, стремление привлечь внимание окружающих называется (спонтанностью, демонстративностью, пароксизмальностью, аутохтонностью).

8. Тяжелое нарушение психических процессов, при котором человек теряет способность правильно воспринимать и понимать окружающий мир и самого себя, называется (психозом, галлюцинозом, неврозом).

9. Признаком психоза является (нарушение адаптации, снижение настроения, чувство утомления, отсутствие критики).

10. Стойкий, необратимый характер психических расстройств является признаком (продуктивной, негативной, невротической, психотической) симптоматики.

11. Необычные, тягостные для больного и трудноописуемые ощущения (гиперестезия, сенестопатия, ипохондрия, парейдолия).

12. Показанием к неотложной госпитализации являются (элементарные, вербальные, сценоподобные, тактильные) галлюцинации.

13. Характерным признаком псевдогаллюцинаций является (чувство сделанности, экстрапроекция, усиление в вечернее время, яркость и естественность).

14. Истинные галлюцинации чаще всего возникают при (шизофрении, истерии, олигофрении, делирии).

15. Чувство собственной измененности, внутреннего преображения, утраты своего «Я» называется (галлюцинацией, дереализацией, деперсонализацией, ажитацией).

16. Полная утрата смысла высказываний при сохранности их грамматической структуры называется (обстоятельностью, резонерством, разорванностью, персеверацией, навязчивостью).

17. Наилучший прогноз характерен для синдрома (паранойяльного, параноидного, Кандинского – Клерамбо, острого чувственного бреда).

18. Синдром психического автоматизма характеризуется бредом (отравления, воздействия, величия, самообвинения).

19. Важнейшим симптомом корсаковского синдрома является (резонерство, бред величия, патологическая обстоятельность, фиксационная амнезия, аутистическое мышление).

20.Признаком тотального слабоумия является (отсутствие критики, снижение памяти, обстоятельность мышления, апатия и абулия).

21. Признаком апатико–абулического синдрома является (снижение аппетита, безразличие, чувство тоски, полная обездвиженность).

22. Эмоциональная ригидность и приступы дисфории являются характерными симптомами (шизофрении, истерии, олигофрении, эпилепсии).

23. При депрессии обычно наблюдается (снижение аппетита, сонливость, плаксивость, потребность в общении, частый жидкий стул, бред преследования).

24. При мании обычно наблюдается (агрессивное поведение, бред преследования, нарушение сна, снижение аппетита, ипохондричность).

25. Мутизм, негативизм и восковая гибкость являются симптомами (гебефренического, депрессивного, паранойяльного, маниакального, кататонического) синдрома.

26. Синдромы расстроенного сознания обычно проявляются (бредом, галлюцинациями, возбуждением, агрессивностью, дезориентировкой).

27. Парейдолические иллюзии и истинные галлюцинации наблюдаются при (оглушении, сопоре, делирии, онейроиде, абсансе).

28. Делирий является типичным проявлением (интоксикаций, шизофрении, эпилепсии, истерии, олигофрении).

29. Признаком сумеречного помрачения сознания являются (иллюзии и галлюцинации, несистематизированный бред и возбуждение, ступор и отсутствие рефлексов, внезапное начало и полная амнезия).

30. Малые припадки обычно проявляются (тоническими судорогами, клоническими судорогами, выключением сознания, злобно – агрессивным настроением).