СПб ГБПОУ«Акушерский колледж»

|  |  |
| --- | --- |
| Рассмотрена на заседании ЦМК«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 г.Протокол № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Председатель ЦМК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | УТВЕРЖДАЮМетодист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Лутошкина Т.А.«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 г. |

**Соловьёва Александра Александровна**

Тема:

**«Исследование психического статуса. Сестринская помощь при эндогенных психозах (шизофрения, аффективные расстройства, эпилепсия), сенильных и пресенильных психозах, умственной отсталости. Неотложная доврачебная помощь при психомоторном возбуждении, маниакальном и депрессивном возбуждении»**

**Методическая разработка практического занятия**

 **для преподавателей**

Раздел ПМ 02. Участие в лечебно-диагностическом процессе

МДК 02.01. «Сестринская помощь при нарушениях психического здоровья»

Специальность 34.02.01 «Сестринское дело»

Санкт-Петербург

2021

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА**

|  |  |
| --- | --- |
| Дисциплина:  | МДК 02.01.«Сестринская помощь при нарушениях психического здоровья» |
| Тема: | «Исследование психического статуса. Сестринская помощь при эндогенных психозах (шизофрения, аффективные расстройства, эпилепсия), сенильных и пресенильных психозах, умственной отсталости. Неотложная доврачебная помощь при психомоторном возбуждении, маниакальном и депрессивном возбуждении» |
| Автор: | Соловьёва Александра Александровна, преподаватель, высшая квалификационная категория |

2021

**Оглавление**

|  |  |
| --- | --- |
| * Введение
 | 4 |
| * Актуальность темы
 | 4 |
| * Основная цель занятия
 | 6 |
| * Задачи занятия
 | 6 |
| * Место проведения занятия, оснащение
 | 4 |
| * Вид занятия
 | 5 |
| * Продолжительность изучения темы
 | 5 |
| * План занятия
 | 16 |
| * Формирование общих компетенций
 | 9 |
| * Перечень основных показателей оценки результатов,

 элементов практического опыта, знаний и умений, подлежащих формированию  | 7 |
| * Внутрипредметные связи
 | 12 |
| * Межпредметные связи
 | 11 |
| * Задание для самоподготовки
 | 13 |
| * Этапы занятия и контроль их усвоение
 | 15 |
| * Учебная карта самостоятельной работы студентов на занятии
 | 16 |
| * Перечень литературы
 | 14 |

ВВЕДЕНИЕ

Основная цель методических рекомендаций – организовать и повысить качество самоподготовки студентов, а также оптимизировать проведение занятий по ПМ 02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах, МДК 02.01.«Сестринская помощь при нарушениях психического здоровья»,тема: «Исследование психического статуса. Сестринская помощь при эндогенных психозах (шизофрения, аффективные расстройства, эпилепсия), сенильных и пресенильных психозах, умственной отсталости. Неотложная доврачебная помощь при психомоторном возбуждении, маниакальном и депрессивном возбуждении»

С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и со­ответствующими профессиональными компетенциями обучающийся в ходе освое­ния профессионального модуля должен:

 **иметь практический опыт:**

оказания неотложной доврачебной помощи при психомоторном возбуждении, маниакальном и депрессивном возбуждении

 **уметь:**

* оказать СП при эндогенных психозах (шизофрения, аффективные расстройства, эпилепсия), сенильных и пресенильных психозах, умственной отсталости.

**МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ** практического занятия: учебная комната.

**ОСНАЩЕНИЕ занятия**:

1. Методические рекомендации к практическому занятию № 1 для студентов.

2. Алгоритмы действий.

3. Бортникова, (Цыбалова) С. М. Нервные и психические болезни : учеб. пособие / С. М. Бортникова (Цыбалова), Т. В. Зубахина, С. Г. Беседовский. - Ростов н/Д : Феникс, 2020. - 479 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-35190-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222351901.html (дата обращения: 19.04.2021). - Режим доступа : по подписке.

**ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ:** 270 мин

# **ВИД ЗАНЯТИЯ:** практическое занятие

**Актуальность 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.

**Цели обучения:**

**Общая цель:**

Студент должен овладеть элементами **общих компетенций**:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей

профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать 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 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

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

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации

ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий профессиональной деятельности.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности

Студент должен овладеть элементами **профессиональных компетенций:**

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

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.4 Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами использования

ПК 2.5 Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса

ПК 2.6. Вести утвержденную документацию.

**Учебная цель:**

1. Изучить особенности исследования психического статуса.

2. Изучить сестринскую помощь при эндогенных психозах, сенильных и пресенильных психозах, умственной отсталости.

Сформировать умения:

1. Неотложная доврачебная помощь при психомоторном возбуждении.
2. Неотложная доврачебная помощь при маниакальном возбуждении.
3. Неотложная доврачебная помощь при депрессивном возбуждении.

**Задача занятия**

* образовательная – расширить знания студентов об исследовании психического статуса; сформировать у них четкое представление о сестринской помощи при эндогенных психозах, сенильных и пресенильных психозах, умственной отсталости; ознакомить с неотложной доврачебной помощью при психомоторном возбуждении.
* развивающая – содействие активизации мышления студентов, воспитание творческого отношения к учебной деятельности, формирование научного мировоззрения.
* воспитательная – формирование сознательного отношения к процессу обучения, стремления к самостоятельной работе и всестороннему овладению специальностью, воспитание сознательной дисциплины и норм поведения обучающихся, развитие интереса к учебной дисциплине.

**ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ, ЭЛЕМЕНТОВ ПРАКТИЧЕСКОГО ОПЫТА, ЗНАНИЙ И УМЕНИЙ, ПОДЛЕЖАЩИХ ФОРМИРОВАНИЮ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Компетенция** | **Наименование элемента умений** | **Наименование элемента знаний** |
| **ПК 2.1.**Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств | **У 2.1.1**. владеть техникой коммуникационного общения (вербальные и невербальные виды общения)**У 2.1.2.** соблюдать этико-деонтологические нормы, культуру речи, морали и права при всех видах профессионального общения со всеми участниками лечебно-диагностического и реабилитационного процессов проведения обследования | **З 1.2.1.** демонстрациязнаний факторов,способствующих или препятствующих эффективному общению, обоснование выбора уровня и типа общения |
| **ПК 2.2.** Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимо­действуя с участниками лечебного процесса | **У 2.2.1.** грамотно определять приоритетности проблем пациента со здоровьем и потребности в сестринской помощи для их решения**У 2.2.2.** грамотно и эффективно обучать пациента и его окружение вопросам ухода и самоухода, профилактики при различных заболеваниях и состояниях | **З 2.2.1.** демонстрация знаний организации сестринского ухода за пациентами на основе этапов сестринского процесса**З 2.2.2.** демонстрация знаний основных причин, клинических проявлений, возможных осложнений, методов диагностики, принципов лечения и профилактики заболеваний и травм |
| **ПК 2.4.**Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования | **У 2.4.1.** осуществлять фармакотерапию в соответствии с назначением врача и инструкцией по применению лекарственных средств**У 2.4.2.** соблюдать инфекционную безопасность пациента и медицинского персонала при осуществлении фармакотерапии  | **З 2.4.1**. демонстрация знаний основных групп лекарственных средств, их форм, показаний и противопоказаний к применению, способов и путей их введения |
| **ПК 2.5.** Соблюдать правила пользования аппаратурой, оборудованием и изделиями медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса | **У 2.5.1.** грамотно готовить и выполнять правила пользования медицинской аппаратурой, оборудованием и изделиями медицинского назначения для проведения процедур и в ходе лечебно-диагностического процесса | **З 2.5.1.** демонстрация знаний принципов, правил и условий работы, обработки медицинской аппаратуры, медицинского оборудования и применения изделий медицинского назначения**З 2.5.2.** демонстрация знаний подготовки медицинской аппаратуры, медицинского оборудования и применения изделий медицинского назначения для проведения лечебно-диагностических вмешательств |
| **ПК 2.6.** Вести утвержденную медицинскую документацию | **У 2.6.1.** заполнять и вести медицинскую документацию медицинской организации в установленном порядке | **З 2.6.1.** демонстрация знаний основных видов медицинской документации подразделений медицинской организации амбулаторного и стационарного типов |

**ФОРМИРОВАНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ ОБЩИХ КОМПЕТЕНЦИЙ**

|  |  |
| --- | --- |
| **компетенция** | **Формируемый элемент** |
| ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес. | Э 1.1. Умение правильно сделать выборку из листа назначенийЭ 1.2. Умение правильно заполнить необходимую медицинскую документациюЭ 1.3. Способность научить пациента правильно применять лекарственные средства в разных лекарственных формах. Участие в социально-волонтёрской деятельности. |
| ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество. | Э 2.1. Обоснование выбора и применения метода и способа применения лекарственных средств энтеральным и наружным путями с учетом индивидуальных особенностей каждого пациентаЭ 2.2. Оценка эффективности и контроль качества выполнения манипуляций по применению лекарственных средств |
| ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.  | Э 3.1. Правильная оценка результатов действия лекарственного средства. Э 3.2. Анализ сложившихся ситуаций и немедленное информирование лечащего врача в случае развития осложнений медикаментозной терапии.Э 3.3. Осознание возможных последствий принятого решения для себя и окружающих.Э 3.4. Принятие решения об оказании неотложной помощи в пределах своей профессиональной компетенции и полномочий. |
| ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.  | Э 4.1. Умение самостоятельно работать со справочной литературой, расширять свои знания по вопросам эффективного применения лекарственных средствЭ 4.2. Владение способами получения информации из различных источников.Э 4.3. Умение анализировать, структурировать информацию и выделять главное.Э 4.4. Умение в деликатной форме донести до коллег полученную информацию.Э 4.5. Умение получить разъяснения у лечащего врача в случае возникновения вопросов или сомнений. |
| ОК 6. Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.  | Э 6.1. Умение передавать информацию по смене об особенностях реакции на лекарственную терапию у отдельных пациентов на вербальном и невербальном уровне.Э 6.2. Умение и готовность оказать помощь коллегам при возникновении необходимости в ней.Э 6.3. Умение обмениваться информацией о ходе медикаментозной терапии с докторами и медсестрами, проявляя терпимость к мнениям других. |
| ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации. | Э 8.1. Умение самостоятельно оценивать уровень своих знаний о современных лекарственных средствах, их особенностях действия и применения.Э 8.2. Умение осуществлять практико-ориентированный выбор способа повышения своей квалификации в отношении правильного применения лекарственных средств.Э 8.3. Демонстрация инициативности и мобильности в профессиональном обучении. |
| ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий профессиональной деятельности.  | Э 9.1. Проявление интереса к инновациям в области лекарственной терапии: новые лекарственные формы, их преимущества перед традиционными формами, и пр.Э 9.2. Способность анализировать и оценивать эффективность медицинских технологий на разных этапах развития общества и медицинской науки. |
| ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности. | Э 12.1. Организация мест хранения лекарственных средств в строгом соответствии с токсикологическими группами: списки А и Б, а также общий список.Э 12.2. Соблюдение строгого санитарно-гигиенического режима в местах хранения лекарств.Э 12.3. Правильное ведение учетной документации по расходованию лекарственных средств.Э 12.4. Умение пользоваться таблицами высших разовых и суточных доз наркотических, ядовитых и сильнодействующих лекарственных средств.Э 12.5. Соблюдение техники безопасности и охраны труда в структурных подразделениях медицинских организаций. |

**МЕЖПРЕДМЕТНЫЕ связи**

  **истоки выход**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Анатомия и физиология человека |  |  |  | Ото Сестринская помощь в оториноларингологии  |
|  |  |  |  |  |
| Основы латинского языка с медицинской терминологией |  |  |  | Сестринская помощь при инфекци­онных заболеваниях |
|  |  |  |  |  |
| Фармакология  |  | **«Исследование психического статуса. Сестринская помощь при эндогенных психозах (шизофрения, аффективные расстройства, эпилепсия), сенильных и пресенильных психозах, умственной отсталости. Неотложная доврачебная помощь при психомоторном возбуждении, маниакальном и депрессивном возбуждении»** |  | МДК.02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными |  |  |  | Основы реабилитации |
|  |  |  |  |  |
| Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе |  |  |  | Сестринская помощь при патологии нервной системы |
|  |  |  |  |

**ВНУТРИПРЕДМЕТНЫЕ СВЯЗИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ВХОД** | **ТЕМА** | **ВЫХОД** |
| * Организация психиатрической службы в России и за рубежом.
* Обязанности медицинской сестры психиатрического профиля.
* Медицинская документация.
* Сестринская помощь при эндогенных психозах.
* Понятие о cенильных и пресенильных психозах.
* Понятие об умственной отсталости.
* Определение возможных проблем пациента.
 | **«Исследование психического статуса. Сестринская помощь при эндогенных психозах (шизофрения, аффективные расстройства, эпилепсия), сенильных и пресенильных психозах, умственной отсталости. Неотложная доврачебная помощь при психомоторном возбуждении, маниакальном и депрессивном возбуждении»** | * Организация и оказание сестринской помощи психиатрическим пациентам.
* Методы исследования психического статуса.
* Принципы лечения пациентов с заболеваниями психики.
* Профилактика эндогенных психозов.
* Организация и оказание сестринской помощи при эндогенных психозах.
* Роль медицинской сестры в профилактике умственной отсталости
* Зачёт.
 |

**ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Раздел темы** | **Литература** | **Установочная инструкция** | **Вопросы для самоконтроля** |
| 1 | Исследование психического статуса | Бортникова, (Цыбалова) С. М. Нервные и психические болезни : учеб. пособие / С. М. Бортникова (Цыбалова), Т. В. Зубахина, С. Г. Беседовский. - Ростов н/Д : Феникс, 2020. - 479 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-35190-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222351901.html (дата обращения: 19.04.2021). - Режим доступа : по подписке. | Указать методы исследования психического статуса в рабочей тетради | Ответить на вопросы:1. Назовите основной метод диагностики психических расстройств.2. Расскажите о клиническом методе.3. Перечислите психологические методы. |
| 2 | Сестринская помощь при эндогенных психозах | Бортникова, (Цыбалова) С. М. Нервные и психические болезни : учеб. пособие / С. М. Бортникова (Цыбалова), Т. В. Зубахина, С. Г. Беседовский. - Ростов н/Д : Феникс, 2020. - 479 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-35190-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222351901.html (дата обращения: 19.04.2021). - Режим доступа : по подписке. | Составить индивидуальный опорный конспект | Ответить на вопросы:1. Дайте определение шизофрении.2. Охарактеризуйте формы шизофрении.3. Назовите определение эпилепсии.4. Укажите принципы исследования при эпилепсии.5. Дайте определение большому эпилептическому припадку, эпистатусу. |
| 3 | Пресенильные и сенильные психозы | Бортникова, (Цыбалова) С. М. Нервные и психические болезни : учеб. пособие / С. М. Бортникова (Цыбалова), Т. В. Зубахина, С. Г. Беседовский. - Ростов н/Д : Феникс, 2020. - 479 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-35190-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222351901.html (дата обращения: 19.04.2021). - Режим доступа : по подписке. | Студенты самостоятельно выполняют тесты  | Ответить на вопрос: 1.Назовите признаки сенильных и пресенильных психозов.2. Расскажите о СП при сенильных и пресенильных психозах. |
| 4 | Умственная отсталость | Бортникова, (Цыбалова) С. М. Нервные и психические болезни : учеб. пособие / С. М. Бортникова (Цыбалова), Т. В. Зубахина, С. Г. Беседовский. - Ростов н/Д : Феникс, 2020. - 479 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-35190-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222351901.html (дата обращения: 19.04.2021). - Режим доступа : по подписке. | Студенты самостоятельноВыполняют тесты | Ответить на вопросы:1. Дайте определение умственной отсталости.2. ОхарактеризуйтеКлассификацию умственной отсталости3. Расскажите о СП при умственной отсталости. |

**Литература, рекомендуемая для самоподготовки**

1.Бортникова, (Цыбалова) С. М. Нервные и психические болезни : учеб. пособие / С. М. Бортникова (Цыбалова), Т. В. Зубахина, С. Г. Беседовский. - Ростов н/Д : Феникс, 2020. - 479 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-35190-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222351901.html (дата обращения: 19.04.2021). - Режим доступа : по подписке.

2.Справочник для медицинской сестры психиатрической службы. Методические рекомендации. - Общероссийская общественная организация “ Ассоциация медсестер России “, СП-б, 2009.

3.Тюльпин Ю.Г. Психические болезни с курсом наркологии: Учебник.- М.: ГЭОТАР- Медиа, 2016.

# **ЭТАПЫ ПЛАНИРОВАНИЯ ЗАНЯТИЯ**

# **(ПРОТОКОЛ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Этапы практического занятия | Продолжи- тельность(мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 1. | Организационный | 4 | Проверка посещаемости ивнешнего вида обучающихся. |
| 2. | Формулировка темы ицели | 6 | Преподавателем объявляется темаи ее актуальность, цели занятия |
| 3. | Контроль входногоуровня знаний  | 30 | Тестирование  |
| 4. | Методические указания для самостоятельной работы студентов. | 20 | 1.Студенты с преподавателем разбирают ситуационную задачу с применением СП.2.Студенты решают ситуационную задачу с применением СП. |
| 5. | Самостоятельная работа обучающихся – работа в парах | 200 | Студенты обучаются методам удержания больного с агрессивными и суицидальными намерениями  |
| 6. | Подведение итогов | 5 | Заполнение и проверкадневников. итог занятия. Выставляются отметки |
| 7. | Задание на дом | 5 | Тема: «Наркология. Влияние ПАВ на цнс. СП при алкоголизме ,наркомании, токсикомании Неотложная доврачебная помощь при острой алкогольной интоксикации передозировке наркотиков». |

**УЧЕБНАЯ КАРТА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ НА ЗАНЯТИИ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *№* | *этапы работы* | *Способы выполнения*(описываются ориентировочные основы действий или ссылка на алгоритмы) | *вопросы* *для самоконтроля* |
|  | Организациязанятия | Мобилизовать внимание студентов на работу. Создание благоприятного климата. Организовать собранность, аккуратность |  |
|  | Формулированиетемы и ееобоснование | Раскрывают теоретическую и практическую значимость темы. Активизировать познавательную деятельность. |  |
|  | Определениецелей занятия | Определить цели конечного результата работы на занятии. Активизировать познавательную деятельность. |  |
|  | Предварительныйконтроль знаний | Письменно отвечают на тесты. Участвуют в обсуждении ошибок. |  |
|  | Формирование новых знаний, умений и навыков. | Презентация по теме |  |
|  | Инструктаж №1Задание длясамостоятельной работы | Отработка методов исследования в психиатрии | 1.Клинический метод.2. Технические и лабораторные методы.3. Психологические методы. |
|  | Самостоятельнаяработа | Делятся на пары. Отрабатывают алгоритмы неотложной доврачебной помощи при психомоторном возбуждении. |  |
|  | Инструктаж № 2задание для самостоятельнойработы | Решение ситуационных задач индивидуально. | Ответить на все задания. |
|  | Самостоятельная работа | Алгоритмы неотложной доврачебной помощь при маниакальном и депрессивном возбуждении. Преподаватель оказывает индивидуальную помощь. Отвечает на вопросы.Выделяет и разбирает общие ошибки.Оценивает и комментирует работу малых групп.  |  |
|  | Итоговый контроль | Выявить итоговый уровень знаний и умений. Развитие профессиональ-ного мышления. |  |
|  | Обобщение, подведение итогов занятия.Оценка работыстудентов | Анализ и стимуляция познавательной деятельности студентов |  |

**КОНТРОЛЬ ИСХОДНОГО УРОВНЯ**

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

**Выберите один правильный ответ**

1.ОСНОВНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД

1. рентгенологический
2. электроэнцефалографический
3. клинический
4. генеалогический

2. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОРГАНИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ МОЗГА ПОЧТИ ВСЕГДА ТРЕБУЕТСЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

1. гастроэнтеролога
2. окулиста
3. кардиолога
4. фтизиатра

3. ВЫСОКАЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОСТЬ, ОТКРЫТЫЙ ОБЩИТЕЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР, ОТКРОВЕННОСТЬ, СПОСОБНОСТЬ К СОПЕРЕЖИВАНИЮ ОБЫЧНО НАБЛЮДАЕТСЯ У ЛИЦ С ТЕЛОСЛОЖЕНИЕМ

 1) астеническим

 2) пикническим

 3) атлетическим

4) грацильным

4. НАИБОЛЬШУЮ ЦЕННОСТЬ ДАННЫЕ ЭЭГ ИМЕЮТ В ДИАГНОСТИКЕ

1. эпилепсии
2. истерии
3. шизофрении
4. олигофрении

5. ИНДЕКС IQ ХАРАКТЕРИЗУЕТ СОСТОЯНИЕ

1. восприятия
2. памяти
3. интеллекта
4. эмоций

6. ПОНЯТИЕ «СИНДРОМ» ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ

1. причин болезни
2. текущего состояния больного
3. типа течения
4. прогноза заболевания

7. ЯРКАЯ МИМИКА И ЖЕСТИКУЛЯЦИЯ БОЛЬНОГО, СТРЕМЛЕНИЕ ПРИВЛЕЧЬ ВНИМАНИЕ ОКРУЖАЮЩИХ НАЗЫВАЕТСЯ

1. спонтанностью
2. демонстративностью
3. пароксизмальностью
4. аутохтонностью

8. ТЯЖЕЛОЕ НАРУШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ, ПРИ КОТОРОМ ЧЕЛОВЕК ТЕРЯЕТ СПОСОБНОСТЬ ПРАВИЛЬНО ВОСПРИНИМАТЬ И ПОНИМАТЬ ОКРУЖАЮЩИЙ МИР И САМОГО СЕБЯ, НАЗЫВАЕТСЯ

 1) психозом

 2) галлюцинозом

 3) неврозом

 4) делирием

9. ПРИЗНАКОМ ПСИХОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. нарушение адаптации
2. снижение настроения
3. чувство утомления
4. отсутствие критики

10. СТОЙКИЙ, НЕОБРАТИМЫЙ ХАРАКТЕР ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ СИМПТОМАТИКИ

1. продуктивной
2. негативной
3. невротической
4. психотической

11.НЕОБЫЧАЙНЫЕ, ТЯГОСТНЫЕ ДЛЯ БОЛЬНОГО И ТРУДНООПИСУЕМЫЕ ОЩУЩЕНИЯ

1. гиперестезия
2. сенестопатия
3. ипохондрия
4. парейдолия

12. ПОКАЗАНИЕМ К НЕОТЛОЖНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ

1. элементарные
2. вербальные
3. сценоподобные
4. тактильные

13. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1. чувство сделанности
2. экстрапроекция
3. усиление в вечернее время
4. яркость и естественность

14. ИСТИННЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ

1. шизофрении
2. истерии
3. олигофрении
4. делирии

15. ЧУВСТВО СОБСТВЕННОЙ ИЗМЕНЕННОСТИ, ВНУТРЕННЕГО ПРЕОБРАЖЕНИЯ, УТРАТЫ СВОЕГО «Я» НАЗЫВАЕТСЯ

1. галлюцинацией
2. дереализацией
3. деперсонализацией
4. ажитацией

16. ПОЛНАЯ УТРАТА СМЫСЛА ВЫСКАЗЫВАНИЙ ПРИ СОХРАННОСТИ ИХ ГРАММАТИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ НАЗЫВАЕТСЯ

1. обстоятельностью
2. резонерством
3. разорванностью
4. персеверацией

17. НАИЛУЧШИЙ ПРОГНОЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СИНДРОМА

1. паранойяльного
2. параноидного
3. Кандинского – Клерамбо
4. острого чувственного бреда

18. СИНДРОМ ПСИХИЧЕСКОГО АВТОМАТИЗМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ БРЕДОМ

1. отравления
2. воздействия
3. величия
4. самообвинения

19. ВАЖНЕЙШИМ СИМПТОМОМ КОРСАКОВСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

1. резонерство
2. бред величия
3. патологическая обстоятельность
4. фиксационная амнезия

20.ПРИЗНАКОМ ТОТАЛЬНОГО СЛАБОУМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. отсутствие критики
2. снижение памяти
3. обстоятельность мышления
4. апатия и абулия

21. ПРИЗНАКОМ АПАТИКО–АБУЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

1. снижение аппетита
2. безразличие
3. чувство тоски
4. полная обездвиженность

22. ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ РИГИДНОСТЬ И ПРИСТУПЫ ДИСФОРИИ ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ

1. шизофрении
2. истерии
3. олигофрении
4. эпилепсии

23. ПРИ ДЕПРЕССИИ ОБЫЧНО НАБЛЮДАЕТСЯ

1. снижение аппетита
2. сонливость
3. плаксивость
4. потребность в общении

24. ПРИ МАНИИ ОБЫЧНО НАБЛЮДАЕТСЯ

1. агрессивное поведение
2. бред преследования
3. нарушение сна
4. снижение аппетита

25. МУТИЗМ, НЕГАТИВИЗМ И ВОСКОВАЯ ГИБКОСТЬ ЯВЛЯЮТСЯ СИМПТОМАМИ СИНДРОМА

1. гебефренического
2. депрессивного
3. паранойяльного
4. кататонического

26. СИНДРОМЫ РАССТРОЕННОГО СОЗНАНИЯ ОБЫЧНО ПРОЯВЛЯЮТСЯ

1. бредом
2. возбуждением
3. агрессивностью
4. дезориентировкой

27. ПАРЕЙДОЛИЧЕСКИЕ ИЛЛЮЗИИ И ИСТИННЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ

1. оглушении
2. сопоре
3. делирии
4. онейроиде

28. ДЕЛИРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ

1. интоксикаций
2. шизофрении
3. эпилепсии
4. истерии

29. ПРИЗНАКОМ СУМЕРЕЧНОГО ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

1. иллюзии и галлюцинации
2. несистематизированный бред и возбуждение
3. ступор и отсутствие рефлексов
4. внезапное начало и полная амнезия

30. МАЛЫЕ ПРИПАДКИ ОБЫЧНО ПРОЯВЛЯЮТСЯ

1. тоническими судорогами
2. клоническими судорогами
3. выключением сознания
4. злобно – агрессивным настроением

 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 в 1992 году принят Закон “ 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 уголовного преступления. 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 мировозрением, 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 из рук безумца оружия, 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 смертельной 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) , галоперилол, 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 длительные 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 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 ч; 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 предоставляются 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 2х 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.

**Эталон ответа**

**1**.Имеет место синдром нарушения интеллекта. Данные анамнеза, свидетельствующие о периоде нормального психического развития с последующим выпадением приобретенных навыков позволяют говорить о деменции, развившейся в раннем возрасте в связи с тяжелой черепно-мозговой травмой (типа контузии).

**2**.Органическая деменция: интеллектуальный дефект сочитается с психоорганическим синдромом (снижение памяти, расстройства поведения, аффективные нарушения).

**3**.Высокий риск травмы

Факторы риска: нарушения координации движений; пребывание в условиях низкой температуры в одежде, не защищающей от холода; ушибы о мебель; нанесение себе порезов при пользовании острыми предметами; драчливость; агрессивность.

Краткосрочная цель. Больной будет обращаться за помощью.

Долгосрочная цель. Больной не получит травму во время пребывания в стационаре.

Вмешательства и их обоснования:

-принимайте меры безопасности (часто наблюдайте за поведением пациента; вынесите из комнаты пациента все потенциально опасные предметы);

-применяйте лекарственные средства, назначенные врачом данному пациенту;

-научите родственников пациента методам предотвращения травм.

Результаты, которых желательно достичь.

а. пациент способен выполнять повседневные виды деятельности в пределах окружающей его обстановки, не причиняя себе травм;

б. родственники могут рассказать о средствах, обеспечивающих безопасность пациента.

**4**. Организация медикаментозного лечения и режима дня пациента с деменцией.

 • Разработайте регулярный распорядок дня. Если есть возможность, больше гуляйте с подопечным, делайте с ним гимнастику на свежем воздухе.

 • Организуйте правильное питание, богатое белком и витаминами. Объясните, как разогревать пищу или оставьте ее в термосе.

 • При бессоннице помогают прогулки после ужина, теплая ванна перед сном, молоко с мёдом или успокаивающие микстуры.

 • Внимательно относитесь к жалобам подопечного. Слушайте его терпеливо. Пусть плачет, если у него есть такая потребность. Если пациент проговаривает мысли о самоубийстве – срочно сообщите врачу.

• Занимайте его всеми возможными способами для реализации человека в семье, профессиональной сфере, чтобы повысить его самооценку (игры, кроссворды, разбирайте старые фотографии, не исключайте из жизни экскурсии, встречи с друзьями, читайте вместе любимые книги, обсуждайте текущие события).

 • Поддерживайте у пациента оптимистичное настроение (музыка пробуждает эмоции и воспоминания, физические упражнения сохраняют деятельными близкого).

 • Если подопечный становится скрытным, сосредоточенным на своих переживаниях, совершает нехарактерные действия (запасается лекарствами, раздает вещи), немедленно сообщите врачу.

• Важен контроль трат денег, приема лекарств. Держите на виду список телефонов для экстренной связи. Используйте зрительные подсказки (фотографии телефона). Оставляйте напоминания БОЛЬШИМИ БУКВАМИ близкому на видном месте в доме. Прикрепите рисунок ванны на соответствующей двери. Этикетки на ящиках, шкафах («носки») помогут избежать путаницы. Не оставляйте пациента без присмотра.

 • Храните лекарства в недоступном месте.

 • Уберите из дома сильнодействующие вещества и бытовые сильнодействующие химикаты. Спрячьте веревки, бритвы, ножи. Уберите ручки с окон и балконных дверей так, чтобы подопечный не мог самостоятельно их открыть.

 • Не забывайте о целебной силе юмора (не насмешки над тяжело больным). Как член семьи, друг или опекун , Вы можете стать защитником прав больного деменцией.

 • Уберите ручки с окон и балконных дверей так, чтобы подопечный не мог самостоятельно их открыть.

 **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.

**Кейс 4**

Пациентка Агинская Ангелика Анатольевна, 15 лет. Отец неизвестен, мать злоупотребляет алкоголем, ведет асоциальный образ жизни, нигде не работает. Обращение к психиатру было инициировано классным руководителем и сотрудниками детской комнаты милиции. Стало известно, что в течение последних двух недель у девушки повысилось настроение, она стала часто и громко хохотать на уроках; но всякий раз, когда ей ставили оценку ниже «отлично», она кричала; в ответ на малейшее замечание учителя бросалась на нее с кулаками, при всех ударила ее цветочным горшком по голове. На переменах выражалась нецензурной бранью в адрес педагога, черкала ручкой в документах учителя, бегала по всем кабинетам преподавателей жаловаться на учителя, ее дисциплинирующего. На беседе с инспектором по делам несовершеннолетних, ударила инспектора журналом по щеке, нецензурно заявила, что «перебьет всю полицию и любого, кто будет ее критиковать». На приеме к психиатру сердится, обещает «дать врачу в ухо». Присутствующую во время беседы педагога ударила ногой, заявив, что «нечего болтать попусту». Беседует охотно, настроение повышенное, сообщила о том, что «много гуляет с многочисленными поклонниками и друзьями». Свои возможности переоценивает: считает, что может окончить школу за полгода, а потом медицинский колледж за полгода, академию за 1 год и за 1 год сможет выучить при этом основные иностранные языки. Речь перемежает нецензурной бранью: «Мне так проще выражать мысли, все взрослые матерятся». Госпитализирована в психиатрический стационар. При осмотре: охотно беседует, многословна, перескакивает с одной темы на другую. Настроение повышенное, громко поет, танцует, декламирует стихи. Докучает медперсоналу и больным. Ночь не спала, пела песни. Критика к состоянию отсутствует.

Была выписана через полтора месяца без какой либо психопатологической симптоматики.

**Задания**:

1.Определите синдромальную форму данного хронического психического расстройства.

2.Определите нарушенные потребности и проблемы пациентки.

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

4.Перечислите причины развития психомоторного возбуждения.

5.Назовите асоциальные поступки при психомоторном возбуждении.

6.Составьте алгоритм оказания НМП при психомоторном возбуждении. Продемонстрируйте на фантоме алгоритм фиксации пациента.

**Кейс 5**

Пациентка Горявина Нина Степановна, 30 лет, страдает эпилепсией с детства. Рассказывает, что последние несколько месяцев постоянно находилась в подавленном настроении, так как муж за несколько недель до родов ушел из дома и жил с другой женщиной. После родов вернулся к жене, но никак не помогал жене в уходе за ребенком. Ребенок оказался очень беспокойным. Пациентка была вымотана бессонными ночами и язвительными замечаниями мужа. Муж рассказал, что однажды ночью раздался очередной крик ребенка и вместо того, чтобы успокоить его, пациентка схватила тяжелую хрустальную вазу со стола и 15 раз ударила новорожденную по голове. Тут же упала без сил возле кроватки девочки. Муж пытался привести пациентку в себя, бил ее по лицу. Она не сразу пришла в себя, никак не могла понять, что именно произошло.

**Задания**:

1.Определите синдромальную форму данного хронического психического расстройства.

2.Объясните ст.21 УК РФ «Невменяемость».

3.Продемонстрируйте на фантоме алгоритм фиксации больного.

4.Составьте алгоритм оказания доврачебной неотложной помощи при психомоторном возбуждении.

5.Расскажите алгоритм действий медицинской сестры в обращении с лекарственными средствами.

6.Охарактеризуйте особенности ухода за пациентами с психическими расстройствами в стационаре.

**Кейс 6**

Пациентка Раттер Елена Иосифовна, 52 года, поступила в больницу с жалобами на невыносимую тоску, чувство безисходности, отчаяние, невозможность продолжать работу, бессонницу, нежелание жить. Пониженное настроение связывает с неудачей на работе: путевки, которые она, как работник профсоюзов закупила для сотрудников, «сгорели» из-за краха туристической фирмы. Винила себя во всем, хотя начальство не предъявляло к ней никаких претензий, потери сотрудников были частично компенсированы администрацией. Совершенно не могла спать, все время рыдала, стонала, металась по квартире. Стала говорить мужу, что не хочет жить. Не могла выйти на работу, ничего не делала по дому, потеряла всякий интерес к домашним делам, не отвечала на телефонные звонки сотрудников, беспокоившихся о ее здоровье. Ела только по требованию мужа. Тревога и страх на фоне пониженного настроения особенно нарастали по утрам. Однажды утром муж заметил в руках жены веревку и потребовал объяснений, однако пациентка спрятала веревку и стала успокаивать мужа. Соседка медсестра дала мужу упаковку снотворных таблеток (50) и пациентка ночью приняла их одновременно.

**Задания**:

1.Определите синдромальную форму данного психического расстройства.

2.Определите нарушенные потребности и проблемы пациентки.

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

4.Перечислите особенности работы медсестры с пациентами с суицидальными тенденциями.

-рассказать об уходе и наблюдении за пациентами совершившими суицид.

5.Составьте алгоритм неотложной помощи при отравлении снотворными.

6.Продемонстрируйте на фантоме алгоритм промывания желудка механическим способом; зондовым методом. Расскажите о наиболее часто встречающихся ошибках при промывании желудка.