ПП 02.01 СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ (Сестринская помощь в психиатрии)

**Задание 1**

1.1. Заполните дневник производственной практики, в соответствии с требованиями и содержанием программы. Даты указать согласно графику учебной и производственной практики.

1.2. Заполните отчетные документы по итогам практики: аттестационный лист, отчет, характеристику организации.

**Задание 2**

2.1. Изучите примерный перечень синдромов. Повторите их клинические проявления (приложение 1).

2.2. Изучите примерный перечень проблем пациента (приложение 2).

2.3. Изучите возможные действия медицинской сестры (приложение 3).

2.4. Изучите ход решения профессионально - компетентностную задачу и запишите ответы на нее в дневник по производственной практики.

Вопросы:

* Определите ведущий синдром пациента, заполните таблицу.
* Установите предположительно синдром на основании критериев, приведенных в курсе общей психопатологии(признаки синдрома).
* Выделите проблемы, которые могут возникнуть у больного вследствие психического состояния, а так же из-за побочного действия лекарств, требующие внимания медицинского персонала в первую очередь.
* Определите тактику организации помощи больному и ухода за ним с учетом возникновения возможных проблем.

Эталон решения

1.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Синдром | Проблемы | Тактика медицинской сестры |
| Делирий | Психомоторное возбуждениеОпасность для себя и окружающих, возможность травм и раненияГаллюцинацииОтсутствие сознания болезниОтказ от приема лекарств и выполнения назначенийВозникновение пролежней, риск гипостатической пневмонииПовышение АДПонижение АДПовышение температурыТахикардияБессонницаДезориентировкаРиск отека мозга | Вызов дежурного врачаСтрогий надзор,фиксация больного,наблюдение за фиксированным больнымСледить за приемом едыСледить за приемом лекарствПоворачивать в постелиИзмерение АДИзмерение температурыСчитать пульсПроследить за поведением в ночное время, описать сон больногоВодить в туалетСледить за дыханиемСледить за количеством потребляемой и выделяемой жидкости |

2. Обоснование синдрома:

Синдромологически состояние больного следует расценить как делирий. Признаки делирия:

* нарушение ориентировки в месте, времени, ситуации (не может ответить, где находится, какое время суток, не понимает, что происходит);
* наличие истинных зрительных и слуховых (сценоподобных) галлюцинаций (толпа людей, угрожающих расправой, насекомые);
* двигательное возбуждение, поведение, обусловленное содержанием галлюцинаций.

Типично, что комплекс вышеперечисленных симптомов развился на фоне тревоги и бессонницы.

2. Проблемы

Делирий свидетельствует о резкой декомпенсации всех защитных сил организма, это опасное, угрожающее жизни состояние. Делирий – острое иллюзорно-галлюцинаторное помрачение сознания. Одно из наиболее ярких проявлений делирия — сценоподобные истинные галлюцинации, которые полностью преображают в сознании больных окружающую обстановку, так что он перестает понимать, где находится, не различает ночь и день, не понимает смысла происходящего, видит угрозу в действиях окружающих. Поведение больного отражает его болезненные переживания.

Наибольшего внимания требует психомоторное возбуждение. Возбуждение, связанное с галлюцинаторно-бредовыми переживаниями и нарушением ориентировки при делирии, может стать причиной нелепых поступков, опасных для окружающих и самого больного, причиной ранений и травм.

Дезориентировка больного может привести к тому, что он не отличает дверь и окно, пытается выйти в окно.

Пациент отказывается от приема лекарств, может забывать о приеме пищи. Такое состояние может продолжаться 3-5 суток, и все это время сохраняются помрачение сознания и продуктивная симптоматика, причем ухудшение состояния отмечается к вечеру, усиливаются галлюцинации, нарастает возбуждение.

Фиксация больных в состоянии делирия может привести к осложнениям, связанным с длительной обездвиженностью: пролежни, пережатие нервных стволов и сосудов. Кроме того, без соответствующего наблюдения больной может освободиться от фиксирующих ремней и совершить опасный поступок.

Тяжелый делирий может закончиться смертью. О тяжело протекающем делирии свидетельствуют полное отсутствие контакта с больным, слабость и истощение больного (пациент не может встать с постели) неразборчивая бормочущая речь. Особого внимания требуют больные с нарушениями дыхания и сердцебиения, обезвоживанием, отеками, падением или резким повышением АД, повышением температуры тела.

4. Тактика медицинской сестры

Вызов дежурного врача – необходим для уточнения диагноза, определения причин болезни и способов лекарственного лечения делирия, определения дальнейшей тактики ведения больного.

Фиксация больного — для выполнения необходимых назначений, а также предотвращения опасного для самого больного и окружающих поведения.

Постоянное наблюдение за больным необходимо для того, чтобы обнаруживать изменения в соматическом и психическом состоянии для своевременного выявления осложнений и побочных эффектов терапии.

Оценивать ритм дыхания, следить за частотой пульса, измерять АД и температуру необходимо для своевременного выявления коллапса, начинающейся пневмонии, отека мозга, сердечно-сосудистой недостаточности.

Наблюдение за фиксированным больным необходимо для соблюдения рекомендуемого временем иммобилизации, предотвращения появления пролежней.

Во избежание пролежней и гипостатической пневмонии в дневное время больной должен поворачиваться в постели, садиться, самостоятельно пить, возможно, вставать и ходить в туалет в сопровождении персонала.

Следует измерять количество жидкости , выпитой и введенной в виде растворов, а также объем мочи, следить, чтобы не возникало задержки жидкости или обезвоживания.

2.5. Выполните профессионально - компетентностные задачи и запишите ответы на нее в дневник по производственной практики, в соответствии с выше описанным эталоном ответа:

* Мужчина, 32 лет, был госпитализирован по настоянию родственников. Последний месяц перестал ходить на работу, отказывался от еды, заявлял, что «жизнь не удалась», лежал, отвернувшись лицом к стенке, просил его не беспокоить.
* Девушка 20 лет, при поступлении плачет, говорит, что ее жизнь кончена, она не хочет жить. Со слов родителей известно, что молодой человек, за которого она собиралась выйти замуж погиб в автомобильной катастрофе.
* Больной 37 лет поступил в терапевтическое отделение для лечения пневмонии. На третьи сутки, ночью, звал жену, шарил шваброй под кроватью, просил помочь ему прогнать мышей.
* Больной 30 лет болен с 17-летнего возраста. После окончания школы никогда не работал. В начале заболевания бил мать и младшую сестру, по несколько дней не ночевал дома, злоупотреблял алкоголем. Последние годы пассивен, почти не выходит из дома, иногда слушает радио, включив его на полную громкость. Не помогает по дому, моется только по принуждению, много лежит, злится, когда его заставляют встать с постели.
* Юноша 17 лет, учащийся выпускного класса школы, без всякой причины, стал молчалив и заторможен. Не мог прийти на первый урок, так как одевался только по принуждению родителей, иногда на это уходило до 1,5 часов. На уроках не отвечал на вопросы, ни на что не жаловался. Дома садился за стол во время обеда, смотрел на тарелку, а затем молча уходил, не съев ни ложки. На вопросы родителей не отвечал.
* Девушка 16 лет госпитализирована в психиатрическое отделение по инициативе родителей, рост 160 вес 35кг. Известно, что считает себя «безобразно» толстой, вызывает рвоту, принимает слабительные и мочегонные.
* Женщина 55 лет. Обратилась в клинику по настоянию мужа. Последние месяцы стала придирчива и подозрительна. Обвиняет мужа в распущенности, обыскивает его карманы, осматривает белье, следит за ним. Недавно муж обнаружил в ее сумочке нож. Больная объявила, что готова «решительно расправиться с любовницами мужа».

**Задание 3**

Пройдите репетиционное тестирование https://selftest-mpe.mededtech.ru/login.jsp на сайте методического центра аккредитации и результаты аккредитационного тестирования (скриншот или фото) приложите к дневнику практики.

Приложение 1

**Примерный перечень синдромов**

1) Астенический

2) Обсессивно - фобический

3) Ипохондрический

4) Истерические расстройства

5) Психопатическое (или психопатоподобное) поведение

6) Депрессивный

7) Маниакальный

8) Апатико-абулический

9) Острый бредовой синдром

10) Паранойяльный

11) Параноидный: синдром Кандинского-Клерамбо

12) Парафренный

13) Кататонический

14) Делирий

15) Онейроид

16) Корсаковский

17) Олигофрения (дебильность, имбецильность, идиотия)

18) Абстинентный синдром

19) Эйфория

20) Шизофренические изменения личности

21) Эпилептические изменения личности

22) Органическое снижение личности (психоорганический синдром)

23) Деменция

24) Пароксизмальный синдром (большой судорожный припадок, малый припадок, сумеречное помрачение сознания, дисфория).

25) Побочные эффекты психофармакотерапии (нейролептический синдром, соматические расстройства, ортостатический коллапс)

26) Нервная анорексия

Приложение 2

**Примерный перечень проблем пациента**

1) Психомоторное возбуждение

2) Опасность для окружающих

3) Риск суицидальных действий и самоповреждений

4) Тревога, беспокойство, неусидчивость

5) Нарушения памяти

6) Нарушение ориентировки

7) Отсутствие сознания болезни

8) Сложности с самообслуживанием

9) Отказ от еды (или вызывание рвоты)

10) Риск асоциального или противоправного поведения.

11) Риск судорожных припадков

12) Риск падения и травм

13) Отказ от приема лекарств

14) Риск злоупотребления лекарствами (психоактивными или непсихоактивными)

15) Двигательные расстройства (тремор, гиперкинезы, обездвиженность, скованность)

16) Расстройства сна (трудности с засыпанием, частые пробуждения, ранние пробуждения, бессонница, кошмарные сновидения)

17) Пассивность и бездействие

18) Поедание несъедобного

19) Неопрятность (недержание мочи и кала)

20) Боль (головная, в месте инъекций, в животе и т.п.) и неприятные ощущения в теле.

21) Задержка мочеиспускания и дизурия

22) Запоры

23) Головокружение, обморок, ортостатический коллапс

24) Повышение АД

25) Повышение температуры тела

26) Трудности со зрением

27) Ухудшение слуха

28) Галлюцинации (какие?)

29) Риск пролежней

30) Риск гипостатической пневмонии

31) Риск отека или обезвоживания

32) Кожные высыпания и сухость слизистых

Приложение 3

Возможные действия медицинской сестры

1) Вызов дежурного врача

2) Строгий надзор, следить за больным, не оставляя его ни на минуту одного (даже в туалете)

3) Не позволять больным укрываться одеялом с головой

4) Проследить за поведением в ночное время, описать сон больного

5) Следить за приемом пищи

6) Еженедельно взвешивать

7) Проверять наличие стула

8) Следить за приемом лекарств, класть дозу прямо в рот, проверять проглотил ли больной лекарство.

9) Положить теплую грелку на низ живота

10) Измерить температуру

11) Измерить АД, частоту пульса

12) Улаживать конфликты между больными

13) Фиксация в постели мягкими ремнями.

14) Наблюдение за фиксированным больным, предотвращение осложнений, вызванных обездвиженностью (пережатие нервных стволов или артерий, пролежни, гипостатическая пневмония)

15) Удержание руками, помощь при передвижении

16) Помощь в самообслуживании

17) Проверка личных вещей, тумбочек, холодильников на предмет лекарств, предметов, с помощью которых можно совершить суицид или социально-опасные действия, алкоголя, наркотиков, испорченных от времени продуктов и т.д.

18) Повернуть голову, слегка придерживая руками и ждать окончания приступа

19) Обработка кожи от пролежней.

20) Кормление.

21) Следить за мочеиспусканием, измерять количество принятой жидкости и выделенной мочи

22) Проведение психотерапевтической беседы с больным

23) Проведение разъяснительной беседы с младшим медперсоналом

24) Инструктирование родственников о правилах отделения, разрешенных и нежелательных действиях, продуктах рекомендуемых для передачи.

25) Активизация больного, вывод на прогулку, привлечение к участию в работе внутри отделения.

26) Оценка гигиенического состояния больного, принуждение к принятию ванны и душа.

27) Оценить наличие сердцебиения, определить, нет ли препятствий для дыхания.