Содержание

Введение

. Структура психиатрической помощи

. Описание психического статуса в медицинской документации

. Поведение медперсонала с возбужденными, бредовыми, депрессивными больными

. Правила приема и сдачи дежурств

. Особенности ухода за лицами пожилого возраста и ослабленными больными

. Порядок раздачи лекарств

. Особенности лечения больных детей с деменцией

. Больные с расстройством сознания

. Уход за больными с расстройствами воли. Кормление через зонд

. Роль медсестры в обучении членов семьи по уходу за больными на дому

Заключение

Список литературы

Введение

«Я, торжественно, перед Богом и в присутствии этого собрания даю обязательство: Провести мою жизнь в чистоте и верно служить моей профессии. Я буду воздерживаться от всего, что влечет за собой вред и гибель, и не стану брать или сознательно давать вредоносное лекарство. Сделаю все, что в моих силах, чтобы поддержать и возвысить уровень моей профессии, а также обещаю держать в тайне все личные вопросы, относящиеся к моему ведению и семейные обстоятельства пациентов, ставшие мне известными в ходе моей практики. С верностью я стану стремиться помогать врачу в его работе и посвящу себя благополучию тех, кто доверился моей заботе»

Обязательство Флоренс Найтингейл.

Психиатрическая больница - стационарное <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D1%80> учреждение здравоохранения <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5>, осуществляющее лечение и реабилитацию лиц с психическими расстройствами <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5\_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE>, а также выполняющее экспертные функции, занимаясь судебно-психиатрической, военной и трудовой экспертизой. Историками высказывались утверждения, что первая психиатрическая больница возникла вблизи северогерманского города Эльбинг <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BB%D1%8C%D0%B1%D0%BB%D0%BE%D0%BD%D0%B3> либо в испанском городе Валенсия <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B0%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D1%81%D0%B8%D1%8F>. В 2005 году <https://ru.wikipedia.org/wiki/2005\_%D0%B3%D0%BE%D0%B4> на конгрессе Всемирной психиатрической ассоциации <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%81%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%8F\_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F\_%D0%B0%D1%81%D1%81%D0%BE%D1%86%D0%B8%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F> прозвучало мнение, согласно которому первые учреждения такого рода появились в VIII веке <https://ru.wikipedia.org/wiki/VIII\_%D0%B2%D0%B5%D0%BA> на Ближнем Востоке <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BB%D0%B8%D0%B6%D0%BD%D0%B8%D0%B9\_%D0%92%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BA> в Багдад <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B0%D0%B3%D0%B4%D0%B0%D0%B4>е. Известно также, что специальные больницы, в которых лечили умалишенных, существовали в Константинополе <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D1%8C> - одна из таких больниц помещалась при церкви святой Анастасии, считавшейся целительницей душевнобольных. Вплоть до XVIII века душевнобольные в России <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%BE%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%8F> находились на попечении монастырей. Самой старой психиатрической больницей в России порой называют Колмовскую больницу, в 1706 году <https://ru.wikipedia.org/wiki/1706\_%D0%B3%D0%BE%D0%B4> новгородский митрополит Иов построил в Колмовском монастыре под Новгородом <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D0%B3%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B4> дом для подкидышей и инвалидную больницу, где содержались и лица с психическими расстройствами. В 1779 было объявлено об открытии в Петербурге <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B5%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B1%D1%83%D1%80%D0%B3> первого русского специального доллгауза «для пользования сумасшедших», ставшего через несколько лет отделением Обуховской больницы <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%B1%D1%83%D1%85%D0%BE%D0%B2%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F\_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D1%86%D0%B0>. К 1810 году <https://ru.wikipedia.org/wiki/1810\_%D0%B3%D0%BE%D0%B4> в России было открыто четырнадцать специализированных учреждений, к 1860 году <https://ru.wikipedia.org/wiki/1860\_%D0%B3%D0%BE%D0%B4> их число достигло сорока трёх. По свидетельству современников, в качестве мер стеснения применялись железные цепи, «ремни сыромятные» и смирительные камзолы. Наряду с другими методами лечения, в ходу были рвотные средства, водолечение, кровопускание и лечение пиявками. В советской психиатрии, в отличие от западной, стремившейся преимущественно к амбулаторному лечению, преобладала обратная тенденция: усиленно строилось всё большее количество стационаров.

Современная стационарная помощь душевнобольным осуществляется в условиях специализированных психиатрических больниц. В последнее десятилетие определилась четкая тенденция к сокращению числа психиатрических коек. Если в начале текущего столетия их число в западных странах составляло 4-6 коек на 1000 населения, то сейчас этот показатель в ряде стран сократился в 2-3 раза. Обеспеченность психиатрическими койками в различных регионах нашей страны различна. В среднем этот показатель составляет 1,5-2 койки на 1000 населения. Работа медицинского персонала в условиях психиатрических учреждений отличается от таковой в других больницах и имеет ряд особенностей. Эти особенности обусловлены главным образом тем, что многие психически больные не понимают своего болезненного состояния, а некоторые вообще не считают себя больными. Кроме того, у больных с расстроенным сознанием может наблюдаться резкое двигательное возбуждение. В связи с этим к медицинскому персоналу в психиатрических больницах предъявляют особые требования: постоянная бдительность, выдержка и терпение, находчивость, чуткое, ласковое отношение и строго индивидуальный подход к больным. Большое значение имеет согласованность в работе всего коллектива сотрудников отделения и больницы. Так, как знание всех деталей по уходу и надзору за психически больными является необходимым условием работы медицинской сестры или фельдшера в психиатрической больнице то и целью данной работы является закрепление практических навыков по уходу за психически больными, повышение теоретических знаний в сфере оказания психиатрической помощи.

1. Структура психиатрической помощи

Понятия «медицинская деонтология» и «медицинская этика» не тождественны. Проблема долга - одна из основных проблем медицинской этики, соответственно медицинская деонтология является отражением этических концепций, но она имеет более прагматический и конкретный характер. Если медицинская этика не несет в себе специфики, обусловленной той или иной врачебной специальностью (не существует отдельно этики терапевта, этики хирурга и так далее), то медицинская деонтология обрела черты специализации, обусловленные ее прикладным характером, взаимосвязью с той или иной медицинской профессией (различают деонтологию хирурга, гинеколога, педиатра, онколога, рентгенолога и т.д.). Следовательно, медицинская деонтология - есть часть медицинской этики, совокупность необходимых этических норм и предписаний для медицинских работников в осуществлении профессиональной деятельности. Аспектами деонтологии являются: взаимоотношения медиков с больным, родственниками больного и медиков между собой. Основой взаимоотношений является слово, что было известно ещё в древности: «Лечить надо словом, травами и ножом», - считали древние целители. Умным, тактичным словом можно поднять настроение больного, вселить в него бодрость и надежду на выздоровление и в то же время неосторожным словом можно глубоко ранить больного, вызвать резкое ухудшение его здоровья. Важно не только, что говорить, но и как, зачем, где говорить, как отреагирует тот, к кому обращается медицинский работник: пациент, его родственники, коллеги и т.д.

В психиатрической больнице, в зависимости от психиатрической бдительности, могут быть предусмотрены следующие режимы. Режим «А» - режим усиленного наблюдения медицинского персонала за больными с депрессией <http://www.medn.ru/statyi/depressiya-simptomy.html>, помраченным состоянием сознания, больными в стадии катагонического возбуждения и др. Режим «Б» - обычное психиатрическое наблюдение, предусматривает постоянный контроль среднего медперсонала за поведением больных, находящихся в отделении. Режим «В» - сочетание наблюдения с принципами доверия. Здесь широко используется нестеснение больного, возможность самостоятельного прихода и ухода из лечебно-трудовых мастерских, а также свободного передвижения внутри них. Режим «Г» - режим открытых дверей. Максимум нестеснения больного и минимум изоляции. Режим «Д» - амбулаторные больные.

Психиатрическая помощь населению осуществляется работой психоневрологического диспансера и психиатрической больницы. Больные, находящиеся на учете в психоневрологическом диспансере и вновь выявленные больные при необходимости направляются на лечение <http://www.medn.ru/statyi/Lecheniemolokom2.html> в стационар. При госпитализации больных в стационар медицинскому персоналу необходимо получить их согласие на госпитализацию и лечение. Принудительное лечение необходимо только тогда, когда больной неадекватный, не в состоянии критически относится к своему состоянию, если представляет опасность для себя и окружающих. Простое отделение психиатрической больницы включает в себя две половины: беспокойную и спокойную. На беспокойной половине содержатся больные с неадекватным поведением в остром состоянии: с бредом, галлюцинациями, психомоторным возбуждением, в ступоре. Такие больные нуждаются в постоянном наблюдении медицинского персонала, так как могут причинить вред себе и другим людям. Больные, нуждающиеся в особенном наблюдении и уходе, помещаются в особую палату - наблюдательную, которая постоянно контролируется санитаркой и медицинской сестрой. На спокойной половине находятся больные в период выздоровления, когда у них адекватное поведение, когда они могут ухаживать за собой и не опасны для себя и окружающих. В отделении психиатрической больницы все двери всегда закрыты на ключ, который находится только у врачей и среднего медицинского персонала. Окна должны быть зарешечены или стекла должны быть небьющиеся. Форточки на окнах должны располагаться так, чтобы больные не могли до них дотянуться. Медперсонал в психоневрологических стационарах должен постоянно проявлять бдительность, терпение, чуткость, вежливость, внимание к больным. Медицинские работники должны избегать яркой косметики <http://www.medn.ru/semiy/krasota-zhenschinyi/kosmetika.html>, ношения украшений (цепочек, серег), которые могут быть сорваны больными с психомоторным возбуждением. Медицинские сестры носят халат и шапочку. Волосы <http://www.medn.ru/statyi/sbornik-retseptov-narodnoy-meditsinyi-2/laquo-volos-raquo.html> необходимо убирать под шапочку. С больными, несмотря на их поведение, даже агрессивное, необходимо общаться терпеливо, вежливо, доброжелательно.

Нередко поведение психиатрических больных приводит к трагедиям, поэтому медицинская сестра должна быть бдительной, никогда не поворачиваться к больным спиной. Регулярно должны проверяться личные вещи больных, склонных к суициду, на предмет наличия острых, режущих предметов, черенков, щепок, проволоки, ручек, шпилек, спичек, заколок, то, чем больной может открыть дверь или причинить вред себе и другим. Личные вещи других больных также периодически подвергаются осмотру. Ревизию личных вещей лучше проводить в то время, когда больного нет в палате (больной находится в столовой, ванной <http://www.medn.ru/medblog/lechebnyevannysdobavkami/>, на прогулке), это щадит чувства больных. Если требуется немедленно просмотреть вещи больного, его вызывают в кабинет врача или в другое место вне палаты. Во время приема пищи больным подают еду, которую можно есть только с помощью ложки. Комната, где находятся столовые приборы (ножи, вилки) и другие предметы должна быть всегда закрыта, чтобы больные не могли туда свободно попасть. В организации слаженной работы психиатрического отделения большую роль имеет работа медицинской сестры, которая осуществляет не только назначения врача, лечебные манипуляции, уход за больными <http://www.medn.ru/statyi/Obshhijuxodzabolnym.html>, но и помогает больным в выздоровлении и реабилитации. Медицинская сестра должна быть хорошо осведомлена о количестве больных в отделении на каждый день, знать больных по имени, отчеству, фамилии, в каких палатах лежит каждый из них, причины отсутствия некоторых из них. Она должна знать о психическом заболевании <http://www.medn.ru/statyi/Raznoobraznyezabolevaniya.html> каждого больного, особенностях его течения, о состоянии на данный момент, о проводимом ему лечении. Медсестра должна знать, какие назначения сделал лечащий врач и неукоснительно выполнять их в определенное время. Общение медсестры с больными должно быть ровным, серьезным, терпеливым, заботливым. Нельзя чрезмерно заискивать и либеральничать с больными. Нельзя среди больных отделения выделять «любимчиков» и оказывать внимание только им, забывая про остальных больных.

Медсестра должна строго следить за режимом в психоневрологическом отделении, так как его поддержание является залогом успешного лечения психических больных. Запрещаются посторонние разговоры в присутствии больного, даже если больной полностью безучастен к окружающему. Иногда такой больной после окончания курса лечения рассказывает о том, что в его присутствии медицинские сестры или санитарки вели разговоры на самые посторонние темы, выслушивать которые ему было крайне тягостно, но он не мог говорить и двигаться, например при кататоническом ступоре. Посторонние разговоры персонала не менее тяготят больных, находящихся в депрессивном и тоскливом состоянии. Больные с бредовыми идеями отношения или самообвинения в этих разговорах нередко усматривают ряд «факторов», которые, на их взгляд, имеют прямое отношение к ним. Это может усилить беспокойство больных, нарушить контакт с медицинским персоналом. Такие больные начинают подозрительно относиться к медицинской сестре, не принимают лекарства из ее рук. В таких случаях говорят, что больной «вплетает» окружающих в свой бред.

В присутствии больных нельзя обсуждать состояние здоровья кого-либо из них, говорить о его заболевании, высказывать суждение о прогнозе. Категорически запрещается смеяться над больными, вести беседу в ироническом, шутливом тоне. Нередко больные с бредовыми идеями высказывают различные предположения о причине своего пребывания в больнице, жалуются на то, что их не лечат, а все якобы делают для того, чтобы избавиться от них, умертвить. Надо внимательно и терпеливо выслушать больного. Не следует стремиться, во что бы то ни стало разубедить больного, но нельзя и соглашаться с его бредовыми высказываниями. Иногда, для того чтобы успокоить больного, медицинская сестра обещает ему очередное свидание с родными, разговор по телефону, но не выполняет его, т. е. обманывает больного. Это совершенно недопустимо, так как больной теряет доверие к медицинскому персоналу. В случае, если невозможно прямо и конкретно дать ответ на тот или иной вопрос, следует перевести разговор на другую тему, отвлечь больного. Не рекомендуется обманным путем помещать больного в стационар: это затрудняет в дальнейшем контакт с ним, больной надолго становится недоверчивым, ничего не рассказывает о себе, о своих переживаниях, а иногда становится озлобленным. Не следует бояться больных, но не нужно бравировать излишней храбростью, так как это может привести к тяжелым последствиям. Больные часто пишут различные письма, заявления, жалобы в разные учреждения. В этих письмах они излагают свои «мытарства», требуют, чтобы их обследовала комиссия, и т. д. Поэтому перед отправлением все письма, написанные больными, должны быть прочитаны медицинской сестрой или врачом.

Письма, которые по своему содержанию носят явно болезненный характер или имеют какие-либо нелепые высказывания, отправлять не следует. Эти письма медицинская сестра должна передать врачу. Письма и записки, поступающие в отделение, перед тем, как их раздать больным, тоже надо прочитать. Это делается для ограждения больного от травмирующих известий, которые могут ухудшить состояние его здоровья. Передачи больным (продукты и вещи) следует тщательно просматривать, чтобы родственники и знакомые умышленно или без умысла не передали больному то, что может быть ему противопоказано или даже опасно для него, например лекарства (особенно наркотики), спиртные напитки, иголки, лезвия, ручки, спички. Медицинская сестра контролирует не только больных в отделении, но она должна руководить работой санитаров и контролировать их работу. Она должна следить за тем, чтобы в работе санитарного поста между разными сменами сохранялась преемственность, чтобы в отделении всегда присутствовали санитары. Медсестра рассказывает новой смене санитаров, какие больные требуют особого внимания и ухода. Работа медицинской сестры - это творческий процесс, включающий в себя проведение лечебного процесса, для которого необходимы знания болезни, ее течения, методов лечения. Медицинская сестра несет ответственность за проведение многих жизненно необходимых процедур. Медсестре психиатрического отделения необходимы знания о психологии больного, особенности течения его заболевания, к каждому больному должен быть индивидуальный подход. Эти знания нужны для адекватного выполнения лечебной работы медсестры, потому что получить согласие психиатрического больного на проведение той или иной процедуры, принятие лекарственных средств бывает очень сложно, вследствие психосоматической патологии, бредовой симптоматики, галлюцинаций. Для психических больных уход и наблюдение, осуществляемый медсестрой всегда остается важным процессом в лечении. Медицинская сестра психиатрического отделения является также связующим звеном между пациентом и врачом.

. Описание психического статуса в медицинской документации

Определение психического статуса является важнейшей частью процесса психиатрической диагностики, то есть процесса познания больного, который, как всякий научно познавательный процесс, должен происходить не хаотически, а планомерно, по схеме - от явления к сущности. Активно-целенаправленное и определенным образом организованное живое созерцание явления, то есть определение или квалификация настоящего статуса (синдрома) больного является первым этапом распознавания болезни. Некачественное исследование и описание психического статуса больного чаще всего бывает по той причине, что врач не освоил и не придерживается определенного плана или схемы изучения больного, а поэтому делает это хаотически.

Поскольку психическая болезнь есть суть болезнь личности, то психический статус душевнобольного будет складываться из личностных особенностей и психопатологических проявлений, которые условно подразделяются на позитивные и негативные. Приняв условные обозначения, можно сказать, что психический статус душевнобольного состоит из трех «слоев» ПНЛ: позитивных расстройств (П), негативных расстройств (Н) и личностных особенностей(Л).

Кроме этого, проявления психической деятельности могут быть условно разделены на четыре основные сферы ПЭПС: 1. Познавательная (интеллектуально-мнестическая) сфера, в состав которой входит восприятие, мышление, память и внимание (П). 2. Эмоциональная сфера, в которой выделяются высшие и низшие эмоции (Э). 3. Поведенческая (двигательно-волевая) сфера, в которой выделяются инстинктивная и волевая активность (П). 4. Сфера сознания, в которой выделяются три вида ориентировки: аллопсихическая, аутопсихическая и соматопсихическая (С).

Таблица 1. Структурно-логическая схема психического статуса

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Психическая деятельность | | Позитивные расстройства (П) | Негативные расстройства (Н) | Личностные особенности (Л) |
| Познавательная сфера (П) | Восприятие Мышление Память Внимание |  |  |  |
| Эмоциональная сфера (Э) | Низшие эмоции Высшие эмоции |  |  |  |
| Поведенческая сфера (П) | Инстинктивная активность Волевая активность |  |  |  |
| Сфера сознания (С) | Аллопсихическая ориентировка Аутопсихическая ориентировка Соматопсихическая ориентировка |  |  |  |

Описание психического статуса проводится после составления представления о синдроме, которым определяется состояние, об его структуре и индивидуальных особенностях. Описание статуса является описательным, по возможности без употребления психиатрических терминов, таким образом, чтобы другой врач, обратившийся к истории болезни поэтому клиническому описанию смог бы путем синтеза дать этому состоянию свою клиническую трактовку, квалификацию. Придерживаясь структурно-логической схемы психического статуса необходимо описывать четыре сферы психической деятельности. Можно избрать любую последовательность при описании этих сфер психической деятельности, однако нужно соблюдать принцип: не описав полностью патологию одной сферы, не переходить к описанию другой. При таком подходе ничто не будет упущено, так как описание идет последовательно и систематизировано.

Рекомендуется начать изложение психического статуса с описания внешнего вида и поведения больного. При этом следует отметить, как больной доставлен в кабинет (пришел самостоятельно, в сопровождении, пошел на беседу охотно, пассивно или отказался прийти в кабинет), позу больного во время беседы (стоит, сидит спокойно, беспечно или беспокойно двигается, вскакивает, куда-то стремится), его осанку и походку, выражение лица и глаз, мимику, движения, манеры, жестикуляцию, опрятность в одежде. Отношение к беседе и степень заинтересованности в ней (сосредоточенно слушает или отвлекается, понимает ли содержание вопросов и что мешает больному их правильно понимать).

Особенность речи больного: оттенки голоса (модуляции тембра - монотонный, громкий, звучный, тихий, охрипший, крикливый и т.п.), темп речи (быстрый, замедленный, с паузами или без остановок), артикуляция (скандированная, заикание, шепелявость), словарный запас (богатый, бедный), грамматический строй речи (аграмматичная, разорванная, путаная, неологизмы), целенаправленность ответов (адекватные, логичные, по существу или не по существу, конкретные, обстоятельные, витиеватые, одноплановые, разноплановые, законченные, оборванные и т.п.).

Должна быть отмечена доступность или отсутствие доступности больного. При затруднении возможности контакта отразить, чем это обусловлено (активным отказом от контакта, невозможностью контакта ввиду психомоторного беспокойства, мутизма, оглушения, ступора, комы и т.д.). При возможности контакта описывается отношение больного к беседе. Необходимо подчеркнуть, активно или пассивно излагает больной свои жалобы, какой эмоциональной и вегетативной окраской они сопровождаются. Следует указать, если больной не жалуется на свое психическое состояние и отрицает какие-либо психические расстройства у себя. В этих случаях, активно расспрашивая больного, описывается даваемая им интерпретация самого факта стационирования в больницу.

Описывается целостное поведение, соответствие (несоответствие) поступков больного характеру его переживаний или окружающей обстановке. Приводится картина необычных реакций на окружающее, контакты с другими больными, персоналом, знакомыми и родственниками. Общая характеристика личности с оценкой своего состояния, отношение к близким, к лечению, ближайшие и отдаленные намерения.

Вслед за этим необходимо описать поведение больного в отделении: его отношение к приему пищи, лекарств, к пребыванию в больнице, отношение к окружающим больным и персоналу, склонность к общению или отгороженности. Описание психического состояния заканчивается изложением результатов исследования внимания, памяти, мышления, интеллекта и критики больного по отношению к болезни и ситуации в целом.

3. Поведение медперсонала с возбужденными, бредовыми, депрессивными больными

Возбуждение представляет собой сложное патологическое состояние, включающее речевой, мыслительный и двигательный компонент. Оно может развиваться на фоне бреда, галлюцинаций, расстройств настроения, сопровождаться растерянностью, страхом и тревогой. При оказании помощи возбужденному больному основная задача медсестры состоит в обеспечении безопасности больного и окружающих. Часто для контроля над беспокойством достаточно бывает создать спокойную обстановку и наладить контакт с пациентом, чтобы он чувствовал себя в безопасности. При психотических расстройствах (бред, галлюцинации) для купирования возбуждения применяют нейролептики-антипсихотики. Основное показание к инъекциям психотропных средств - отсутствие согласия больного на лечение, поскольку различия между таблетированными и инъекционными формами препаратов касаются в основном скорости развития терапевтического эффекта и, в меньшей степени, уровня достигаемой седации. Оптимальный путь введения лекарственных средств - внутримышечный; внутривенное введение препаратов необязательно, а в некоторых случаях физически невозможно. Современные стандарты терапии предполагают использование таблетированных (например, рисперидон, оланзапин) и инъекционных форм атипичных антипсихотиков (например, Рисполепт Конста) в качестве средств первой линии у всех групп пациентов, в то время как традиционные нейролептики остаются препаратами резерва. При декомпенсации психического заболевания у соматически здорового пациента для купирования возбуждения при необходимости используются максимальные дозы препаратов. Обычно внутримышечно вводят оланзапин (Зипрекса) в дозе 5-10 мг или зуклопентиксол (Клопиксол-Акуфаз) в дозе 50 мг. Введение некоторых нейролептиков (галоперидол, зуклопентиксол, оланзапин, трифлуоперазин) нередко сопровождается развитием экстрапирамидных расстройств и требует параллельного использования корректоров - антипаркинсонических средств, таких как тригексифенидил (Циклодол, Паркопан, Ромпаркин). При отсутствии атипичных нейролептиков можно вводить 100-150 мг (4-6 мл 2,5 %-ного раствора) хлорпромазина (Аминазина) или левомепромазина (Тизерцина) внутримышечно. Введение нейролептиков требует контроля уровня артериального давления в связи с опасностью развития коллапса. Для профилактики ортостатических реакций применение нейролептиков в дозах, превышающих минимально эффективные, следует сопровождать внутримышечной инъекцией 2,0-4,0 мл 25 %-ного раствора Кордиамина (в другую ягодицу). Из таблетированных препаратов предпочтение отдается рисперидону (Рисполепт) в дозе 1-4 мг или обладающему сильным нейролептическим и седативным действием клозапину (Азалептин, Лепонекс) в дозе до 150 мг однократно.

Допускается временная фиксация больного с тяжелым возбуждением при обязательном документировании медсестрой данной процедуры. В этом случае больной должен находиться под постоянным наблюдением медицинского персонала. Важно не допускать пережатия кровеносных сосудов, для чего фиксирующие повязки должны быть достаточно широкими. Согласно закону «О милиции» (1991) и приказу МЗ РФ и МВД РФ «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами» № 133/269 от 30 апреля 1997 г. правоохранительные органы должны в подобных случаях оказывать содействие врачам.

Транквилизаторы (в частности, бензодиазепины) наиболее эффективны при невротических расстройствах, в частности при панических атаках; их применение рекомендуется также в тех случаях, когда диагноз неясен. Из группы бензодиазепинов оптимально использование препаратов с более коротким периодом полувыведения и максимальным анксиолитическим эффектом, например, лоразепама. При возбуждении, развивающемся вследствие глубоких метаболических расстройств (при интоксикации, тяжелой инфекции и др.), также предпочтительно применение транквилизаторов бензодиазепинового ряда -диазепама в дозе 10-30 мг (2-6 мл 0,5 %-ного раствора) или лоразепама в дозе 5-20 мг (-8 мл 0,25 %-ного раствора). Нейролептики в таких случаях лучше не применять, а при необходимости их использования дозу препаратов следует уменьшать.

При ажитированной депрессии (с длительным речедвигательным возбуждением), меланхолическом раптусе возможно внутримышечное введение антидепрессантов с седативным действием (с целью потенцирования успокаивающего эффекта), например амитриптилина в дозе 40-80 мг (2-4 мл 2 %-ного раствора). Препараты выбора для лечения психомоторного возбуждения - седативные нейролептики, в том числе в виде комбинации с дифенгидрамином (Димедрол) или прометазином (Дипразин, Пипольфен), или транквилизаторы. Транквилизаторам должно быть отдано предпочтение у пожилых, при наличии тяжелых соматических заболеваний, выраженной гипотонии. Лекарственные препараты вводят парентерально, однако не следует пренебрегать назначением их перорально, влияя тем самым на скорость начала действия препарата. Необходима коррекция доз препаратов в сторону увеличения, если больной ранее уже получал психофармакотерапию. Галоперидол, зуклопентиксол, оланзапин, трифлуоперазин обязательно назначают с корректором - тригексифенидилом (Циклодол) в дозе 2 мг.

При организации ухода за возбужденными больными необходимо учитывать, что, независимо от нозологической основы психического заболевания они совершают множество лишних действий, не поддаются уговорам, сопротивляются попыткам успокоить их. Для большинства таких пациентов характерна неожиданность поступков, психомоторное возбуждение часто сопровождается речевым, больные громко, порой, бессмысленно кричат. Они не в состоянии контролировать свои поступки, под влиянием бредовых идей, расстройств восприятия или в связи с расстроенным сознанием больные нередко совершают действия, представляющие опасность и для них, и для окружающих, которые не всегда могут правильно оценить состояние пациента, учесть возможные последствия его поведения. Острое начало заболевания нередко вызывает у окружающих страх. Главная задача при этом - установить характер заболевания и немедленно приступить к оказанию помощи. При уходе и надзоре за возбужденным больным в первую очередь нужно обеспечить безопасность самого пациента и его окружающих, создать благоприятные условия для оказания помощи. В палате, в которой находится больной, не должны находиться посторонние, кроме тех, кто будет участвовать в организации надзора за ним, необходимо убрать колющие, режущие и другие предметы, которые могут быть использованы как средства самоубийства или в качестве орудия нападения. Медработник ни в коем случае не должен проявлять страха перед больным, относиться к нему заботливо, спокойно, терпеливо, но в то же время быть твердым и решительным. Чтобы избежать неожиданного удара или нападения, необходимо подойти к больному сбоку, усадить его, положить руки на его кисти рук и попытаться успокоить, объясняя, что ему ничего не угрожает и его состояние скоро пройдет и т.п. Спокойная беседа нередко уменьшает возбуждение. Если установить контакт с больным не удается, необходимо прибегнуть к лекарственным средствам, купирующим возбуждение. При отказе больного принять лекарство его вводят насильно. Однако наступившее под влиянием фармакологических средств успокоение больного часто носит временный характер, и после прекращения действия препарата возбуждение возникает с прежней силой. Успокоение пациента ни в коем случае не должно усыплять бдительность врача. Основные правила надзора за больным, страдающим психозом, - тщательность, непрерывность и действительность. При маниакально-депрессивном психозе поведение больного в состоянии маниакального возбуждения в значительной мере обусловлено повышенным настроением, стремлением к деятельности. Обычно такого пациента удается отвлечь от нежелательных действий. Запреты вызывают у таких больных гнев и раздражение, а слово оказывает благоприятное влияние.

Часто встречающиеся ошибки: Оставление больного без надлежащего наблюдения и контроля за его поведением; Недооценка опасности психомоторного возбуждения для самого больного и окружающих (в том числе не привлечение помощи сотрудников милиции); Пренебрежение методами физического удержания; Уверенность в необходимости только внутривенного введения седативных средств, исключая внутримышечный и пероральный пути; использование корректоров при введении нейролептиков, способных вызывать побочные экстрапирамидные расстройства.

. Правила приема и сдачи дежурств

Чаще всего передача дежурства производится утром, но может производиться и днем, если одна медицинская сестра работает первую половину дня, а вторая - вторую половину дня и ночью. Принимающая и сдающая дежурство медсестры обходят палаты, проверяют санитарно-гигиенический режим, осматривают тяжелобольных (проведены ли меры по профилактике пролежней, смена постельного и нательного белья) и расписываются в журнале приема и передачи дежурства, в котором отражены общее количество больных в отделении, число тяжелобольных и лихорадящих, перемещения больных, срочные назначения, состояние медицинского инвентаря, предметов ухода, чрезвычайные происшествия. В журнале обязательно должны быть четкие, разборчивые подписи принявшей и сдавшей дежурство медицинских сестер.

Медицинская сестра, проверяя лист назначений, ежедневно составляет «порционник» (если отсутствует диетная сестра). Порционник должен содержать сведения о количестве различных диетических столов и видах разгрузочных и индивидуальных диет. На больных, поступивших вечером или ночью, порционник составляет дежурная медицинская сестра. Сведения палатных медицинских сестер о числе диет суммирует старшая медицинская сестра отделения, они подписываются заведующим отделением, затем передаются в пищеблок.

Журнал учета лекарственных средств списка А и Б. Лекарственные средства, входящие в список А и Б, хранят раздельно в специальном шкафу (сейфе). На внутренней поверхности сейфа должен быть перечень этих лекарств <http://www.medn.ru/statyi/lechenie-solyu-skipidarom-kerosinom/lekarstva-i-lekarstvennaya-bolezn.html>. Наркотические средства обычно хранят в этом же сейфе, но в специальном отделении. В сейфе хранят также остродефицитные и дорогостоящие средства. Передача ключей от сейфа регистрируется в специальном журнале. Для учета расхода лекарственных средств, хранящихся в сейфе, заводятся специальные журналы. Все листы в этих журналах следует пронумеровать, прошнуровать, а свободные концы шнура заклеить на последнем листе журнала бумажным листом, на котором указывается количество страниц. На этом листе ставится печать, а также расписывается руководитель лечебного отделения. Для учета расхода каждого лекарственного средства из списка А и списка Б выделяют отдельный лист. Хранят этот журнал тоже в сейфе. Годовой учет расхода лекарственных средств ведет старшая медицинская сестра отделения. Медицинская сестра имеет право ввести наркотический анальгетик только после записи этого назначения врачом в историю болезни и в его присутствии. О сделанной инъекции делается отметка в истории болезни и в листе назначений. Пустые ампулы из-под наркотических анальгетиков не выбрасывают, а передают вместе с неиспользованными ампулами медицинской сестре, приступающей к очередному дежурству. При передаче дежурства проверяют соответствие записей в журнале учета (количество использованных ампул и остаток) фактическому количеству наполненных использованных ампул. При использовании всего запаса наркотических анальгетиков пустые ампулы сдаются старшей медицинской сестре отделения и взамен выдаются новые. Пустые ампулы от наркотических анальгетиков уничтожаются только специальной комиссией, утвержденной руководителем лечебного отделения.

Журнал учета остродефицитных и дорогостоящих средств составляется и ведется по аналогичной схеме. Журнал по списыванию спирта и перевязочного <http://www.medn.ru/statyi/Organizaciyarabotyperevya.html> материала находится в процедурном кабинете. Данный журнал пронумерован и прошнурован, подписан старшей медицинской сестрой и заведующим отделением.

Сводка о состоянии больных составляется ежедневно ночной медицинской сестрой, чаще всего рано утром, перед сдачей смены. В ней указаны фамилии больных, номера их палат, а также состояние их здоровья.

. Особенности ухода за лицами пожилого возраста и ослабленными больными

Уход за больными пожилого и старческого возраста осуществляют с учетом особенностей стареющего организма, снижения его приспособительных возможностей, своеобразия течения заболеваний у пожилых людей и возрастных изменений психики. Особенностью многих заболеваний у лиц пожилого возраста является атипичное вялое течение без выраженной температурной реакции, местных изменений и относительно быстрое присоединение тяжелых осложнений. Подверженность пожилых людей инфекционным заболеваниям, воспалительным процессам обязывает к особо тщательному гигиеническому уходу. Пожилые люди нередко проявляют повышенную чувствительность к изменениям микроклимата, рациона и режима питания, освещения, к шуму. Особенности психики и поведения старого человека (эмоциональная неустойчивость, легкая ранимость, а при сосудистых заболеваниях головного мозга- резкое снижение памяти, интеллекта, критики, беспомощность, а подчас и неопрятность) требуют особого внимания и терпеливого сочувственного отношения обслуживающего персонала. Период строгого постельного режима для пожилых больных следует при возможности сокращать, назначая как можно раньше массаж <http://znaiu.ru/art/400156800.php> и лечебную физическую культуру <http://znaiu.ru/art/400146500.php> в целях скорейшего возвращения к обычному двигательном) режиму (во избежание гипокинезии <http://znaiu.ru/art/400068500.php>), а также дыхательную гимнастику для профилактики застойной пневмонии.

Если больно ослаб, но может передвигаться сам, то надо поддерживать его при передвижении, провожать в туалет, помогать при одевании, умывании, еде, следить за его чистотой. Слабых и лежачих больных, которые не могут передвигаться, надо умывать, причесывать, кормить, соблюдая при этом все необходимые предосторожности, не менее 2 раз в день поправлять постель. У слабых и лежачих больных могут появляться пролежни. Для их предупреждения необходимо менять положение больного в постели. Это делается для того, чтобы не было длительного давления на какой-либо участок тела. Для предупреждения всякого давления надо следить, чтобы на простыне не было складок, крошек. Под крестец подкладывают резиновый круг, чтобы уменьшить давление на ту область, где особенно часто образуются пролежни. Подозрительные на пролежни места сестра протирает камфорным спиртом.

Особенно тщательно надо следить за чистотой волос, тела и постели таких больных. Нельзя допускать, чтобы больные валялись на полу, собирали мусор. Если больного лихорадит, надо уложить его в постель, измерить температуру, артериальное давление, пригласить врача, следует почаще давать ему пить, при потении сменить белье.

Больные с тяжелыми органическими поражениями головного мозга, со снижением интеллекта (критики, памяти), с одновременным нарушением деятельности сфинктеров мочевого пузыря и прямой кишки страдают недержанием мочи и кала. За такими больными необходим самый тщательный уход. При длительном лежании и истощении у больного образуются пролежни. Во избежание этого больным надо подкладывать под простыню резиновые надувные круги, немедленно менять испачканное белье и как можно чаще делать гигиенические ванны. В определенные часы больным следует предлагать судно или мочеприемник, а больных, которые могут передвигаться, нужно водить в уборную. Для предотвращения пролежней необходимо больных чаще поворачивать, тщательно расправлять малейшие складки на простыне, следить за тем, чтобы на постель не попадали крошки. Как правило, больных, страдающих недержанием мочи и кала, помещают в палаты для ослабленных больных. Отсутствие запаха кала и мочи в этих палатах является показателем добросовестности в работе персонала.

. Порядок раздачи лекарств

. внимательно прочитать этикетку на упаковке и запись в листке назначений;

. раздавать лекарственные средства только у постели больного;

. больной должен принять лекарство присутствии медсестры (за исключением средств, принимаемых во время еды);

. средства, назначенные до еды должны быть приняты им за 15 минут до приёма пищи; средства, назначенные больному после еды, должны быть приняты через 15 минут после приёма пищи; средства, назначенные больному натощак, должны быть приняты им утром за 20 - 60 минут до завтрака (противоглистные, слабительные);

. снотворные должны быть приняты больным за 30 минут до сна.

В некоторых лечебных отделениях медсёстры в целях экономии времени заранее раскладывают лекарственные средства на лотки, разделенные на ячейки с указанием фамилии больного и номера палаты, и 3 раза в день разносят эти средства больным. Такой порядок раздачи лекарственных средств имеет существенные недостатки:

. невозможно проконтролировать, принял ли больной лекарственное средство;

. не соблюдается индивидуальная схема раздачи (не все лекарственные средства надо принимать 3 раза в сутки (иногда 4 - 6 раз в сутки), некоторые до еды, другие - после или во время еды, а третьи - на ночь;

. возможны ошибки (средства, назначенные одному больному, вследствие невнимательности медсестры попадают в ячейку другого больного);

. трудно ответить на вопросы больных о назначенных лекарственных средствах, поскольку в лотке средства находятся уже без аптечной упаковки. Медсестра часто не может назвать средства и его дозу, особенности действия, что вызывает негативную реакцию больного и нежелание принимать неизвестные ему средства.

Медсестра не имеет право сама назначать или отменять или заменять одни средства другими. Исключение составляют те случаи, когда больной нуждается в экстренной помощи или появились признаки непереносимости лекарственного средства. В любом случае обо всех изменениях в назначениях медсестра должна поставить в известность врача. Если лекарственное средство дано больному ошибочно или превышена его разовая доза, следует немедленно сообщить об этом врачу.

. Особенности лечения больных детей с деменцией

Деменция - снижение интеллектуальных функций, обычно медленно прогрессирующее, при котором нарушаются память, мышление, логика, способность концентрировать внимание и обучаться, а также нередко происходит изменение личности. Деменция зачастую является симптомом олигофрении, шизофрении и иных серьезных психических патологий у детей. У них деменция по большей части выражается в заметном затухании умственных способностей, главной среди которых является память, то есть резко снижается способность к запоминанию. Таким детям весьма сложно запомнить даже такие элементарные вещи, как свое имя.

Лечение деменции у детей - довольно продолжительный процесс, он проходит под контролем врача-психиатра, однако стойкого улучшения добиваются далеко не всегда. Больным с подобным заболеваниям необходим ежедневный уход. Лечение деменции у детей проводят с учетом происхождения болезни и течения основного процесса. Для снижения скорости развития болезни врач-психиатр назначает средства, улучшающие обмен веществ мозговых нервных клеток и мозговой кровоток. При резидуально-органической деменции предпочтение отдается психолого-педагогическим собеседованиям.

То есть первая ступень, это диагностика деменции <http://nmedicine.net/atrofiya-golovnogo-mozga/>, а вторая - определение причины ее возникновения. Явные синдромы еще не являются основанием для постановки диагноза деменции. Если у ребенка значительно нарушен уровень сознания и его психическое состояние не дает возможности адекватно оценить его психический статус, то и диагноз поставить не удастся. Иногда больные деменцией демонстрируют депрессивное состояние, но это тоже не явный симптом деменции у детей, хотя это и может натолкнуть на подозрение о развивающейся деменции. Эта депрессия в основном проявляется на ранних этапах болезни, ведущих к последующей деменции. Прогрессирование болезни сопровождается непременным ухудшением умственных возможностей, но депрессии встречаются заметно реже.

В детском возрасте деменция и олигофрения являются понятиями, связанными между собой. Деменция, чаще всего, это следствием различных заболеваний, поэтому лечить ее должен только специалист, врач-психиатр и невропатолог.

Фармакологическое лечение деменции подразумевает применение средств группы психостимуляторов, например, кофеина (Кофеин-бензоат натрий), мезокарба (Этимизол, Сиднокарб). Из средств растительного происхождения применяют тонизирующие препараты: элеутерококка, женьшеня, лимонника, левзеи и ряда других.

Эти средства, воздействуют на ЦНС и повышают выносливость при психических и физических нагрузках, они малотоксичны и больные хорошо их переносят.

К числу Ноотропных средств относят: Нооцетам, Ноотропил, Луцетам, Пирацетам, препарат гидролизата мозга животных - Церебролизин.

. Больные с расстройством сознания

Наиболее важным признаком сумеречных состояний является внезапное расстройство сознания. Обычно без видимой причины, без каких-либо предвестников наступает такое изменение сознания, при котором поведение больного начинает определяться остро возникающими галлюцинаторно-бредовыми явлениями устрашающего характера. Внешне больные кажутся мало изменившимися, часто их деятельность остается последовательной, что сразу же позволяет отличить эти состояния от делирия. Однако первый же обращенный к больному вопрос или сказанное им слово показывают, что больные дезориентированы: не понимают, где они находятся, не узнают окружающих их людей, не могут назвать число, месяц, год, не помнят своего имени и имен близких им людей. Речь больных связная, грамматически правильно построенная, но в то же время беседовать с ними невозможно. Они не отвечают на вопросы, сами не ждут ответа на свои высказывания. Они говорят, ни к кому не обращаясь, как бы сами с собой. Характерна относительная однообразность состояния с резко выраженными аффективными расстройствами в виде злобы, напряженности, тоски и страха, бессмысленной ярости. В более редких случаях глубина сумеречного нарушения сознания менее выражена, ориентировка в известной мере сохраняется, бред и галлюцинации могут быть невыраженными. Наблюдается внешне упорядоченное поведение, однако возможны аффекты страха, злобности, напряженности, приступы внезапной агрессивности и жестокости (дисфорический тип сумеречного состояния). Особая опасность сумеречного состояния заключается в том, что, несмотря на внешне упорядоченное поведение, больные могут совершать неожиданные тяжелые агрессивные действия, нападая на окружающих, разрушая все на своем пути. Агрессивность, жестокость отличают сумеречные состояния.

Сумеречные состояния могут чередоваться с эпилептическими припадками, быть единственным проявлением эпилепсии, периодически повторяться или возникнуть всего 1 раз. При уходе за больным эпилепсией следует помнить, что ввиду своеобразия характера они часто вступают в длительные конфликты с окружающими больными, что может привести к агрессии, медсестра должна вовремя уметь отвлечь больного, успокоить его. Однако если все же больной остается злобным, напряженным, необходимо это довести до сведения врача. Во время дисфории, которая может продолжаться несколько часов, к больному не нужно часто обращаться, стремиться вовлечь в какие-нибудь занятия, так как он в это время раздражен и злобен. Лучше предоставить ему полный покой продолжая вести наблюдение за его состоянием.

Необходимо обеспечить безопасность больного и окружающих, предотвратить опасные действия, вызванные страхом, тревогой, возбуждением. Поэтому меры по надзору за больным приобретают первостепенное значение, особенно при остром галлюцинаторном состоянии. Для уменьшения возбуждения вводят аминазин (2-4 мл 2,5 %-ного раствора) или тизерцин (2-4 мл 2,5 %-ного раствора) внутримышечно или эти же препараты внутрь по 100-200 мг в сутки.

При продолжении применения аминазина или тизерцина, дозы которых могут быть повышены по назначению врача до 300-400 мг в сутки, их сочетают с препаратами, избирательно действующими при галлюцинациях: трифтазин до 20-40 мг в сутки, или галоперидол до 15-25 мг в сутки, или триседил до 10-15 мг в сутки внутримышечно либо внутрь в тех же или несколько более высоких дозах, или этаперазин до 60-70 мг в сутки.

Помимо надзора за больными, медсестра следит за выполнением ими гигиенических мероприятий, в случае отказа пациента от пищи применяет кормление через зонд. Медсестра также должна тщательно следить за тем, принимает ли пациент лекарства, осматривая полость рта больного после дачи ему медикаментов.

. Уход за больными с расстройствами воли. Кормление через зонд

В отделениях, как правило, бывают беспомощные больные, за которыми необходим самый тщательный систематический уход. К этой группе относятся больные с кататоническим и депрессивным ступором, с тяжелыми органическими поражениями головного мозга при наличии параличей или глубокого слабоумия, физически слабые больные и др. Они часто не могут самостоятельно есть, их нужно кормить и поить из рук. Физически слабым больным, а также в случаях расстройства глотания пищу надо давать преимущественно жидкую, небольшими порциями, не торопясь, так как больные легко могут поперхнуться. Необходимо следить за чистотой белья и постели. периодически с этой целью следует подкладывать больным судно. Для освобождения кишечника применяют очистительные клизмы. Больных, которым разрешено вставать, нужно водить в туалет. В случае задержки мочи (чаще это наблюдается при кататонии) ее надо выпускать при помощи катетера. Важно внимательно осматривать (не менее 1-2 раза в неделю) кожные покровы больных, так как у них легко возникают пролежни, опрелости. Особое внимание надо обращать на область крестца, ягодиц. При появлении первых признаков пролежней - стойкого покраснения кожи - больного следует уложить на резиновый круг, систематически протирать кожу камфарным спиртом. Ротовую полость, особенно если больной не пьет и не ест и его кормят через зонд, следует периодически промывать. Нужно строго следить за чистотой волос (лучше коротко стричь их).

Большого внимания обслуживающего персонала требуют больные, отказывающиеся от еды. Отказы от еды могут иметь различное происхождение: кататонической ступор, негативизм, бредовые установки (идеи отравления, саообвинения), повелительные галлюцинации, запрещающие больному есть. В каждом случае надо попытаться выяснить причину отказа от еды. Иногда после уговоров больной начинает самостоятельно есть. Некоторые больные доверяют кормить себя только кому-нибудь из сотрудников или родственнику. Больные с явлениями негативизма иногда едят, если около них оставить пищу и отойти. Часто помогает введение инсулина натощак, в результате чего усиливается чувство голода. В ряде случаев персоналу удается кормить больного, преодолевая небольшое сопротивление.

Если все принятые меры не приводят к положительным результатам, приходится кормить больного искусственно через зонд. Для проведения этого мероприятия необходимо приготовить: 1) резиновый зонд (диаметр отверстия около 0,5 см, один конец закругленный, с двумя боковыми отверстиями, другой - открытый); 2) воронку, на которую надевают открытый конец зонда; 3) вазелин или глицерин для смазывания зонда перед введением; 4) питательную смесь, в состав которой входит 500 грамм молока, 2 яйца, 50 грамм сахара, 20-30 грамм сливочного масла, 5-10 грамм соли и витамины (питательная смесь должна быть теплой); 5) два стакана кипяченой воды или чая; 6) чистый резиновый баллон; 7) спички; 8) роторасширитель. Когда все приготовят, больного укладывают на кушетку на спину. Обычно больной оказывает сопротивление, так что его приходится удерживать 2-3 санитарам. Конец зонда смазывают вазелином или глицерином и вводят через нос. Обычно зонд без больших усилий хорошо проходит через носовой ход в носоглотку, затем в пищевод и достигает желудка, для этого зонд надо ввести на длину около 50 см. При прохождении зонда в области носоглотки у больного рефлекторно появляются отдельные рвотные движения, кроме того, сам больной может стремиться вытолкнуть зонд. В это время могут быть кратковременные задержки дыхания, больной краснеет, напрягается. В таких случаях рекомендуется на некоторое время прикрыть рот больному и сказать ему, чтобы он дышал через нос и делал глотательные движения. Если у больного появляются затрудненное дыхание, синюшность лица, усиливается возбуждение, зонд надо быстро удалить. Прежде чем вводить питательную смесь, необходимо окончательно убедиться в том, что зонд находится в желудке. Показателем этого является следующее: 1) больной свободно дышит; 2) пламя горящей спички, поднесенное к воронке, не отклоняется в сторону и через воронку можно прослушать шум перистальтики желудка; 3) введение воздуха в воронку при помощи баллона вызывает шумы в области желудка, напоминающие урчание.

Кормление производят следующим образом. Вначале в воронку вливают около полстакана воды или чая. После этого начинают наливать питательную смесь. Для того, чтобы она не слишком быстро поступала в желудок, воронку не следует держать высоко. Затем в воронку вливают 1-2 стакана кипяченой воды или чая. Зонд нужно удалять быстро, но не резким движением. По окончании кормления больного следует на несколько минут остановить в том же положении, так как иногда он может вызвать у себя рвоту. Для предотвращения рвоты применяют атропин (подкожная инъекция за 10-15 минут до кормления). Кормление через зонд приходится иногда проводить на протяжении нескольких месяцев, поэтому периодически нужно производить осмотр носовых ходов. В случае если зонд невозможно ввести через нос (искривление носовой перегородки, полипы), его надо вводить через рот, но для того, чтобы больной не зажимал зонд зубами, предварительно необходимо ввести роторасширитель. Кормление через зонд производит врач или медицинская сестра под его наблюдением.

10. Роль медсестры в обучении членов семьи по уходу за больными на дому

Мультисемейная терапия - это психообразоватльный метод, суть которого заключается в том, что пациент и его родственники получают информацию и учатся решать проблемы лечения психиатрически больных людей. В результате этого семья чувствует себя более уверенной, становиться менее зависимой от психиатрической службы.

Мультисемейная терапия включает в себя два этапа: образовательный и этап решения проблем. На первом этапе пациентам и родственникам дается подробная информация по различным вопросам психического здоровья. Второй включает в себя систематические встречи 2 раза в месяц с членами группы в течении 2-х лет. Целью этих встреч является решение различных жизненных проблем.

психиатрический больной медицинский деменция

Заключение

Особое место в выздоровлении психических больных занимает коррегирующий уход за ними, который осуществляется медицинским персоналом. Для ухода за психическими больными медсестра должна обладать все более сложными, естественнонаучными, а также техническими познаниями и навыками. Это как раз и отчетливо проявляется в проведении терапевтических процедур психически больным людям, который включает в себя не только выдачу им лекарственных препаратов, но и создание лечебного режима в отделении, способствующего скорейшему выздоровлению. Комплекс таких мероприятий был изложен исходя из личного опыта работы в психиатрическом отделении. Особое внимание уделялось раздачи больным лекарственных препаратов, выполнение целого ряда процедур, проведению искусственного кормления, уходу за возбужденными больными. Коррегирующий уход за психическими больными включает и проведение санитарно-гигиенических, создание в отделении режима покоя, эмпатии, оптимизма.

Исходя из личного опыта можно констатировать, что медсестра, безусловно, заслуживает того, чтобы быть освобожденной от второстепенных задач, дезорганизующих, мешающих концентрированию внимания на главном, направлении всей энергии на действительно важные задачи по уходу за больными, на занятия с ними.

Медсестра не прислуга, это дипломированный и полноправный специалист.

Список литературы

1. Авруцкий Г.Я. Неотложная помощь в психиатрии. - М.: Медицина, 1988.

. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. - М.: Медицина, 1988.

. Вовин Р.Я., Иванов М.Я. Социальная и клиническая психиатрии. - М.: Медицина, 1995.

. Зеневич Г.В. Вопросы диспансеризации психически и нервно больных. - М.: Медицина, 1993.

. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. - Л.: Медицина, 1985.

. Руководство по психиатрии. Том 2. / Под ред. Г.В. Морозова. - М.: Медицина. 1988.

. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. Том 2. - М.: Медицина, 1983.