Государственный институт управления и социальных технологий БГУ

кафедра реабилитологии

Сестринская помощь лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями)

В.К. МИЛЬКАМАНОВИЧ

О.С. САЧЕК

Введение

Вся психическая деятельность человека имеет своей материальной основой кору головного мозга. Нарушения работы её отделов, которые контролируют адекватное отражение действительности, приводят к разным психическим расстройствам (заболеваниям).

Психическое расстройство (заболевание) - это расстройство психического здоровья человека с психопатологическими и (или) поведенческими проявлениями. Оно должно быть подтверждено диагнозом, установленным врачом-специалистом или врачебно-консультационной комиссией. По формам и степени выраженности психические расстройства весьма многообразны. В практике медицинской сестры чаще встречаются синдром деменции (слабоумия) при заболеваниях сосудов головного мозга, болезнь Альцгеймера, депрессия и шизофрения.

При деменции нарушаются память, творческое мышление, а затем способность к абстрактным суждениям. Становятся невозможными обучение, понимание и способность к счету, беднеет язык и разрушается речь. Одновременно происходят перемены в эмоционально-волевой сфере - появляется эмоциональная лабильность, раздражительность, нарушается социальная адаптация, существенно страдает мотивация. Любая смена обстановки у больных с деменцией может вести к ухудшению состояния (возникновению тревоги, депрессивных симптомов, манифестации бредовых идей или состоянию спутанности). Характерны нарушения равновесия и ходьбы, которые проявляются замедлением походки, укорочением и неравномерностью шага, затруднением в начале движений, неустойчивостью при поворотах, потребностью в увеличении площади опоры. В этих условиях нередки падения, которые могут приводить как к летальному исходу, так и к серьезным повреждениям (переломы костей таза, шейки бедра, тел позвонков, черепа). Больные утрачивают элементарные навыки самообслуживания из-за постоянного ощущения опасности (боязнь выйти за пределы комнаты, дома), тревоги, страха повторного падения и т.п.

Болезнь Альцгеймера - постепенная диффузная атрофия головного мозга, главным проявлением которой является прогрессирующая деменция.

Депрессия - психическое расстройство, которое внешне может напоминать деменцию. Периоды депрессии характеризуются подавленным настроением, беспокойством, ощущением пустоты жизни и отсутствия смысла в своём дальнейшем существовании. Нередко возникает чувство апатии, вялости, незаслуженной обиды. Отличием от деменции является то, что пациент в состоянии депрессии всегда сохраняет сознание болезни и свои прежние индивидуальные особенности. На снижение памяти и интеллекта жалуется сам пациент, а не его близкие. Шизофрения (от греч. schizo - расщепляю, phren - душа, ум) - хроническое, психическое заболевание, ведущие к своеобразным изменениям личности и нарушающее приспособление больного к социальной среде. Больные становятся малоразговорчивыми необщительными, замыкаются в себе; они теряют интерес к своей работе, учебе, к жизни и делам своих близких, друзей. Одни перестают уделять внимание своему туалету, становятся неопрятными, вялыми, опускаются; другие напряжены, суетливы, куда-то уходят, что-то делают, о чем-то сосредоточенно думают, не делясь с близкими тем, что их в это время занимает. Нередко на задаваемые им вопросы отвечают длинными запутанными рассуждениями, бесплодным мудрствованием, лишенным конкретности и др. Каждый пятый пациент в обычных лечебных учреждениях обязательно имеет какое-либо психическое расстройство. Такие больные по своему, часто неадекватно воспринимают требования медицинского персонала. Поэтому уход за ними намного сложнее обычного и требует особого внимания, времени и специальной подготовки. Функциональные обязанности медицинской сестры с пациентом не ограничиваются выполнением только сестринских манипуляций, а включают в себя элементы медицинской, социальной и психолого-педагогической работы. Она строится по принципу «Моя медсестра - мой пациент».

. Наблюдение за пациентом и оценка состояния его психического здоровья

Беседуя с пациентом, медицинская сестра выясняет его представления о состоянии здоровья (ощущения, эмоции, восприятие им своего состояния и жизненной ситуации). Так, например, он может ей сообщить, что слышит голоса, описать боли, их частоту, продолжительность, локализацию и интенсивность. Определенное значение имеет также информация, полученная от друзей, родственников и других медицинских работников.

Нужно замечать и фиксировать вербальные и невербальные признаки, указывающие на состояние пациента: его позу, движения, мимику, жесты, способность к общению, манеру говорить, адекватность реакции на заданный вопрос, логичность построения фраз, особенности голоса, отмечать ориентировку во времени и месте.

При работе с лицом, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями) необходимо контролировать его настроение, обращать внимание на то, что он делает днем, а ночью следить за его сном. Следует иметь в виду, что вероятность импульсивных поступков и действий под влиянием галлюцинаторных переживаний или бредовых убеждений резко учащается, если больной уклоняется от лечения, При этом степень опасности больного для самого себя (попытки самоубийства, самоповреждения и т.п.) и окружающих увеличивается,

Медицинская сестра при наблюдении за больным может обнаружить следующие признаки психических расстройств:

• расстройства ощущений и восприятий (искажение ощущений, галлюцинации);

• нарушения мышления (ускоренное, либо замедленное, обстоятельное, разорванное; навязчивые состояния, сверхценные идеи, бред);

• нарушения памяти (амнезии);

• нарушения интеллекта (олигофрения, деменция);

• расстройства эмоции (неадекватность эмоций, возбуждение, депрессия, маниакальное состояние);

• расстройства сознания (некоторые разновидности оглушенного и помраченного сознания).

Психические расстройства могут вызывать нарушения работы сердца, кишечника, дыхания и т.д., что также находит своё яркое отражение в ощущениях, жалобах и поведении больного человека.

Особое внимание уделяют вопросам:

• насколько больной приспособлен к условиям жизни;

• может ли он управлять своими чувствами, желаниями;

• способен ли осознанно относится к функциям своего организма.

• как больной ведет себя по отношению к другим людям, может ли контактировать с ними (узкий круг общения, не контактирует и т.п.);

• как соблюдает общественные нормы;

• владеет ли профессиональными навыками;

• как реагирует на традиционную и необычную ситуацию;

• как осознает себя;

• соблюдает ли личную безопасность;

• может ли самостоятельно себя обслуживать (личная гигиена).

2. Формулирование приоритетной проблемы пациента

Каждую проблему больного медицинская сестра анализирует и формулирует в виде краткого заключения (сестринского диагноза).

Примеры формулировок

· Состояние психического и двигательного возбуждения.

· Потенциальная угроза здоровью, обусловленная несоблюдением лечебно-охранительного режима.

· Снижение адекватной физической активности.

· Психоэмоциональные переживания (нервная дрожь, плач, истерика, страх, апатия, ступор, катастрофическая реакция).

· Расстройства памяти и координации движений. Риск получения травмы, обусловленной слабоумием.

· Ограничение способности устанавливать и поддерживать контакты с другими людьми.

· Дефицит желания следить за собой, ограничение способности к самообслуживанию (посещение туалета, умывание и купание, одевание и прием пищи).

· Нарушение сна, связанное с бессонницей.

· Неуместное сексуальное поведение.

· Ситуация надуманного больным «похищения» его вещи.

· Склонность к бродяжничеству. Риск бесконтрольного выхода из места жительства и заблудиться.

· Беспокойство, обусловленное нарушением мышления и восприятия, проявляющееся в виде бредовых идей и галлюцинациями.

· Риск насилия по отношению к другим людям при агрессивном поведении больного.

· Резкая физическая слабость и беспомощность больного. Риск развития пролежней.

· Депрессия, обусловленная стрессом, проявляющаяся чувством отчаяния и безысходности. Угроза самоубийства.

· Риск одиночества и социальной изоляции.

3. Оказание помощи при текущих проблемах и потребностях больного

.1 Помощь при психическом и двигательном возбуждении. Обеспечение безопасности больного и окружающих его людей

Ухаживающему персоналу необходимо сохранять полное спокойствие и самообладание. Следует оценить ситуацию и решить, какая помощь требуется. Так, например, человек, страдающий деменцией, нередко бывает раздражительным, крайне нетерпеливым. Он может скандалить, бросать предметы. Однако такое поведение говорит лишь о том, что человек не понимает текущую ситуацию. Беспокойство такого больного может также быть вызвано неуверенностью в том, как себя «следует» вести. Возможно, это происходит из-за того, что он чувствует нервозность обслуживающего персонала.

Не следует сразу подходить к больному слишком близко. Это может быть воспринято как угроза. Затем можно осторожно попытаться установить телесный контакт с ним - взять за руку или похлопать по плечу. Прикасаться к голове или иным частям тела не рекомендуется. Желательно занять положение на том же уровне, что и пациент.

Больного необходимо успокоить, объяснить, что ему ничто не угрожает, у него лишь расстроены нервы и это скоро пройдет и т.д. Надо постараться мягко и ласково успокоить больного, отвлечь его мысли в другую сторону. Разговаривать нужно спокойно и уверенно. Пренебрежительный, озадачивающий, обвиняющий, угрожающий или осуждающий тон разговора может вызвать или усилить агрессию больного. При многих психических расстройствах спокойная беседа сразу же способствует снижению возбуждения. Однако при резком возбуждении попытки словесного успокоения больного могут не дать результата. Кроме того, при ряде состояний возбуждения с расстройством сознания (например, сумеречное состояние при эпилепсии) установить контакт с больным не удается.

Иногда бывает полезно вообще не тревожить больного, что помогает ему успокоиться. В этих случаях необходимо следить за тем, чтобы он не причинил вреда себе и другим.

Женскому персоналу, работая с беспокойным больным нельзя носить бусы, серьги, брошки и др., так как все это мешает при удержании возбужденного больного и может быть сорвано им.

Из поля зрения больного необходимо убрать острые, колющие, режущие предметы и другие вещи, которые могут быть использованы им в качестве орудия нападения или самоубийства. Необходимо преградить больному доступ к окнам и дверям, чтобы предотвратить попытку побега. По мере возможности нужно пытаться не демонстрировать больному, что он опасен, что его усиленно охраняют, так как это укрепляет его болезненное подозрение в том, что он окружен врагами, и усиливает страх и возбуждение. Очень важно создать вокруг больного спокойную обстановку, не допускать проявлений страха, паники.

Для помощи не следует привлекать много людей, так как это приводит к суете. Обычно достаточно 4-5 человек, а при большой физической силе больного или резком возбуждении - 5-6 человек. Желательно привлечь людей из ближайшего окружения клиента для оказания помощи. Важно расставить их таким образом, чтобы за больным было обеспечено непрерывное наблюдение. Если больной не подпускает к себе, вооружившись каким-либо предметом, к нему следует подходить с разных сторон одновременно, держа перед собой одеяла, подушки, матрацы или другие предметы, которые могут смягчить удары. Затем, удерживая руки больного, скрещенные на груди, одновременно резко подхватить обе ноги в подколенных областях. Удерживая больного таким образом, перенести его на кровать, к которой можно подойти со всех сторон. Больного нужно уложить на спину так, чтобы он не смог нанести себе повреждений ударами головой о спинку кровати. Больного желательно уложить и удерживать в постели. При этом один человек должен держать его за ноги выше колен, другой за руки около кистей, третий - за плечи. Действовать надо осторожно, чтобы не причинить боли и не нанести повреждений. Руки больного лучше удерживать скрещенными на груди. Не следует надавливать на грудь - это может привести к перелому ребер. Если больной во время возбуждения пытается удариться головой или укусить окружающих, то, кроме фиксирования рук и ног, необходимо третьему человеку удерживать голову больного. Для этого один человек становится у изголовья кровати и плотно прижимает голову к подушке, предварительно перекинув через лоб больного полотенце. Во время удерживания нельзя причинять больному боль, поэтому лучше удерживать его через простыню или одеяло. При затянувшемся возбуждении допустима кратковременная фиксация больного к кровати. Для этого используют длинные ленты, чулки и т.п., которые петлей надевают на кисти и лодыжки больного и привязывают к раме кровати.

.2 Помощь при соблюдении лечебно-охранительного режима

Важно установить режим, благодаря которому жизнь больного становится более организованной. Четкая организация дня позволяет человеку быть максимально самостоятельным, насколько позволяет болезнь в данный момент. При этом необходимо как можно дольше сохранять заведенный прежде порядок жизни больного. Режим дня больного должен включать привычные для него занятия, это поможет ему сохранить ощущение независимости, уверенности и защищенности. Важно попытаться помочь пациенту сохранить чувство собственного достоинства.

Так, привычка банного дня по субботам, мытье рук перед едой, определенная расстановка мебели и др. - все это позволяет человеку дольше справляться с натиском болезни, дольше оставаться самостоятельным. Если это не противоречит курсу лечения больного, допустимо умеренное табакокурение и употребление алкогольных напитков. Курение сигарет, однако, может повлечь за собой серьезные последствия: возникает опасность пожара и причинения вреда здоровью больного. Поэтому при курении следует наблюдать за больным, или убедить его бросить курить вообще.

Создание комфортных условий пребывания в палате - одно из направлений деятельности сестринского персонала. Больных, страдающих психическими расстройствами, целесообразнее размещать в 3-местных палатах.

В присутствии больного следует воздерживаться от обсуждения его состояния, так как слова и поступки окружающих могут вызвать беспокойство и обиду.

В своем уходе за психическими больными медицинская сестра должна вести себя так, чтобы больной чувствовал, что действительно о нем заботятся и оберегают его. Необходимо избегать громких разговоров, нельзя хлопать дверями, стучать при ходьбе, греметь посудой Тишина - важное и необходимое условие при уходе за психическими больными.

Вместе с тем, следует избегать гиперопеки, поскольку больной может начать тяготиться постоянным контролем со стороны ухаживающего персонала.

.3 Поддержание физической формы больного при снижении физической активности

Спортивные занятия и физические упражнения помогают на некоторое время сохранить существующие физические и умственные способности больного. Характер и объем нагрузок нужно согласовать со специалистом по лечебной физкультуре.

Так, если до болезни человек любил посещать бассейн или спортивный зал, работать в саду или на даче, ему может доставить удовольствие использование сохранившихся навыков. По мере прогрессирования психического заболевания способности и интересы больного могут меняться. Поэтому, осуществляя уход, важно внимательно наблюдать за больным и вносить коррективы в характер и содержание его занятий.

.4 Помощь при психоэмоциональных переживаниях (нервная дрожь, плач, истерика, страх, апатия, ступор, катастрофическая реакция)

Помощь медицинской сестры при психоэмоциональном переживании заключается, в первую очередь, в создании условий для нервной «разрядки». Недопустимо привлекать внимание пациента к его неудачам. Проявления гнева, ожесточенности или обиды больного должны быть восприняты медицинской сестрой с пониманием их причины. Иначе возможен конфликт, который лишь ухудшит ситуацию и усилит проблему. Нужно всегда сохранять спокойствие, улыбаться и смеяться вместе с больным (но не над ним). Хороший и добрый юмор отличным образом избавляет от стресса, от любой конфликтной ситуации и переживаний.

.4.1 Помощь при неконтролируемой нервной дрожи

Можно взять пациента за плечи и достаточно сильно и резко потрясти в течение 10-15 секунд. При этом нужно продолжать разговаривать с ним, иначе он может воспринять ваши действия как нападение. Однако не следует успокаивать пациента и говорить, чтобы он взял себя в руки. Не нужно обнимать пострадавшего или прижимать его к себе, а также укрывать чем-то теплым. После завершения реакции желательно дать больному возможность отдохнуть, либо уложить его спать.

.4.2 Помощь при плаче

При плаче не оставлять пациента одного. Нужно установить с ним физический контакт (взять за руку, положить свою руку ему на плечо или спину, погладить по голове и т.п.). Главное дать больному почувствовать, что вы рядом, дать возможность выплакаться и выговориться, выплеснуть из себя «горе, страх, обиду». При плаче весьма эффективны приемы «активного слушания»: периодически произносить «ага», «да», кивать головой, то есть подтверждать, что слушаете и сочувствуете; повторять за пациентом отрывки фраз, в которых он выражает свои чувства; говорить о своих и его чувствах. Не надо больного успокаивать, задавать ему вопросы и что-либо советовать.

.4.3 Помощь при истерике

Истерический припадок может продолжаться от нескольких минут до 2-3 часов. Основные признаки: 1) сохраняется сознание, 2) чрезмерное возбуждение - множество движений, театральные позы; речь быстрая и эмоционально насыщенная, крики и рыдания.

В данной ситуации нужно удалить лишних людей («зрителей»), создать спокойную обстановку. Желательно остаться с пациентом наедине, если он не представляет угрозы для обслуживающего персонала.

Можно неожиданно совершить действие, которое больного сильно удивит (хлопнуть его по щеке, облить водой, с грохотом уронить предмет, крикнуть на него и т.п.). Говорить с пациентом следует приказными короткими фразами, уверенным тоном («выпей воды», «умойся»). Нельзя потакать его желаниям.

Поскольку после истерики наступает упадок сил нужно уложить больного спать.

.4.4 Помощь при страхе

Панический страх может побудить больного к бегству, вызвать оцепенение или, наоборот, возбуждение, агрессивное поведение. При этом человек плохо контролирует себя, не осознает, что он делает и что происходит вокруг.

В этой ситуации можно положить руку пациента себе на запястье, чтобы он ощутил спокойствие. Предложить дышать глубоко и ровно. В разговоре с больным внимательно выслушать его, подчеркивая заинтересованность, понимание и сочувствие. Сделать легкий массаж наиболее напряженных мышц тела.

.4.5 Помощь при апатии

Апатия - это такое ощущение усталости, при которой не хочется ни двигаться, ни говорить, движения и слова даются с большим трудом.

В душе - пустота, безразличие, нет сил даже на проявление чувств. Если пациента оставить без поддержки и помощи в таком состоянии, то апатия может перейти в депрессию. В состоянии апатии больной может находиться от нескольких часов до нескольких недель.

В данной ситуации нужно задать ему несколько простых вопросов: «Как тебя зовут?»; «Как ты себя чувствуешь?»; «Хочешь есть?». Внимательно выслушать его и поговорить. Проводить к месту отдыха, помочь удобно устроиться (обязательно снять обувь). Желательно вовлечь пациента в любую совместную деятельность (прогуляться, сходить выпить чая или кофе, послушать музыку, посмотреть видеоролик и т.п.)

.4.6 Помощь при ступоре

Ступор (оцепенение) - это реакция организма, которая возникает после тяжелого нервного потрясения. Она может длиться от нескольких минут до нескольких часов. Основными признаками ступора являются состояние полной неподвижности в определенной позе; возможно напряжение отдельных групп мышц.

В данной ситуации рекомендуется согнуть больному пальцы на обеих руках и прижать их к основанию ладони (большие пальцы должны быть, выставлены наружу). Кончиками большого и указательного пальцев массировать точки, расположенные на лбу, над глазами ровно посредине между линией роста волос и бровями. Говорить больному на ухо тихо, медленно и четко то, что может вызвать сильные эмоции. Необходимо добиться реакции пострадавшего, чтобы вывести его из оцепенения.

.4.7 Помощь при катастрофической реакции

Катастрофическая реакция - это бурная реакция больного с деменцией в ответ на малозначимое событие. Она может возникнуть также, если кто-нибудь начнет оспаривать его заблуждение или галлюцинацию. Эта реакция порой происходит, когда такой больной плохо себя чувствует, либо когда его торопят (возможно, он не вполне понимает, о чем его просят) или он вынужден думать одновременно о многих вещах.

Помощь заключается в поддержке и сострадании. Внимание больного нужно мягко перевести на другой объект. Если он очень расстроен, важно дать ему время успокоиться перед тем, как что-то сделать или заговорить снова. При катастрофической реакции пациента нельзя осуждать, поправлять, спорить, уговаривать. Такое поведение неэффективно и вредит взаимоотношениям.

.5 Помощь при расстройстве памяти и координации движений. Обеспечение безопасных условий и безопасной среды обитания

Потеря памяти и нарушение координации движений у больного повышают опасность получения различных травм. Для обеспечения как можно более безопасных условий необходимы следующие мероприятия.

Тщательно убирать и запирать средства, относящиеся к бытовой химии и медикаменты (опасность отравления).

Перенести хрупкие вещи: стеклянные вазы, чаши в недосягаемое место.

Убрать колющие и режущие предметы. У больных не должно быть длинных карандашей, перочинных ножей, заколок, шпилек. Бритье больных производит парикмахер в присутствии социального работника, для этого лучше пользоваться безопасной бритвой. Эти меры предосторожности необходимы потому, что бывают случаи, когда больной выхватывает бритву из рук персонала и наносит себе тяжелое повреждение. Во время еды ножи и вилки больным не выдают. Пищу приготовляют заранее таким образом, чтобы ее можно было есть, пользуясь лишь ложкой.

При выдаче лекарств нельзя отходить от больного до тех пор, пока он не примет их, так как некоторые по тем или иным мотивам не желающие лечиться (бредовое толкование, страх, негативизм), получив порошок или таблетку, выбрасывают их или накапливают, с тем, чтобы принять большую дозу одномоментно с целью самоотравления. Если возникают подобные подозрения, нужно осмотреть вещи и постель больного, что, впрочем, следует время от времени делать в отношении многих больных. Осмотр вещей, чтобы не оскорбить и не обидеть больного, надо производить в часы прогулок или во время пребывания больного в ванне.

Спрятать и не оставлять никаких опасных электрических приборов, за которые можно схватиться (кипятильник, утюг, хлеборезка, фен, тостер и т.д.).

Перекрыть подачу газа, когда больной остается один. Использовать защиту плиты и духовки (предотвращение возгорания и пожара). Установить приспособления для безопасности больного (например, микроволновая печь для приготовления пищи).

Проверить работу дверных замков, установить замки в окнах, которые не сможет открыть больной.

Проследить, чтобы зажигалки и спички не лежали в доступных местах. Внимательно следить за курящими. Больные не должны иметь при себе спичек (опасность пожара).

Не менять привычное для больного расположение мебели. В случае госпитализации медицинская сестра должна показать больному его палату, при этом несколько раз в течение дня повторить ее номер для лучшего запоминания. Нужно систематически тренировать память пациента, показывая предметы обихода и выделяя их отличительные черты.

Обеспечить хорошее общее освещение, свет на лестнице, ночники в спальне и туалете.

Предусмотреть защиту лестниц, окон и балконов, чтобы больной не мог выпасть. Поместить на лестницах поручни, предупреждающие падение.

Контролировать температурный режим в помещении, не допускать сквозняков, переохлаждения или перегрева, помогать подбирать и надевать одежду, соответствующую температурным условиям.

Следить за качеством продуктов, не допускать употребления в пищу недоброкачественных или испорченных продуктов.

Установить вспомогательные ручки и поручни в туалете, ванне или душевой кабине. Положить предохраняющую от скольжения циновку в ванне или душевой кабине на дно ванны.

Полы и материал покрытия под ногами во всех помещениях должен быть нескользкими. Удалить скользкие ковры (опасность падения).

Сделать стеклянную часть дверей четко видимой. Все замки на дверях должны открываться снаружи.

Мебель должна быть устойчивой, стулья и кровать - достаточно высокими.

Внимательно следить за поведением больных, склонных к самоубийству, так как они иногда собирают во время прогулок в саду кусочки стекла, металла, гвозди и др. Территорию надо систематически тщательно осматривать и убирать. Во время лечебного труда необходимо также следить за тем, чтобы больные не спрятали себе иголок, крючков, ножниц или других острых предметов. При свидании родственники не должны передавать больным в руки никакие предметы и вещи.

.6 Помощь при ограничении способности устанавливать и поддерживать контакты. Поддержка позитивного диалога

С развитием болезни общение между ухаживающим персоналом и больным может становиться все труднее. В этом случае рекомендуются следующие условия для позитивного (дружелюбного) и конструктивного диалога.

Нужно быть серьезным, вежливым, приветливым и участливым. Уважительно обращаться к больному по имени (отчеству).

Проявлять любовь и душевную теплоту, обнимая больного, если это его не стесняет. В то же время не быть чрезмерно ласковым, либо заискивающим, поскольку это может его раздражать и волновать.

Хорошо знать психическое состояние пациента на текущий день;

Проверить зрение и слух у больного, при необходимости заказать более сильные очки, заменить слуховой аппарат.

Перед тем, как заговорить, проверить, слушает ли вас больной.

Не торопить больного и дать ему время, чтобы он смог сказать все, что он хочет.

Говорить отчетливо, медленно, лицом к лицу с больным, при этом держать голову на уровне его глаз.

Пытаться установить, какие жесты и сочетания слов, слова-подсказки необходимы для эффективного поддержания общения с больным.

Использовать наглядные пособия для поддержки памяти больного. На видном месте поместить большие изображения родственников с четким указанием имен, чтобы больной мог постоянно напоминать себе, кто есть кто. Обозначить текстом или картинкой на дверях комнат их названия, обозначения сделать яркими, чтобы они больше выделялись.

Не отдавать явное предпочтение и уделять особое внимание одному из больных и пренебрежительно относиться к другим, поскольку это не остается незамеченным и вызывает справедливое недовольство.

Запрещать посторонние разговоры в присутствии больного, даже если больной полностью безучастен ко всему окружающему.

В присутствии третьих лиц не обсуждать состояние здоровья больного, говорить о его заболевании, высказывать суждение о прогнозе и т.п.;

Запрещать смеяться над больными, вести с ним беседу в ироническом, шутливом тоне и т.п.;

Избегать негативной критики, споров и конфликтов особенно с больными, которые страдают бредовыми идеями.

.7 Помощь при дефиците желания следить за собой, при ограничении способности к самообслуживанию (посещение туалета, умывание и купание, одевание и прием пищи)

Медицинская сестра - основной куратор пациента при ограничении его способности к самообслуживанию. Особое внимание уделяется умению больного контролировать мочеиспускание и самостоятельно посещать туалет, умываться, пользоваться душем и принимать ванну, одеваться и принимать пищу. Она обучает пациента навыкам самообслуживания, а также обеспечивает атмосферу интимности для сохранения у него чувства собственного достоинства.

.7.1 Помощь при посещении туалета и недержании мочи

Непроизвольное мочеиспускание является одной из самых частых проблем при обслуживании больных с деменцией. Такой больной может не ощущать позывы на мочеиспускание или дефекацию при наполненных пузыре или кишке, может забывать, где туалет находится и что делать, находясь в туалете.

Обеспечить условия для самостоятельного посещения туалета помогают следующие рекомендации.

Всячески поощрять посещение больным туалета. Обращать внимание на признаки, указывающие на необходимость посещения туалета: беспокойное сидение, покачивание ног и т.д. Порекомендовать больному сходить в туалет или отвести его туда.

Установить определенный режим посещения туалета. Необходимо следить, чтобы больной посещал туалет регулярно после подъема, после еды, перед сном и прежде чем покинуть дом.

Обозначить дверь в туалет разборчиво большими цветными буквами или поместить на неё пиктограмму (яркую картинку).

Путь к туалету должен быть не слишком долгим, чтобы его можно было легко найти. Ночью путь к туалету должен быть хорошо освещен. Оставить дверь туалета открытой, чтобы проще было его найти.

Убедиться, что одежда больного легко снимается. Практично, когда на больном одежда, которую легко снять или расстегнуть, например, брюки на резинке или на несложной застежке.

В случае недержания мочи по рекомендации врача ограничить прием жидкости перед сном.

Поставить ночной горшок рядом с постелью.

Если проблемы с недержанием постоянны, необходимо использование памперсов. Однако нужно иметь в виду, что при недержании мочи у больного, который убежден в своей неспособности к нормальному мочеиспусканию, применение пеленок и памперсов у него только усугубляет функциональное недержание мочи. Строгое соблюдение расписания посещения туалета и регулярное опорожнение мочевого пузыря намного улучшает функцию выведения мочи, а также повышает дневную активность такого пациента.

.7.2 Помощь при купании и личной гигиене

Больной с деменцией может забывать умываться, не видеть необходимости в умывании или забывать, как это делать.

При умывании следует придерживаться прежних привычек больного. Подготовить ванную, положите любимое полотенце, любимый гель для душа или ароматическую добавку для ванны.

Определить день для купания. Создать устойчивую привычку: например, суббота является купальным днем.

Сделать умывание максимально приятным, помочь больному расслабиться. Рассказать больному, как может быть приятно купание (ванна) и что он почувствует себя после этого не только лучше и свежее, но и будет более приятен для окружающих. Купание в ванной можно заменить на душ.

Если больной отказывается от купания или душа, подождать некоторое время - настроение может измениться. Если больной отказывается мыться самостоятельно, помочь ему, во время мытья разговаривать с ним дружелюбно и ласково.

Предоставить возможность больному все, что он может сделать сам. Иногда достаточно вложить мочалку в руку больного и провести ею по телу, и он продолжит далее эти движения самостоятельно. При чистке зубов или во время причесывания также может потребоваться показать больному, как это делается. Пытаясь подражать, больной может восстановить утерянный навык.

Если больной смущается при купании или принятии душа, можно оставить закрытыми определенные участки тела.

.7.3 .Помощь при одевании больного

Больной с деменцией может быть одетым неподобающим образом, так как не видит необходимости в смене одежды, либо забывает как правильно одеваться.

В данной ситуации решить проблему больного можно с помощью следующих рекомендаций.

Положить одежду больного в том порядке, в котором ее необходимо надевать. Использовать картинки, что за чем надевать.

Избегать одежды со сложными застежками, использовать предметы одежды на резинках, липучках, молниях и т.п.

Не торопить больного при одевании, поощрять его самостоятельные действия, а при необходимости их повторять.

Обеспечить больного удобной обувью. Она должна быть нескользкой, на резиновой подошве, свободной, не спадать с ноги.

3.7.4 Помощь в приготовлении пищи и кормлении больного

Больному с деменцией, который ещё не полностью утратил способность готовить пищу, необходимо установить приспособления для безопасного приготовлении пищи, чтобы предупредить его травмирование, например, ожоги и порезы. Желательно обеспечить пациента полуфабрикатами или уже приготовленной пищей.

Бывают случаи, когда больной ничего не ест, поскольку считает, что этот повседневный ритуал он уже выполнил, либо он ест постоянно, поскольку не осознает, что уже поел. Поэтому нужно следить за тем, чтобы он употреблял достаточное количество питательных продуктов, и в то же время не съедал больше одной порции сразу. Обращать внимание на то, чтобы больной принимал в среднем 1,5-2 л жидкости ежедневно. Если больной человек ест самостоятельно, пусть и неаккуратно, то это лучше, чем кормить его.

На поздней стадии болезни пациент нередко забывает есть, может не помнить, как пользоваться вилкой или ложкой, не способен нормально жевать и глотать пищу. У него может быть потеряно ощущение горячего и холодного, что чревато обжогом рта горячей едой или напитком. Такому больному необходимо:

· обеспечить регулярность приемов пищи;

· выделить для себя и подопечного достаточное количество времени для приема пищи;

· напоминать о необходимости съесть продукты, предназначенные для того или иного приема пищи (завтрака, обеда и т.п.);

· напоминать, как принимать пищу, подстраховать его движения, поуправлять его рукой - возможно, он вспомнит процесс движения руки с прибором ко рту;

· делать пюре или разжижить всю пищу;

· давать пищу, которую можно есть руками;

· нарезать пищу маленькими кусочками, чтобы он не мог подавиться;

· напоминать о необходимости есть медленно.

С прогрессированием деменции нарушение процесса глотания может зайти так далеко, что больного придется кормить искусственно.

В практике медицинской сестры бывают случаи, когда больной отказывается от еды по причине кататонического ступора, негативизма, бредовых установок (идеи отравления, самообвинения), повелительных галлюцинаций, которые запрещают кушать и т.п.

В такой ситуации нужно выяснить конкретную причину отказа от еды. Терпеливо уговорить начать кушать самостоятельно. При возможности, преодолевая небольшое сопротивление, покормить больного.

Подобрать сотрудника или родственника, которому пациент доверяет кормить себя. При явлениях негативизма у больного человека оставить пищу и отойти в сторону. По рекомендации лечащего врача можно усилить чувство голода, например, введением 4-16 ЕД инсулина натощак.

Если все принятые меры не приводят к положительным результатам, кормить больного искусственно через зонд.

.8 Помощь при нарушении ночного сна

Больной, страдающий психическим расстройством (заболеванием), может бодрствовать по ночам, что является изнурительной проблемой для того кто ухаживает за ним. Такому пациенту нужно не разрешать спать днем и загружать его различными физическими занятиями. Для здорового и комфортного ночного сна создать все необходимые санитарно-гигиенические и психологические условия.

.9 Помощь при неуместном сексуальном поведении

В отдельных случаях больной с деменцией проявляет неуместное сексуальное поведение. При этом больной в присутствии посторонних людей раздевается, трогает свои половые органы или других людей неподобающим образом.

Действия медицинской сестры в данной ситуации:

· не реагировать чрезмерно резко на его поведение - это проявление болезни;

· привлечь внимание к другому занятию;

· при попытке раздеться, надо терпеливо отговорить либо отвлечь от этого.

.10 Помощь в ситуации надуманного больным «похищения» его вещи

Больной, страдающий деменцией, часто забывает, куда положен тот или иной предмет, теряет свои вещи, а затем обвиняет ухаживающий персонал в краже потерянного предмета.

Все обвинения такого больного в «хищении» его вещи нужно воспринимать как симптом болезни. Следует воздержаться от конфликтов при поиске пропавшей вещи, сохранять спокойствие и выдержку. Лучше, если больной найдет утерянный предмет совместно с куратором, иначе это подтвердит его домыслы о том, что именно он спрятал вещь или украл.

Больного надо успокоить и согласится, что вещь потеряна, помочь ему вспомнить, куда он положил тот или иной предмет, либо найти потерянную вещь. Выяснить, нет ли у больного укромного любимого места, куда он прячет вещи. Например, холодильник (там ничто не портится, там все остается свежим), под матрасом, в бельевом шкафу и т.п. Держать у себя замену важных предметов, например, запасную связку ключей или очки. Проверять мусорные ведра и корзины, перед тем как выбрасывать из них мусор.

депрессия самоубийство сексуальный пациент

3.11 Помощь при склонности к бродяжничеству. Предупреждение бесконтрольного выхода из места жительства и обеспечение безопасного пребывания больного человека, который может уйти из дома

Предупредить бесконтрольный выход из места жительства и обеспечить безопасное пребывание больного человека, который может уйти из дома и блуждать по окрестностям, уехать в неизвестном направлении, заблудиться, оказаться в другом городе и т.п. Надежно запереть все возможные выходы из дома. Прикрепить ко всем дверям небьющиеся зеркала: собственное отражение в зеркале отвлекает больного от намерения открыть дверь.

Сделать так, чтобы у больного при себе всегда были либо какой-нибудь документ, удостоверяющий его личность, либо записка с указанием адреса и номера телефона, по которому можно было бы связаться с ближайшими родственниками больного или лицами, ухаживающими за ним.

Иметь при себе фотографию больного на случай, если он заблудится и понадобится помощь других людей в его поиске.

.12 Помощь при возникновении у больного бредовых идей или галлюцинаций

Обеспечить правильное взаимодействие с больным, у которого возникли бредовые идеи (например, больному кажется, что его преследуют, хотят отравить, причинить вред и т.п.), зрительные и слуховые галлюцинации (больной может видеть или слышать то, чего не существует на самом деле, например, фигуры или голоса людей, разговаривающих в комнате).

Внимательно и терпеливо выслушать больного, поскольку бредовые идеи воспринимаются им как реальность, вызывая различные страхи (например, больной со слезами на глазах уверяет, что его не лечат, а все якобы делают для того, чтобы избавиться от него, умертвить).

Не следует стремиться, во что бы то ни стало разубедить больного, но нельзя и соглашаться с его бредовыми высказываниями. Чаще всего в этих случаях приходится говорить больному о том, что все его предположения неправильны, опасения совершенно необоснованны и что ему необходимо лечиться, так как он болен.

Нельзя спорить с больным о реальности увиденного или услышанного им, так как, если он ощущает, что должен защищать свои собственные взгляды, это может привести к усилению бреда.

Если больной испуган, постараться успокоить его: взять по дружески за руку, говорить негромко, спокойным голосом.

Отвлечь внимание больного от галлюцинации, обратив его внимание на реально находящийся в помещении предмет.

Получить консультацию лечащего врача-психиатра: возможно, состояние больного обусловлено применением лекарственных препаратов.

.13 Помощь при риске насилия по отношению к другим людям в результате агрессивного поведения больного

Предусмотреть защиту лиц, осуществляющих уход, от проявлений агрессивности и насилия со стороны больного.

Обеспечить правильное взаимодействие с агрессивным больным. Нельзя бравировать своей «храбростью», так как это может спровоцировать внезапные (импульсивные) ответные агрессивные поступки больного, направленные против персонала или других больных. Так, например, обвиняющий, угрожающий или осуждающий тон голоса медицинской сестры может усилить агрессию больного. Нельзя озлобляться, или обижаться на больных за их агрессивные намерения или действия, которые связаны с болезнью.

Сохранять спокойствие, не проявлять собственного страха или беспокойства. Переключить внимание больного на более спокойное занятие.

Определить, что вызвало такую реакцию больного, и проследить за тем, чтобы эти предпосылки не повторялись.

.14 Помощь при резкой слабости и беспомощности больного

Организовать и обеспечить систематический уход за ослабленными и беспомощными больными с кататоническим и депрессивным ступором, с тяжелыми органическими поражениями головного мозга при наличии параличей или глубокого слабоумия и др.

Кормить и поить из рук больных, которые не могут самостоятельно есть, соблюдая при этом все необходимые предосторожности. Физически слабым больным, а также в случаях расстройства глотания пищу надо давать преимущественно жидкую, небольшими порциями, не торопясь, так как больные легко могут поперхнуться.

Следить за чистотой белья и постели, периодически не менее 2 раз в день поправлять постель. Больные могут быть неопрятными, поэтому в определенные часы следует напомнить им о том, что надо совершить естественное отправление, своевременно подавать им судно или по назначению врача делать клизмы. Если больной сходит под себя, то надо обмыть его насухо, вытереть и надеть чистое белье. Под неопрятных больных в постель подкладывают клеенку, их чаще моют.

Для освобождения кишечника применять очистительные клизмы.

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.

В случае задержки мочи (чаще это наблюдается при кататонии) выпускать её при помощи катетера.

У слабых и лежачих больных могут появляться пролежни и опрелости. Для их предупреждения необходимо менять положение больного в постели, внимательно осматривать (не менее 1-2 раза в неделю) кожные покровы больных. 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.

Слабых и лежачих больных, которые не могут передвигаться, надо умывать, следить за чистотой волос (лучше коротко стричь их) и причесывать.

Если больного лихорадит, надо уложить его в постель, измерить температуру, артериальное давление, пригласить врача, чаще давать ему пить, при обильном потоотделении сменить белье.

.15 Помощь при депрессии и угрозе самоубийства

Обеспечить постоянный и непрерывный контроль над больным, чтобы уберечь его от самоубийства. От такого больного нельзя отходить ни днем, ни ночью, не давать ему укрываться одеялом с головой, необходимо провожать его в туалет, ванную комнату и т.д. Надо тщательно осматривать его постель с целью выяснить, не припрятано ли в ней опасных предметов: осколков, железок, веревочек, лекарственных порошков.

Больной должен принимать лекарства обязательно в присутствии социального работника или медицинской сестры, чтобы он не мог припрятать и накопить лекарства с целью самоубийства; надо также осмотреть его одежду, не припрятал ли он здесь что ни будь опасное.

Если наступает заметное улучшение в состоянии больного, то, несмотря на это, бдительность при уходе за ним должна быть полностью сохранена. Такой больной в состоянии некоторого улучшения даже может быть еще более опасным для себя.

Тоскливые больные не обращают внимания на себя, поэтому за ними нужен особый уход: помогать им одеваться, умываться, прибирать постель и т.д. Нужно следить за тем, чтобы они ели, а для этого их подчас надо долго, терпеливо и ласково уговаривать. Часто приходится уговаривать их идти на прогулку. Тоскливые больные молчаливы и погружены в себя. Им трудно вести разговор. Поэтому не надо их беспокоить своими разговорами. Депрессивным больным нужен покой. Всякие развлечения могут только ухудшить его состояние. В присутствии тоскливых больных недопустимы посторонние разговоры и т.п.

.16 Помощь в случае риска одиночества и социальной изоляции

Пациенты нередко страдают от одиночества и социальной изоляции. Учитывая это, медсестра представляет больного соседям по палате, размещает в палате с учетом возраста, социокультурных и коммуникативных факторов, а также специфики заболевания, демонстрирует интерес к его рассказам о себе. Пациента принимают таким, как есть, поощряют его высказывания о своем настроении. Медсестра поддерживает у пациента контакт с реальностью, используя сенсорные стимулы, вводя в курс новостей и напоминая даты. Вступая в психологический контакт с родственниками пациентов, медсестра обучает их уходу, обсуждает с ними все возникающие вопросы.

Использованная литература

1. Евсегнеев Р. А. Психиатрия для врача общей практики. Минск: Беларусь, 2001.-426 с.

. Закон Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи» от 7 января 2012 г. N 349-З // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. 12 января 2012 г. N 2/1901.

. Милькаманович В.К. Геронтология и гериатрия: учеб. пособие/ - Мн.: Лiтаратура i мастацтва, 2010.

. Современная технология сестринского ухода и его стандарты в психиатрической клинике. Метод, указания. Составители: А.В. Голенков, А.Б.Козлов, А.В. Аверин и соавт. - Чебоксары, 2002.