

The background is a dark blue gradient. In the corners, there are decorative white and light blue lines that resemble a circuit board or a network diagram, with small circles at the end of the lines.

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В ПСИХИАТРИИ. ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ, СОХРАНЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ

ТРИ ИСТОРИЧЕСКИХ ЭТАПА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РОЛИ МЕДСЕСТЕР ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.

- 1-й этап – сестра играет опекунскую роль (помощь инвалидам, умирающим, сиротам).
- 2-й этап – связан с Крымской кампанией 1854-1855 гг. Роль сестры – зависимый исполнитель врача.
- 3-й этап – конец 90-х годов XX в. – начало XI в. – сестра выполняет роль независимого специалиста в рамках своей компетенции.

ПЯТИЭТАПНАЯ СХЕМА СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА.

ПЕРВЫЙ ЭТАП – сбор информации о пациенте.

Первичным источником информации является сам пациент.

Вторичными источниками являются сведения, сообщаемые родными и другими близкими людьми, сослуживцами, данные из медицинской документации пациента.

СУБЪЕКТИВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ О ПАЦИЕНТЕ: ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА О СВОЕМ СОБСТВЕННОМ СОСТОЯНИИ, А ТАКЖЕ СВЕДЕНИЯ О ЕГО ЗДОРОВЬЕ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫЕ РОДСТВЕННИКАМИ И ДРУГИМИ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ (УСТНО ИЛИ ПИСЬМЕННО).

- **Объективные данные** - это наблюдения и измерения, получаемые медсестрой во время беседы: поза пациента и его положение в постели, поведение, выражение лица, тембр и громкость голоса, исследованием кожи, подкожно-жирового слоя, температуры тела, частоты пульса и дыхания, показатели АД.

БЕСЕДА С ПАЦИЕНТОМ

Направленная беседа, если пациент нуждается в экстренной помощи (в случаях особо плохого самочувствия) или если пациент напряжен или возбужден. Тогда вопросы носят «закрытый» характер, т. е. предусматривают конкретный и однозначный ответ. «Сколько вам лет?», «Как вы переносите (такой-то) лекарственный препарат?» и т. п.

БЕСЕДА С ПАЦИЕНТОМ

- **Ненаправленная беседа** - пациенту дается возможность выговориться и изложить свои ощущения, суждения и пр.
- Вопросы носят открытый характер: «Как вы себя чувствуете?», «Насколько, по-вашему, тяжела ваша болезнь?», «Ощущаете ли вы, что обстановка вокруг вас безопасна?».

СТАДИИ БЕСЕДЫ С ПАЦИЕНТОМ

- 1. Начальная стадия** – установление медсестрой доверительных отношений с пациентом.
- 2. Основная стадия** - медсестра регистрирует субъективную и объективную информацию.
- 3. Заключительная стадия** - благодарит пациента за полученные сведения, подводит итог беседы, выражает пожелание пациенту здоровья и благополучия.

ИНФОРМАЦИЯ, ПОЛУЧАЕМАЯ ОТ ПАЦИЕНТА

№	Информация (субъективные и объективные данные)	Ответы
1	Паспортные данные	
2	Причины обращения за медицинской помощью	
3	Добровольная или недобровольная госпитализация (для стационарных больных)	
4	Сознание: осмысляет или нет место и время пребывания, собственное «Я»	
5	Общение: полноценное, затруднено, крайне малое, отсутствует	
6	Обманы восприятия (есть, нет, какие)	
7	Мышление (последовательное, ускорено, замедлено, застойно, разорвано, бессвязно, странные речевые обороты)	
8	Состояние памяти (нормальное, вспоминает с трудом, забывает вопросы, обманы памяти)	
9	Преобладающие эмоции: эйфория, грусть, тоска, злобность, апатия, другие	
10	Причины отрицательных эмоций	
11	Отношение к собственной болезни: отрицание, желание поправиться, убеждение в тяжести и неизлечимости	
12	Наличие чувства вины (есть-нет)	
13	Уверенность в безопасности окружающей среды (да-нет)	
14	Конкретные страхи, опасения	
15	Наличие навязчивых мыслей или насильственных влечений, каких	
16	Неприятные соматические ощущения, какие	
17	Наличие судорожных припадков, их характер	
18	Употребление алкоголя (отсутствие, умеренное, злоупотребление, зависимость, наличие «синдрома похмелья»)	
19	Употребление психоактивных средств (каких, как часто, наличие «синдрома отмены»)	
20	Состояние сна (ранняя или поздняя бессонница, пробуждения, ночные кошмары)	
21	Состояние аппетита	
22	Состояние половой функции	
23	Положение пациента в семье (сочувствие, желание помочь, безразличие, отвержение; больной одинок)	
24	Способность к самоуходу (еда, чистка, одевание, туалет)	
25	Работоспособность и положение на работе (благожелательное или отрицательное отношение)	
26	Выражение лица пациента, мимика (богатая, бедная)	
27	Модуляции голоса (монотонные, избыточные, нормальные)	

ИНФОРМАЦИЯ, ПОЛУЧАЕМАЯ ОТ ПАЦИЕНТА

№	Информация (субъективные и объективные данные)	Ответы
28	Масса тела	
29	Частота пульса и его характер (напряженный, слабый, аритмии)	
30	Частота дыхания	
31	АД	
32	Температура тела	
33	Состояние кожи (чистота, тургор)	
34	Состояние подкожно-жирового слоя (в норме, избыточен, отсутствует)	
35	Врачебный диагноз	
36	Назначенные лекарственные средства	
37	Ранее проводимое лечение, переносимость лекарственных средств	

ВТОРОЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА – ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА.

Проблема пациента в сестринском процессе характеризуется как обстоятельство, связанное со здоровьем пациента, которое как медсестра, так и пациент хотят изменить, которое нежелательно для пациента и требует медицинского вмешательства.

ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА КЛАССИФИЦИРУЮТ:

А. Существующие проблемы: например, наличие у пациента депрессии с суицидными мыслями и намерениями.

Б. Потенциальные проблемы: например, возобновление депрессии в неблагоприятных условиях среды (семья, работа).

ПРОБЛЕМЫ КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ ПО ХАРАКТЕРУ НЕРЕАЛИЗОВАННОЙ ПОТРЕБНОСТИ.

- А. Физические (или физиологические).
- Б. Эмоциональные.
- В. Социально-духовные.

ФИЗИЧЕСКИЕ (ИЛИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ) ПРОБЛЕМЫ

Это, например, упорные запоры у пациентов с тяжелыми депрессиями или при нервной анорексии, разнообразные соматические ощущения у больных с невротическими, ипохондрическими состояниями.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Тоска и злость, ощущение небезопасности окружающего и разнообразные фобии, опасения грозного и неотвратимого соматического заболевания (без достаточных оснований для этого) и др.

СОЦИАЛЬНО-ДУХОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Ограничение общения, невозможность самореализации, снижение работоспособности и конфликты в семье или в месте занятости, связанные, например, с употреблением алкоголя или с особенностями личности и с неблагоприятным отношением к больному («сумасшедшему»).

ЕСЛИ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА ПОЗВОЛЯЕТ, ПРОБЛЕМЫ ОБСУЖДАЮТСЯ СОВМЕСТНО С ИМ И МЕДСЕСТРОЙ. СФОРМУЛИРОВАННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СЛУЖАТ ОСНОВОЙ ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ УХОДА И ВЫБОРА ВМЕШАТЕЛЬСТВ.

ПРОБЛЕМАМИ, ТРЕБУЮЩИМИ ОТ МЕДСЕСТРЫ НАИБОЛЬШЕЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ, ЯВЛЯЮТСЯ: РИСК НАСИЛИЯ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ДРУГИХ И РИСК НАСИЛИЯ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА СЕБЯ.

ТРЕТИЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА – ПЛАНИРОВАНИЕ.

По определению Европейского регионального бюро ВОЗ:

«Планирование это документирование ожидаемых результатов сестринского вмешательства в соответствии с планом сестринского ухода».

ЭТАП ПЛАНИРОВАНИЯ РАЗДЕЛЯЕТСЯ НА СУБЭТАПЫ:

А. Установление приоритетов.

Б. Установление целей.

В. Выбор сестринских
вмешательств.

Г. Разработка собственно плана
ухода.

А. УСТАНОВЛЕНИЕ ПРИОРИТЕТОВ

- первичные проблемы, угрожающие жизни;
- промежуточные проблемы, угрожающие здоровью;
- вторичные, прямо не связанные с (душевной) болезнью.

А. УСТАНОВЛЕНИЕ ПРИОРИТЕТОВ

- проблема срочного выполнения (решение в 1-е сутки);
- проблемы краткосрочного выполнения (решаемые в течение 1 – 2 недель);
- проблемы долгосрочного выполнения.

Б. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕЛЕЙ

1. Добиться полного выздоровления.
2. Добиться улучшения состояния или дезактуализации болезненных переживаний (при эндогенных психозах).
3. Добиться предупреждения рецидива болезни (при эндогенных психозах).
4. Добиться восстановления общения и доверия (при многих заболеваниях).
5. Добиться реабилитации пациента (в семье, месте занятости или при переобучении, в том числе в лечебно-трудовых мастерских).

В. ВЫБОР ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Вмешательства сугубо индивидуальны, зависят от состояния пациента, направлены на устранение существующих и предупреждение потенциальных проблем.

ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ

- должны быть безопасными и соответствовать возрасту пациента;
- должны быть достижимыми;
- они должны быть согласованы с ценностями и убеждениями пациента (если, например, отправления религиозных культов совпадает с какими-то групповыми занятиями);
- они должны быть согласованы с лечением другими специалистами.

ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ:

- А. Зависимые (под контролем врача).
- Б. Взаимозависимые (которые медсестра выполняет в сотрудничестве с другими специалистами).
- В. Независимые (выполняемые медсестрой самостоятельно).

ЗАВИСИМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

- 1. Выполнение врачебных медикаментозных назначений.
- 2. Ассистирование врачу при проведении электросудорожной терапии.
- 3. Ассистирование врачу при реанимационных процедурах и др.

ВЗАИМОЗАВИСИМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

1. Контроль переносимости лекарственных средств с последующей информацией врача.
2. Осуществление психотерапии совместно со специалистом или продолжение, следуя его указаниям и др.

НЕЗАВИСИМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

1. Кормление пациентов с отказом от пищи
убеждение, временное ограничение.
2. Обеспечение пациенту наилучших условий для сна.
3. Контроль поведения (постоянное наблюдение за пациентом с риском насилия).
4. Выполнение бытовых просьб пациента (просьба посещения кем-то; связь с работодателем и т. п.).
5. Обучение пациента самоуходу.
6. Проведение аутотренинга.

Г. СОБСТВЕННО ПЛАНИРОВАНИЕ С ДОКУМЕНТИРОВАННЫМ СОСТАВЛЕНИЕМ ПЛАНА

Планирование проводится после обсуждения с пациентом и/или его близкими людьми.

План представляет собой перечень необходимых действий для осуществления сестринского ухода.

План должен быть составлен так, чтобы быть понятным любому специалисту, принимающему участие в лечении и уходе.

ЧЕТВЁРТЫЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА – ВЫПОЛНЕНИЕ.

- улучшать здоровье и безопасность пациента;
- осуществлять мониторинг вмешательств;
- обеспечивать пациента питанием и питьем;
- обеспечивать психотерапевтическую среду;
- повышать самооценку пациента, его чувство собственного достоинства и доверия к себе;
- увеличивать общительность пациента;
- использовать семью пациента, как поддержку;
- обучать пациента самоуходу.

ПЯТЫЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА – ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.

- А. Цель достигнута, проблема снята.
- Б. Цель достигнута частично.
- В. Цель не достигнута.
- Г. Возникла новая проблема, своей значимостью заслонившая предыдущую.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ.

Организация психиатрической помощи в Российской Федерации осуществляется в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 г. №3185-1.

Цель закона - правовое регулирование деятельности психиатрической службы и правовая защита граждан, страдающих психическими расстройствами.

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ
ПО ОСНОВАНИЯМ И В ПОРЯДКЕ, КОТОРЫЕ
УСТАНОВЛЕНЫ НАСТОЯЩИМ ЗАКОНОМ И
ДРУГИМИ ЗАКОНАМИ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ, И ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

1. Психиатрическое обследование и психиатрическое освидетельствование.
2. Профилактику и диагностику психических расстройств.
3. Лечение и медицинскую реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
ЛИЦАМ, СТРАДАЮЩИМ
ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ,
ГАРАНТИРУЕТСЯ ГОСУДАРСТВОМ И
ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НА ОСНОВЕ
ПРИНЦИПОВ:

- законности,
- гуманности
- соблюдения прав человека и
гражданина.

ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЮТ (ПРИ НАЛИЧИИ ЛИЦЕНЗИЙ):

1. Медицинские организации (психиатрические больницы, психоневрологические диспансеры, районные кабинеты врачей психиатров, коммерческие медицинские организации).
2. Стационарные организации социального обслуживания (психоневрологические интернаты).
3. Врачи-психиатры, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей.

ФОРМЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Стационарная помощь (психиатрические больницы, психоневрологические интернаты).

Полустационарная помощь (дневной стационар, ночные стационары, для детей специализированные ясли-сады, коррекционные или вспомогательные школы).

Амбулаторная помощь (психиатрические кабинеты, психоневрологические диспансеры, лечебно-производственные мастерские).

В последнее время получила распространение кризисная служба с так называемыми телефонами доверия, «тревожная кнопка» куда нуждающийся может обратиться и в течение суток получить необходимую психологическую помощь или же совет обратиться в дальнейшем к врачу. Введение такой службы позволило уменьшить риск суицидальных действий среди населения.



8-800-2000-122

бесплатно, анонимно

ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ

для детей, подростков, родителей

ЭКСТРЕННАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Экстренная госпитализация в психиатрические стационары обычно осуществляется специализированными бригадами «скорой психиатрической помощи», в составе которых имеется врач-психиатр.

ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Основаниями для госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, являются наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении психиатрического обследования или лечения в стационарных условиях либо постановление судьи.

СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ ОТДЕЛЕНИЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

- психиатрическое отделение «с открытыми дверями», строгого надзора или усиленного наблюдения;
- детское отделение (если нет специальной детской психиатрической больницы);
- подростковое отделение;
- гериатрическое отделение;
- психо-соматическое отделение;
- судебное психолого-психиатрическое отделение.

АМБУЛАТОРНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

В отношении лица, страдающего психическим расстройством, в амбулаторных условиях осуществляются:

- профилактика
- диагностика
- лечение
- медицинская реабилитация
- диспансерное наблюдение в зависимости от медицинских показаний.

АМБУЛАТОРНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

- Психиатрическая помощь в амбулаторных условиях (за исключением диспансерного наблюдения) оказывается при добровольном обращении лица, страдающего психическим расстройством, в соответствии со статьей 4 настоящего Закона.

АМБУЛАТОРНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Осуществляется в психоневрологических диспансерах, работающих по территориальному принципу.

Задачи диспансеров:

– оказание консультативной и социальной помощи психически больным;

– осуществление поддерживающей терапии и динамическое наблюдение соответствующего

контингента больных, проживающих на территории, которую обслуживает диспансер.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Решение вопросов о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров.

Решение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения может быть обжаловано.

АМБУЛАТОРНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

В районных городских поликлиниках и в сельской местности существуют **психиатрические кабинеты** при городских и районных больницах, несущие те же функции, что и диспансеры в условиях города.

ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ

это социально-медицинское учреждение,
предназначенное для постоянного, временного
(сроком до 6 месяцев) и пятидневного в неделю
проживания престарелых граждан (мужчин
старше 60 лет и женщин старше 55 лет) и
инвалидов (старше 18 лет), страдающих
психическими хроническими заболеваниями и
нуждающихся в постоянном постороннем уходе.

ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ

Обеспечивает создание соответствующих возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности, проведение мероприятий медицинского, психологического, социального характера, питание и уход, а также организацию посильной трудовой деятельности, отдыха и досуга.