**САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ №2»**

**Иванова О.П., Соловьева А.А.**

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА**

**ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ**

**Практическое занятие**

**Тема: «Особенности организации сестринского ухода при шизофрении, аффективных расстройствах»**

**ПМ 04:** **«Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдение за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях»**

**МДК 04.02 «Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп»**

**Р. 9 «Сестринские вмешательства в психиатрии»**

**34.02.01 «Сестринское дело»**

**Санкт-Петербург**

|  |  |
| --- | --- |
| Утверждаю:  Зам. директора по учебной работе  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.Г. Максимова  Согласовано:  Методист  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е.В. Полякова | Рассмотрено на заседании  ЦМК «Профилактическая деятельность» Протокол №\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2025г. Председатель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пугашкина В.В. |

**Содержание**

1. Пояснительная записка

2. Актуальность темы

3. Межпредметные и внутрипредметные связи

4. Технологическая карта занятия

5. Конкретные задачи (формирование компетенций)

6. План проведения занятия

7. Алгоритмы манипуляций

8. Приложения

9. Список использованной литературы

**Пояснительная записка**

Учебно-методическая разработка по ПМ 04: «Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдение за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях»

МДК 04.02 «Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп»

Р. 9 «Сестринские вмешательства в психиатрии»

по теме: «Особенности организации сестринского ухода при шизофрении, аффективных расстройствах» составлена в соответствии с программой и требованиями ФГОС. На данном занятии у студентов формируется современное представление об оказании сестринской помощи пациентам с психиатрической патологией. В учебно-методической разработке представлены все необходимые элементы проведения занятия: обоснование темы, цель, задачи занятия, знания и умения по данной теме, профессиональные и общие компетенции, оснащение, схемы межпредметных и внутрипредметных связей, план проведения занятия, критерии оценок, список литературы.

На занятии используются педагогические приемы и методы:

- Фронтальный опрос

- Работа малыми группами по решению ситуационных задач

- Отработка практических манипуляций

- Письменный контроль

Представленные педагогические приёмы и методы, используемые на занятии, позволяют обеспечить усвоение знаний, умений и формирование общих и профессиональных компетенций по специальности 34.02.01 «Сестринское дело».

**Актуальность темы**

**Шизофрения – тяжелое психическое расстройство, которым страдают примерно 24 миллиона человек, или 1 из 300 человек в мире.**

**Шизофрения вызывает психозы, ассоциируется с тяжелой инвалидностью и может негативно влиять на все сферы жизни, включая личную, семейную, социальную жизнь и учебную и трудовую деятельность.**

**Лица с шизофренией часто являются объектом стигматизации, дискриминации и нарушений прав человека.**

**Во всем мире более двух третей людей с психозом не получают специализированной психиатрической помощи.**

**Существует ряд эффективных вариантов оказания помощи пациентам с шизофренией, благодаря которым можно добиться полного выздоровления по меньшей мере каждого третьего больного.**

Биполярное расстройство характеризуется преждевременной смертностью с потерей 10–20 лет жизни в связи с коморбидными сердечно-сосудистыми заболеваниями и суицидом. Частота суицидов среди пациентов с биполярным расстройством в 20 раз выше, чем в общей популяции: около 30–50 % пациентов совершают как минимум одну суицидальную попытку, а 15–20 % – завершенный суицид. Факторами риска суицидальных попыток и завершенных суицидов являются коморбидность БАР с психическими, прежде всего тревожными, расстройствами, с зависимостью от психоактивных веществ (каннабиноиды, опиоиды, кокаин, транквилизаторы, алкоголь), с расстройством личности.

Медицинские сестры становятся кураторами пациентов, осуществляют основной уход за ними, сопровождают их на прогулках, медицинских манипуляциях, обучают навыкам самообслуживания, выявляют проблемы больных, осуществляют контроль за изменением их психического состояния и оказывают помощь в адаптации к условиям жизни.

Для осуществления помощи психически больным на доврачебном этапе необходимо точно знать перечень ведущих проблем больного, владеть синдромологическим подходом с целью определения приоритетной проблемы и тактики ухода за пациентом.

На занятии формируются компетенции, необходимые медицинскому работнику для оказания профессиональной помощи.

**Межпредметные связи**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***«Истоки»:***  ОП.01 Анатомия и физиология человека  ОП.02 Основы патологии  ОП.03 Основы латинского языка с медицинской терминологией  ПМ03 МДК 03.01 Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний в разные возрастные периоды  ПМ.01 Проведение мероприятий по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи  ПМ.02 Ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала | **«Особенности организации сестринского ухода при шизофрении, аффективных расстройствах»** | ***«Выход»:***  ПМ.04 Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях  ПМ 04. МДК 04.03  Сестринский уход за пациентами хирургического профиля  ПМ.05 Оказание медицинской помощи в экстренной форме  ПМ.05 МДК 05.01 Участие медицинской сестры в оказании медицинской помощи в экстренной форме |

**Внутрипредметные связи**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***«Истоки»:***  Организация и структура системы первичной медико-санитарной помощи населению.  Пропаганда здорового образа жизни и профилактика заболеваний.  Диспансеризация населения и диспансерное наблюдение | ***«Особенности организации сестринского ухода при шизофрении, аффективных расстройствах»*** | ***«Выход»:***   * Организация и оказание сестринской помощи психиатрическим пациентам. * Методы исследования психического статуса. * Принципы ухода за пациентами с заболеваниями психики. * Организация и оказание сестринской помощи при психиатрической патологии. * Роль медицинской сестры в профилактике   психиатрической патологии |

**Технологическая карта**

**По специальности:** «Сестринское дело»

**По ПМ 04:** «Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдение за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях»

**МДК 04.**02 «Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп»

Р. 9 «Сестринские вмешательства в психиатрии»

**Тема занятия:** «Особенности организации сестринского ухода при шизофрении, аффективных расстройствах»

**Продолжительность:** 270 минут

**Вид занятия:** практическое

**Место проведения:** доклинический кабинет

**Цель занятия:** обобщить и систематизировать знания по теме занятия

**Задачи занятия:**

**Учебные:**

* углубление, расширение и детализация знаний, полученных на лекции;
* вырабатывание навыков профессиональной деятельности;
* систематизация знаний и умений в осуществлении ухода за пациентами с психическими расстройствами

**Развивающие:**

Развивать:

* способность сопоставлять и анализировать информацию;
* навыки логического и клинического мышления, памяти, внимательности;
* навыки профессионального общения и способность брать на себя ответственность за результат выполнения задания.

**Воспитательные:**

* вовлечение в активную практическую деятельность;
* воспитание тактичности, внимательности, ответственности и аккуратности при общении с пациентом и/или его родственниками, а также при выполнении манипуляций;
* воспитание чувства ответственности за порученное дело, исполнительности;
* Воспитывать стремление к самосовершенствованию и самооценке.

**Формируемые на занятии общие, профессиональные компетенции и личностные результаты:**

**ПК 4.1.** Проводить оценку состояния пациента.

**ПК 4.2.** Выполнять медицинские манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту.

**ПК 4.3.** Осуществлять уход за пациентом.

**ПК 4.4.** Обучать пациента (его законных представителей) и лиц, осуществляющих уход, приемам ухода и самоухода.

**ПК 4.5.** Оказывать медицинскую помощь в неотложной форме.

**ПК 4.6.** Участвовать в проведении мероприятий медицинской реабилитации.

**Данная тема вносит вклад в формирование общих компетенций:**

**ОК 1.** Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности применительно к различным контекстам.

**ОК 2**. Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации, информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности.

**ОК 4.** Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде.

**ОК 5.** Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста.

|  |
| --- |
| **ЛР 6** Ориентированный на профессиональные достижения, деятельно выражающий познавательные интересы с учетом своих способностей, образовательного и профессионального маршрута, выбранной квалификации |
| **ЛР 7** Осознающий и деятельно выражающий приоритетную ценность каждой человеческой жизни, уважающий достоинство личности каждого человека, собственную и чужую уникальность, свободу мировоззренческого выбора, самоопределения.  Проявляющий бережливое и чуткое отношение к религиозной принадлежности каждого человека, предупредительный  в отношении выражения прав и законных интересов других людей |
| **ЛР 8** Проявляющий и демонстрирующий уважение законных интересов  и прав представителей различных этнокультурных, социальных, конфессиональных групп в российском обществе; национального достоинства, религиозных убеждений с учётом соблюдения необходимости обеспечения конституционных прав и свобод граждан. Понимающий и деятельно выражающий ценность межрелигиозного и межнационального согласия людей, граждан, народов в России. Выражающий сопричастность к преумножению и трансляции культурных традиций и ценностей многонационального российского государства, включенный в общественные инициативы, направленные на их сохранение. |

**Ход занятия:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Этапы занятия | Время |
| 1. | Организационная часть | 5 мин. |
| 2. | Формулировка темы и ее обоснование | 5 мин. |
| 3. | Определение целей занятия | 5 мин. |
| 4. | Предварительный контроль (фронтальный опрос) | 10 мин. |
| 5. | Методические указания для самостоятельной работы студентов | 20 мин |
| 6. | Практическая работа студентов, отработка практических манипуляций | 180 мин. |
| 7. | Итоговый контроль (тестирование) | 30 мин. |
| 8. | Подведение итогов. Рефлексия. | 15 мин. |

**Предварительный контроль**:

Фронтальный опрос

**Самостоятельная работа студентов**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Этап практической работы студентов** | **Способ выполнения** | **Виды контроля** |
|  | Составить опорный конспект по теме «Особенности работы в остром психиатрическом отделении» | Индивидуальная работа | Самоконтроль |
|  | Просмотр видеофильмов с клиническими проявлениями различных форм шизофрении последующим обсуждением | Обсуждение мер безопасности и правил поведения при оказании психиатрической помощи  Работа в парах по решению задачи с документированием нарушенных потребностей, проблем пациента и выполнения назначения врача | Взаимоконтроль |
|  | Решение ситуационных задач |
|  | Самостоятельная работа при выполнении практических манипуляций | Работа в парах | Контроль преподавателя, взаимоконтроль |
|  | Составление рекомендаций для родственников по организации ухода за пациентами с шизофренией и биполярным расстройством. | Работа в парах | Самоконтроль,  контроль преподавателя |

***Перечень манипуляций для отработки:***

*- кормление тяжелобольного через рот и назогастральный зонд;*

*- приготовление и смена постельного белья больному, находящемуся в тяжелом состоянии;*

*- уход за кожей тяжелобольного пациента*

**Итоговый контроль:**

1. Тестовые задания.

**Материально-техническое оснащение темы:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **Количество** |
|  | Опорный конспект лекций | 15 |
|  | Презентация занятия | 1 |
|  | Рейтинговый оценочный лист | 15 |
|  | Ноутбук с мультимедийной установкой | 1 |
|  | Методический материал преподавателя | 1 |
|  | Тестовые задания | На бригаду |
|  | Канцелярские принадлежности | На бригаду |
|  | Критерии оценки | 1 |

**Конкретные задачи**

***При проведении занятия происходит формирование общих и профессиональных компетенций***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Код**  **компетенции** | **Формулировка компетенции** | **Знания, умения** |
| **ОК 01** | Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности применительно к различным контекстам | **Умения:** распознавать задачу и/или проблему в профессиональном и/или социальном контексте; анализировать задачу и/или проблему и выделять её составные части; определять этапы решения задачи; выявлять и эффективно искать информацию, необходимую для решения задачи и/или проблемы;  составлять план действия; определять необходимые ресурсы;  владеть актуальными методами работы в профессиональной и смежных сферах; реализовывать составленный план; оценивать результат и последствия своих действий. |
| **Знания:** актуальный профессиональный и социальный контекст, в котором приходится работать и жить; основные источники информации и ресурсы для решения задач и проблем в профессиональном и/или социальном контексте;  алгоритмы выполнения работ в профессиональной и смежных областях; методы работы в профессиональной и смежных сферах; структуру плана для решения задач; порядок оценки результатов решения задач профессиональной деятельности. |
| **ОК 02** | Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации, информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности | **Умения:** определять задачи для поиска информации; определять необходимые источники информации; планировать процесс поиска; структурировать получаемую информацию; выделять наиболее значимое в перечне информации; оценивать практическую значимость результатов поиска; оформлять результаты поиска, применять средства информационных технологий для решения профессиональных задач; использовать современное программное обеспечение; использовать различные цифровые средства для решения профессиональных задач. |
| **Знания:** номенклатура информационных источников, применяемых в профессиональной деятельности; приемы структурирования информации; формат оформления результатов поиска информации, современные средства и устройства информатизации; порядок их применения и программное обеспечение в профессиональной деятельности, в том числе с использованием цифровых средств. |
| **ОК 04** | Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде | **Умения:** организовывать работу коллектива и команды; взаимодействовать с коллегами, руководством, клиентами в ходе профессиональной деятельности |
| **Знания:** психологические основы деятельности коллектива, психологические особенности личности; основы проектной деятельности |
| **ОК 05** | Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста | **Умения:** грамотно излагать свои мысли и оформлять документы по профессиональной тематике на государственном языке, проявлять толерантность в рабочем коллективе |
| **Знания:** особенности социального и культурного контекста; правила оформления документов и построения устных сообщений |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Основные виды**  **деятельности** | **Код и наименование**  **компетенции** | **Показатели освоения компетенции** |
| Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдение за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях | **ПК 4.1.** Проводить оценку состояния пациента. | **Навыки:**  проведения динамического наблюдения за показателями состояния пациента с последующим информированиемлечащего врача; |
| **Умения:**  выявлять потребность в посторонней помощи и сестринском уходе;  проводить опрос пациента и его родственников (законных представителей), лиц, осуществляющих уход, измерять и интерпретировать показатели жизнедеятельности пациента в динамике;  осуществлять динамическое наблюдение за состоянием и самочувствием пациента во время лечебных и (или) диагностических вмешательств;  определять и интерпретировать реакции пациента на прием назначенных лекарственных препаратов и процедуры ухода; |
| **Знания:**  основы теории и практики сестринского дела, методы определения функциональной активности и самостоятельности пациента в самообслуживании, передвижении, общении, определения потребности в посторонней помощи и сестринском уходе;  правила измерения и интерпретации данных |
| **ПК 4.2.** Выполнять медицинские манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту. | **Навыки:**  выполнения медицинских манипуляций при оказании помощи пациенту |
| **Умения:**  выполнять медицинские манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту:  - кормление тяжелобольного пациента через рот и /или назогастральный зонд, через гастростому;  - установку назогастрального зонда и уход за назогастральным зондом;  - оказание пособия при парентеральном введении лекарственных препаратов;  - введение лекарственных препаратов внутрикожно, внутримышечно, внутривенно, в очаг поражения кожи;  -проводить подготовку пациента к лечебным и (или) диагностическим вмешательствам по назначению лечащего врача;  -собирать, подготавливать и размещать наборы инструментов, расходные материалы, лекарственные препараты для выполнения лечебных и (или) диагностических вмешательств по назначению лечащего врача;  -проводить забор биологического материала пациента для лабораторных исследований по назначению лечащего врача;  -обеспечивать хранение, вести учет и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, в том числе наркотических средств, психотропных веществ и сильно действующих лекарственных препаратов;  -ассистировать врачу при выполнении лечебных и (или) диагностических вмешательств; |
| **Знания:**  -технология выполнения медицинских услуг, манипуляций и процедур сестринского ухода;  -основы клинической фармакологии, виды лекарственных форм, способы и правила введения лекарственных препаратов, инфузионных сред;  -правила и порядок подготовки пациента к медицинским вмешательствам;  медицинские изделия (медицинские инструменты, расходные материалы, медицинское оборудование), применяемые для проведения лечебных и (или) диагностических процедур,  -требования к условиям забора, хранения и транспортировки биологического материала пациента;  -порядок и правила учета, хранения и применения лекарственных препаратов, этилового спирта, спиртсодержащих препаратов, инфузионных сред, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания; |
|  | **ПК 4.3.** Осуществлять уход за пациентом. | **Навыки:**  осуществления сестринского ухода за пациентом, в том числе в терминальной стадии  **Умения:**  осуществлять профилактику пролежней, контактного дерматита, включая позиционирование и перемещение в постели, передвижение и транспортировку пациента с частичной или полной утратой способности самообслуживания, передвижения и общения;  -осуществлять раздачу и применение лекарственных препаратов пациенту по назначению врача, разъяснять правила приема лекарственных препаратов;  -выполнять процедуры сестринского ухода за пациентами при терминальных состояниях болезни;  -оказывать психологическую поддержку пациенту в терминальной стадии болезни и его родственникам (законным представителям).  **Знания:**  -особенность сестринского ухода с учетом заболевания, возрастных, культурных и этнических особенностей пациента;  -современные технологии медицинских услуг по гигиеническому уходу, позиционированию и перемещению в кровати пациентов, частично или полностью утративших способность к общению, передвижению и самообслуживанию;  -особенность и принципы лечебного питания пациентов в медицинской организации в зависимости от возраста и заболевания;  -порядок оказания паллиативной медицинской помощи, методов, приемов и средств интенсивности и контроля боли у пациента;  -психология общения с пациентом, находящимся в терминальной стадии |
|  |
|  | **ПК 4.4.** Обучать пациента (его законных представителей) и лиц, осуществляющих уход, приемам ухода и самоухода | **Навыки:**  обучения пациента (его законных представителей) и лиц, осуществляющих уход, приемам ухода и самоухода, консультирования по вопросам ухода и самоухода |
| **Умения:**  -проводить консультирование и обучение пациента и его родственников (законных представителей), лиц, осуществляющих уход, по вопросам ухода и самоухода;  -разъяснять пределы назначенного лечащим врачом режима двигательной активности и контролировать выполнение назначений врача |
| **Знания:**  -методы и способы обучения пациентов (их законных представителей), лиц, осуществляющих уход, навыкам самоухода и ухода;  -физические и психологические особенности пациентов разного возраста, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;  -психологические, психопатологические, соматические, морально-этические проблемы, возникающие у пациентов различного возраста, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья |
|  | **ПК 4.5.** Оказывать медицинскую помощь в неотложной форме. | **Навыки:**  оказания медицинской помощи в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний |
| **Умения:**  -оказывать медицинскую помощь в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний;  -получать и передавать информацию по вопросам оказания медицинской помощи, в том числе с пациентами, имеющими нарушения зрения, слуха, поведения; |
| **Знания:**  -побочные эффекты, видов реакций и осложнений лекарственной терапии,  -меры профилактики и оказания медицинской помощи в неотложной форме;  -клинические признаки состояний;  -показания к оказанию медицинской помощи в неотложной форме;  -правила оказания медицинской помощи в неотложной форме |
|  | **ПК 4.6.** Участвовать в проведении мероприятий медицинской реабилитации. | **Навыки:**  проведение мероприятий медицинской реабилитации |
| **Умения:**  выполнять работу по проведению медицинской реабилитации |
| **Знания:**  порядок медицинской реабилитации |

**План проведения занятия**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этап занятия** | **Цель** | **Содержание и метод проведения** | **Время** | **Обеспечение этапа** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1 | Организация занятия | Сконцентрировать внимание студентов, мотивировать их на работу. | Проверка присутствующих. Установка дисциплины. Проверка внешнего вида. | 2 мин. | Журнал группы |
| 2 | Определение цели и задач занятия | Сформулировать цель и задачи занятия. Сформулировать конечные результаты работы. | Преподаватель рассказывает о цели и задачах занятия.  Обсуждение мер безопасности и правил поведения при оказании психиатрической помощи | 10 мин. | Просмотр видеофильма |
| 3 | Мотивация занятия | Создать положительную мотивацию познавательной деятельности. | Выступление преподавателя. | 3 мин. | Презентация |
| 4 | Предварительный контроль | Определение исходного уровня знаний. | Фронтальный опрос. Студенты устно отвечают на вопросы преподавателя. | 10 мин. | Приложение 1  Фронтальный опрос с эталонами ответов опрос |
| 5 | Подготовка к самостоятельной работе | Развитие критического мышления. | Преподаватель разъясняет особенности работы по решению задач | 20 мин. | Презентация |
| 6 | Самостоятельная работа студентов | Развитие критического и клинического мышления.  Формирование навыков работы малыми группами.  Формирование практических умений. | Студенты работают малыми группами по 2 человека по заданию преподавателя. Затем происходит обсуждение представленных результатов. Оценка работы.  Составление рекомендаций (индивидуально). Оценка работы.  Выполнение манипуляций. Оценка работы. | 180 мин. | Приложение 2  Решение ситуационных задач |
| 7 | Составление рекомендаций для родственников по организации ухода за пациентами с шизофренией и биполярным расстройством. | Формирование навыков работы в парах. | Работа в парах | 15 мин | Приложение 3 |
| 8 | Итоговый контроль | Контроль выполнения цели и задач занятия. | Проведение тест контроля по пройденному материалу. | 30 мин. | Приложение 5 |
| 9 | Подведение итогов. Рефлексия. | Получение обратной связи от студентов. Рефлексия. | Оценка деятельности группы в целом и каждого студента.  Запись домашнего задания. | 5 мин. | Журнал группы.  Рефлексивная карта.  Приложение 6,7,8. |

Приложение 1

**Вопросы для фронтального опроса**

* + - 1. Дайте определение шизофрении
      2. Какие психические функции чаще всего страдают при шизофрении
      3. Перечислите основные начальные симптомы шизофрении
      4. Назовите негативные и продуктивные симптомы, характерные для различных форм шизофрении
      5. Перечислите основные клинические формы шизофрении
      6. Охарактеризуйте простую форму шизофрении
      7. Дайте описание кататонической формы шизофрении
      8. В чем особенности проявления гебефренической формы шизофрении
      9. Дайте характеристику параноидной формы шизофрении
      10. Назовите ургентные состояния при шизофрении
      11. Дайте определение биполярного аффективного расстройства
      12. Перечислите основные проявления маниакальной фазы БАР
      13. Перечислите основные клинические проявления депрессивной фазы БАР
      14. Назовите ургентные состояния при биполярном аффективном расстройстве.

**Эталоны ответов на фронтальный опрос**

**1. Дайте определение шизофрении**

Шизофрения это эндогенное психическое заболевание, для которого характерны различные нарушения восприятия, мышления, эмоционально- волевой сферы, с началом, как правило, в молодом возрасте.

1. **Какие психические функции чаще всего страдают при шизофрении**

При шизофрении чаще всего наблюдаются нарушения таких психических функций, как восприятие (иллюзии, галлюцинации), мышление (бредовые расстройства), различные нарушения эмоций и воли.

1. **Перечислите основные начальные симптомы шизофрении**

К основным начальным симптомам шизофрении относятся изменения эмоциональной сферы – отгороженность, охлаждение к близким, нарушение сна, головные боли, дисморфомания, дереализация, деперсонализация.

1. **Назовите негативные и продуктивные симптомы, характерные для различных форм шизофрении**

К основным продуктивным симптомам относятся галлюциноторно – бредовые, аффективно – бредовые, гебефренические.

К негативным симптомам относятся структурные расстройства мышления (разорванность, резонерство), симптомы качественного искажения эмоций (уплощение, апатия), расстройство воли (амбивалентность, гипобулия, негативизм), расстройство личности (аутизм, снижение энергетического потенциала), ангедония

1. **Перечислите основные клинические формы шизофрении**

К основным клиническим формам шизофрении относятся параноидная, кататоническая, гебефреническая и простая форма.

1. **Охарактеризуйте простую форму шизофрении**

Эта форма шизофрении берет свое начало в подростковом, а иногда и детском возрасте. Продуктивные симптомы либо отсутствуют, либо выражены незначительно. У больного очень быстро развиваются когнитивные нарушения, которые сводят на нет учебную, трудовую и какую-либо полезную деятельность. Круг интересов распространяется лишь на удовлетворение собственных потребностей.

Для простой формы характерны следующие личностные нарушения:

* прогрессирующее оскудение эмоций;
* интеллектуальная непродуктивность;
* утрату интересов;
* нарастающая вялость, замкнутость;
* рудиментарность позитивных психотических факторов.

У больного теряется связь с близкими людьми, проявляется склонность к бродяжничеству, асоциальному поведению. Такие индивиды не проявляют интереса к окружающим, и собственной судьбе. Постепенно они теряют приобретенные ранее навыки, опускаясь на дно социальной жизни.

1. **Дайте описание кататонической формы шизофрении**

Кататоническое возбуждение – индивид проявляет негативизм, не находит себе места. Бесцельные и бессмысленные движения стереотипно повторяются. Стремления остановить пациента положительного результата не имеют, а лишь усугубляют ситуацию. Возбуждение усиливается и может вызвать противодействие с демонстрацией агрессии.

Кататонический ступор – человек застывает в том позе, в которой он находился в момент, когда произошел приступ. Это положение может быть очень неудобным, но уже ничего поправить больной не в состоянии. Мышцы как будто застывают, продолжаться такой ступор может от нескольких минут до нескольких дней. Приступ сопровождается мутизмом – полным молчанием, а также крайним напряжением всех мышц тела либо восковой гибкостью. В этот период человек неспособен самостоятельно принимать пищу, процесс питания совершается посредством зонда. Естественные физиологические потребности справляются под себя. Помутнения сознания при таком приступе не происходит. Выйдя из ступора, больной может рассказать обо всех событиях и действиях, которые происходили вокруг в это время.

1. **В чем особенности проявления гебефренической формы шизофрении**

Основной признак гебефренической шизофрении – неадекватное, вызывающее поведение. Человек ведет себя, как плохой актер, играющий капризного ребенка. Ему присущи следующие проявления:

* нелепая дурашливость;
* грубое кривляние;
* употребление нецензурной лексики;
* применение непристойных шуток;
* утрированные гримасы;
* подчеркнутая гиперсексуальность.

Такое необъяснимое веселье пугает и тяготит других. Разговор ведется неестественным голосом — патетическим тоном или сюсюканьем, при этом изощренно коверкая слова. Бредовые идеи и галлюцинации проявляются отрывочно и эпизодически.

Расстройство гебефренического типа дает о себе знать с 15–17 лет. Прогноз, чаще всего, неблагоприятный. Болезнь развивается очень стремительно – дефект эмоционально-волевых качеств происходит в течение 1–2 лет.

1. **Дайте характеристику параноидной формы шизофрении**

Наиболее распространенная разновидность заболевания, характеризующаяся нелепым фантастическим бредом преследования. Именно с ним связаны выраженные экспансивные переживания: от экстатического восторга до смертельного ужаса. Больной не устает придумывать разнообразные бредовые идеи, верит в них сам, рассказывает о них окружающим и всеми силами старается внедрить в жизнь.

Галлюцинации настолько ярко выражены, что целиком поглощают сознание человека – у него не остается сомнений, что совершающиеся события реальны. На больного обрушивается всплеск различных эмоций, но может преобладать маниакальный или депрессивный фактор. Мышление и логическое восприятие очень быстро поддаются деформации. Преобладает грубо неадекватное поведение, мотивируемое агрессивностью или императивными галлюцинациями. Принудительная госпитализация становится неизбежной.

Параноидная шизофрения начинает прогрессировать в более-менее зрелом возрасте. Обычно это случается после 20 лет и не зависит от половой принадлежности.

**10. Назовите ургентные состояния при шизофрении**

**1. Фебрильная шизофрения (смертельная кататония)** — неотложное состояние с развитием кататонической симптоматики (ступором, повторением слов и действий окружающих, хаотичным возбуждением с агрессией и др.), повышением температуры тела, общемозговыми и менингеальными синдромами вследствие отёка головного мозга.

2.Суицидальные тенденции являются почти обязательным компонентом тяжелых депрессивных состояний. Особенно легко реализуют суицид больные без выраженной заторможенности (тревожная или ажитированная депрессия)

3.Тяжело протекающий делирий проявляется выраженным истощением, проявляющееся артериальной гипотонией и мелкими хаотичными движениями больного в пределах постели, бессмысленное бормотание, невозможность установить контакт с больным (мусситирующий делирий) или, напротив, резчайшее хаотичное возбуждение на фоне недоступности больного, артериальная гипертензия, атаксия и гиперкинезы, подъем температуры тела(гиперкинетический делирий).

4. Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС), проявляющийся генерализованной мышечной ригидностью, центральной гипертермией, помрачением сознания и обезвоживанием

**11.Дайте определение биполярного аффективного расстройства**

Биполярно-аффективное расстройство – психическое эндогенное расстройство, которое проявляется двумя фазами: манией и депрессией, между которыми есть аффективная пауза. В основе БАР – череда мании и депрессии, а между ними – светлый промежуток, в котором нет эмоциональных расстройств. Эти состояния сменяют друг друга без внешней причины, так как заболевание является эндогенным (вызванное внутренними факторами – сбоями работы нейромедиаторных систем).

**12. Перечислите основные проявления маниакальной фазы БАР**

**Маниакальная фаза имеет стадии:**

**Стадия гипомании.** Проявляется постоянно повышенным настроением, возбуждением, «духовным» подъемом, желанием творить, работать, общаться с людьми. Люди ощущают приток физической и интеллектуальной силы, говорят быстро, но так же быстро отвлекаются и переходят с одной темы на другую.

**Мания**. Все те же признаки гипомании, только более выраженные. Присоединяются эмоциональные расстройства: пациенты вспыльчивые, могут раздражаться. Выраженность эмоции зависит от типа мании. Например, гневливая мания проявляется вспышками агрессии, дисфорией и сниженным настроением.

**Пик мании**. Симптомы достигают высоты проявления. Больной возбужден, говорит быстро не связанно. Может начать предложение одним словом, а затем сразу перескочить на другую тему, и снова не закончить предложение и даже словосочетание.

**Редукция симптоматики**. Настроение и скорость мышления на высоте, но двигательное возбуждение идет на спад.

**Восстановление на исходный уровень**. Скорость мышления, движений и психических процессов возвращается на нормальный уровень. События, происходящие на стадии пика мании, обычно забываются.

**13. Перечислите основные клинические проявления депрессивной фазы БАР**

1.Сниженное настроение – гипотимия.

2.Замедление психических процессов – брадифрения.

3.Снижение двигательной активности.

Депрессивный синдром в структуре биполярно-аффективного расстройства напоминает стандартную клиническую депрессию. Настроение улучшается к вечеру, ухудшается на утро. Утром больные обычно просыпаются подавленными, тревожными, без всякой инициации к рабочему дню.

**Особенности депрессивной фазы:**

* отсутствие аппетита и снижение веса;
* ангедония;
* гипо- или абулия;
* эмоциональное уплощение;
* нарушение менструального цикла у женщин, снижение либидо у мужчин.

1. **Назовите ургентные состояния при биполярном аффективном расстройстве.**

Из-за сильной подавленности и сниженного настроения некоторые больные пытаются покончить жизнь **самоубийством.** Наиболее прогностически неприятное явление – **синдром Котара** – ипохондрически-нигилистический бред. Больные с синдромом Котара считают, что они мертвы, все органы сгнили заживо, а в предстоящем апокалипсисе виновна их собственная **греховность**.

Приложение 2

**Ситуационные задачи**

**Ситуационная задача № 1**

Больная Л., 57 лет, находится на лечении в психиатрической больнице с диагнозом: шизофрения, параноидная форма. Слышит «голоса», которые ей угрожают, «хотят ее убить, зарезать ее и детей». Считает, что ее преследует мафия, чтобы завладеть квартирой. Чувствует на себе действие аппарата, при помощи которого читают ее мысли, «делают голову больной». Возбуждена, на месте не удерживается, пытается убегать. Критика отсутствует.

Задания

1. Определите нарушенные потребности пациента

2. Определите проблемы пациента (настоящие, приоритетную, потенциальные).

3. Сформируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

**Ситуационная задача № 2**

Больная У., 28 лет, поступила на лечение с диагнозом: маниакально-депрессивный психоз. При осмотре: охотно беседует, многословна, перескакивает с одной темы на другую. Настроение повышенное, поет, танцует, декламирует стихи. Докучает медперсоналу и больным. Ночь не спала, пела песни. Критика к состоянию отсутствует.

Задания

1. Определите нарушенные потребности пациента

2. Определите проблемы пациента (настоящие, приоритетную, потенциальные).

3. Сформируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

**Ситуационная задача № 3**

Больная Н., 28 лет, поступила на лечение с диагнозом: шизофрения, кататоническая форма. На приеме: целевому контакту не доступна, на вопросы не отвечает. Сидит в одной позе, наблюдаются явления негативизма. Отказывается от приема пищи, ни с кем не общается. Сон нарушен. Физиологические отправления в норме. Соматическое состояние без патологии.

Задания

1. Определите нарушенные потребности пациента

2. Определите проблемы пациента (настоящие, приоритетную, потенциальные).

3. Сформируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

**Ситуационная задача № 4**

Больная Ю., 27 лет, находится на лечении в психиатрической больнице с диагнозом: шизофрения, депрессивный синдром. При осмотре: на вопросы отвечает односложно, после паузы. Движения замедленные. Выражение лица печальное, на глазах слезы. Слышит «голоса», которые её обвиняют, «приказывают повеситься». Высказывает мысли о нежелании жить. Аппетит снижен.

Задания

1. Определите нарушенные потребности пациента

2. Определите проблемы пациента (настоящие, приоритетную, потенциальные).

3. Сформируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

**Ситуационная задача № 5**

Больной Б., 26 лет, биолог. В семейном анамнезе психических заболеваний не отмечается. В детстве развивался нормально. Учиться начал с 8 лет, учился хорошо. Спиртные напитки не употребляет, не курит. По характеру мечтательный, усидчивый, трудолюбивый. После отказа во взаимности понравившейся ему девушки появились странности в поведении. Замечал, что написанное слово в тетради повторяют окружающие люди. Появились звучащие мысли в голове. На лекциях «в голове появляется не то сон, не то гипноз». Становился все более замкнутым, уединялся. Поведение становилось более странным: ни с кем не общался, иногда на лице появлялась неадекватная улыбка, наблюдались стереотипные движения головы. Был помещен в психиатрическую больницу. Большую часть времени лежит в постели, укрывшись с головой одеялом, или ходит по коридору в одной позе, не сгибая ноги в коленных суставах, с высоко поднятой головой. Громко вдыхает в себя воздух, вытягивает шею, жмурит глаза, строит причудливые гримасы. Больной временами импульсивен, совершает агрессивные действия. Отказывается от еды, кормится через зонд. Неопрятен, абуличен. Все резче выступают различные стереотипии. Диагноз: шизофрения, кататоническая форма.

Задания

1. Определите нарушенные потребности пациента

2. Определите проблемы пациента (настоящие, приоритетную, потенциальные).

3. Сформируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

**Эталоны ответов на ситуационные задачи**

**Эталон ответа на ситуационную задачу № 1**

1. У пациентки нарушены потребности: быть здоровой, общаться, избегать опасности, спать.

2. Проблемы пациента. Настоящие проблемы:

• слуховые галлюцинации;

• психический автоматизм;

• психомоторное возбуждение.

Приоритетная проблема:

• галлюцинаторно-бредовое возбуждение.

Потенциальная проблема:

• затяжное течение психоза.

3. Краткосрочная цель: уменьшить состояние возбуждения к концу дня.

4. Долгосрочная цель: к моменту выписки пациентка будет знать необходимость постоянного поддерживающего лечения.

1 Режим лечебно-охранительный, усиленное наблюдение Для лечения и безопасности пациента и окружающих

2 Проветривание палаты, влажные уборки, тишина Для создания психического и физического комфорта

3 Подготовка к обследованию Для улучшения диагностики и исключения соматической патологии

4 Беседы с больной на отвлеченные темы Для снятия эмоционального напряжения

5 Выполнение назначений врача Для оказания квалифицированной помощи

6 Беседы о необходимости наблюдения и лечения в диспансере Для профилактики обострения

Оценка результата: к концу дня пациентка стала несколько спокойнее.

**Эталон ответа на ситуационную задачу № 2**

1. У пациентки нарушены потребности: быть здоровой, спать, работать, общаться.

2. Проблемы пациентки.

Настоящие проблемы:

• повышенное настроение;

• психомоторная расторможенность;

• нарушение сна.

Приоритетная проблема:

• нарушение сна.

Потенциальная проблема:

• затяжное течение психоза.

3. Краткосрочная цель: уложить пациентку спать.

4. Долгосрочная цель: к моменту выписки потребность в сне нормализуется, пациентка будет знать о необходимости постоянного поддерживающего лечения.

1. Режим лечебно-охранительный, усиленное наблюдение Для лечения и безопасности пациента и окружающих

2 Проветривание палаты, влажные уборки, тишина Для создания психического и физического комфорта

3 Беседы с больной о необходимости отдыха ночью и соблюдении режима Для осознания больной необходимости соблюдать ночью тишину

4 Выполнение назначений врача Для оказания квалифицированной помощи

5 Подготовка к обследованию Для улучшения диагностики и исключения соматической патологии

Оценка результата: после введения нейролептиков больная уснула.

**Эталон ответа на ситуационную задачу № 3**

1.У пациентки нарушены потребности: быть здоровой, работать, общаться, избегать опасности, говорить, есть, спать.

2. Проблемы пациентки.

Настоящие проблемы:

• отказ от приема пищи;

• обездвиженность;

• мутизм;

• нарушение сна.

Приоритетная проблема: отказ от приема пищи.

Потенциальная проблема: истощение.

3. Краткосрочная цель: в течение дня больная поест.

4. Долгосрочная цель: к моменту выписки больная будет есть самостоятельно, будет знать о необходимости постоянного поддерживающего лечения.

Режим лечебно-охранительный, усиленное наблюдение С целью лечения и безопасности пациентки.

Подготовка к обследованию Для улучшения диагностики

3 Беседы с больной о необходимости приема пищи Для осознанного участия в процессе выздоровления

4 Разнообразная, хорошо оформленная пища Для стимуляции аппетита

5 В случае отказа кормление больной с ложки полужидкой пищей С целью накормить пациентку

6 Проветривание палаты, влажные уборки, тишина Для создания психического и физического комфорта

7 Выполнение назначений врача Для оказания квалифицированной помощи

Оценка результата: больная была накормлена медицинской сестрой.

**Эталон ответа на ситуационную задачу № 4**

1. У пациента нарушены потребности: быть здоровым, работать, общаться, двигаться, есть, избегать опасности.

Проблемы пациента.

Настоящие проблемы:

• сниженное настроение;

• суицидальные мысли;

• слуховые галлюцинации.

Приоритетная проблема:

• суицидальные мысли.

Потенциальная проблема:

• суицидальная попытка.

3. Краткосрочная цель: отговорить больную от суицидальных намерений.

4. Долгосрочная цель: настроить пациентку на необходимость постоянного поддерживающего лечения.

1 Режим лечебно-охранительный, усиленное наблюдение С целью лечения и безопасности пациентки. Для предотвращения возможного суицида

2 Тишина, проветривание палаты, влажные уборки Для создания психического и физического комфорта

3 Беседы с пациенткой психотерапевтического характера Для снятия эмоционального напряжения

4 Подготовка к обследованию Для улучшения диагностики и исключения соматической патологии

5 Выполнение назначений врача Для оказания квалифицированной помощи 6 Беседы о необходимости наблюдения и лечения в диспансере Для профилактики обострения

Оценка результата: к концу дня пациентка согласилась, что жизнь имеет смысл.

**Эталон ответа на ситуационную задачу № 5**

1У пациента нарушены потребности: быть здоровым, работать, общаться, есть, спать, двигаться, быть чистым.

Проблемы пациента.

Настоящие проблемы:

• кататонический ступор;

• отказ от еды;

• абулия;

• импульсивность.

Приоритетная проблема:

• отказ от еды.

Потенциальная проблема:

• истощение.

3. Краткосрочная цель: накормить пациента в течение смены.

4. Долгосрочная цель: к моменту выписки пациент будет знать о необходимости постоянного поддерживающего лечения.

1 Режим лечебно-охранительный, усиленное наблюдение С целью лечения и безопасности пациента

2 Подготовка к обследованию Для улучшения диагностики.

3 Беседы с больной о необходимости приема пищи Для осознанного участия в процессе выздоровления

4 Разнообразная, хорошо оформленная пища Для стимуляции аппетита

5 В случае отказа, кормление больной с ложки полужидкой пищей С целью накормить пациентку

6 Проветривание палаты, влажные уборки, тишина Для создания психического и физического комфорта

7 Выполнение назначений врача для оказания квалифицированной помощ

Приложение 3

**Составление рекомендаций для родственников по организации ухода за пациентами с шизофренией и биполярным расстройством**

**Литература для составления рекомендаций**

1.Клинические рекомендации "Шизофрения" (утв. Министерством здравоохранения РФ, 2021 г.). [https://base.garant.ru/402822263/](https://base.garant.ru/402822263)

2.Керре, Н. Шизофрения без страха: Книга для людей с диагнозом и всех, кто рядом / Наталья Олеговна Керре, Иван Сергеевич Кудряшов. — М. : Альпина Паблишер, 2023. — 304 с., ил.

3.Психиатрия. Менделевич В.Д., Менделевич Е.Г. Феникс, 2022 г., 412 с.

4.Мрыхина В.В., Солдаткин В.А., Мрыхин В.В., Перехов А.Я., Ковалев А.И., Крючкова М.Н., Бухановская О.А., Хмарук И.Н. Матери больных шизофренией: медицинские и психологические аспекты проблемы. Обзор литературы. Медицинский вестник Юга России. 2019;10(3):6-17. <https://doi.org/10.21886/2219-8075-2019-10-3-6-17>

5.Скугаревская, М. М. Физическая активность и психическое здоровье / М. М. Скугаревская // Здравоохранение (Минск). – 2019. – № 7. – С. 17-23. – EDN FPVTES.

6.Петер Фалькаи, Янош Кальман, Фидес София Хаймкес, Золтан Шаркань. Шизофрения как она есть. Книга для тех, кто рядом. – 2022.

**Образцы рекомендаций**

**Шизофрения: рекомендации родственникам**

[**Шизофрения**](https://cmzmedical.ru/zabolevaniya/shizofreniya/) — это длительное заболевание, его течение имеет разные проявления в разные периоды. В период обострения заболевания клинические проявления одни, в период ремиссии проявления совершенно другие. Странности в поведении, действиях и мышлении пациентов сохраняются довольно длительное время, как на фоне современного лечения, так и в период ремиссии.

Современная психотерапия может быть максимально эффективной только тогда, когда она проводится не только в комплексе лечения с пациентом, но и при правильном с психотерапевтической точки зрения поведении и отношении к человеку со стороны родственников, близких. Тогда вокруг пациента создается благоприятная психотерапевтическая среда, что является гарантией успешного исхода терапии в целом при [**лечении шизофрении**](https://cmzmedical.ru/zabolevaniya/shizofreniya/lechenie/).

Рекомендации для родственников могут быть различными в разные периоды течения заболевания, но общие психотерапевтические принципы и рекомендации остаются приблизительно неизменными.

**1.**Необходимо следовать всем предписаниям и рекомендациям лечащего врача — психиатра-психотерапевта. Сюда относятся соблюдение общего режима, режима питания и отдыха. Помните, что человеку с шизофренией противопоказаны наркотические вещества и алкоголь! Они усугубляют симптомы болезни. Это касается и лекарственных препаратов, которые человек принимает неаккуратно, назначает себе самостоятельно.

**2.** Перестаньте торопить события, временно снизьте ожидания. Можно использовать ваши собственные наблюдения и впечатления за процессом лечения и реабилитации, сравнивая достигнутые результаты в этом месяце с предыдущим.

**3.**Ваш родной человек проживает с вами во время проведения лечения? Тогда обращайте внимание на все изменения его самочувствия, запоминайте и записывайте их. Сообщайте о них вашему лечащему или консультирующему врачу. Каждый член семьи должен знать правила и ограничения, которые будут действовать в вашей семье на весь период лечения близкого человека.

**4.** Давайте возможность отдыха друг другу. Если вам что-то надоело, а так иногда может быть, необходимо все обсудить в кругу близких, а лучше при встрече с врачом. Ведь иногда совершенно нормально сказать слово «нет».

**5.**Выполняйте в семье все свои дела так, как обычно. Нецелесообразно нарушать обычный порядок выполнения работ по дому. Поддерживайте связь со своими родственниками и с друзьями. В этом неоценимую помощь вам окажет врач-психотерапевт

**6.**Не имеет смысла фиксироваться на мысли, что вы не можете многое изменить, ускорить или исправить. Временно что-то в семье нужно оставить, как оно есть, без изменений. Неприемлемыми явлениями в семье являются равнодушие, жестокость, грубость. Человек с расстройством особенно беззащитен и особенно нуждается в вашей заботе, внимании.

**7.**Главное, что могут сделать родственники для процесса терапии, это сохранять спокойствие. Вы можете быть согласным или, наоборот, несогласным с лечением, трактовкой результатов по ходу терапии — оставайтесь спокойными. Ваш родственник не должен видеть, чувствовать, слышать как ваши сомнения, так и чрезмерный, ничем не обоснованный ваш энтузиазм.

**8.**С людьми с шизофренией желательно изъясняться просто и четко. Если хотите что-то сказать родственнику с расстройством, говорите ясно, спокойно и уверенно.

**9.**Решайте все возникающие проблемы постепенно, шаг за шагом. Если возникает необходимость внесения изменений, делайте это постепенно, шаг за шагом. Наиболее эффективно работать и решать какую одну проблему, а затем следующую. Ваш родной человек часто боится нового, изменений.

## Как ухаживать за людьми, страдающими шизофренией?

Уход за пациентом с шизофренией требует терпения, эмпатии и профессионального подхода. Рассмотрим некоторые ключевые аспекты ухода:

1. Медикаментозная терапия. Регулярное прием лекарств, предписанных врачом, играет ключевую роль в управлении симптомами шизофрении. Уход за пациентом включает в себя контроль за приемом лекарств, наблюдение за побочными эффектами и своевременное обращение за медицинской помощью в случае необходимости.

2. Поддержка в повседневной жизни. Пациентам с шизофренией может быть трудно справляться с повседневными задачами. Помощь в выполнении гигиенических процедур, приготовлении пищи, управлении финансами и выполнении других обязанностей может значительно облегчить их жизнь.

3. Создание структуры и рутины. Стабильная рутина может помочь пациенту сориентироваться во времени и пространстве, что способствует снижению тревожности и дезориентации. Разработка расписания с определенным временем для приема пищи, лекарств, занятий и отдыха может быть полезной.

4. Обеспечение безопасности. В некоторых случаях шизофрения может сопровождаться риском для себя и окружающих. Важно обеспечить безопасность пациента, предотвращая возможные травмы или самоповреждения. Это может включать в себя удаление острых предметов, контроль доступа к опасным областям и наблюдение за состоянием пациента.

5. Психологическая поддержка. Пациенты с шизофренией могут страдать от тревоги, депрессии или социальной изоляции. Предоставление эмоциональной поддержки, слушание и поддержка в разговорах о своих чувствах и переживаниях могут помочь пациенту справиться с эмоциональным дискомфортом.

Уход за пациентом с шизофренией требует индивидуального подхода, учитывая особенности состояния и потребности каждого конкретного пациента. Сотрудничество с медицинскими специалистами и семьей также играет важную роль в обеспечении эффективного ухода и поддержки.

## В каких случаях пациента с шизофренией лучше сразу госпитализировать?

Пациента с шизофренией следует госпитализировать в следующих случаях:

1. Угроза собственной безопасности. Если пациент демонстрирует явные признаки суицидальных намерений или планов, необходимо срочно госпитализировать его для обеспечения безопасности и предоставления неотложной медицинской помощи.

2. Угроза безопасности окружающих. Если пациент представляет опасность для других людей или демонстрирует агрессивное или насильственное поведение, необходимо принять меры для защиты окружающих и госпитализировать его.

3. Резкое обострение симптомов. Если у пациента наблюдается резкое усиление симптомов шизофрении, например, галлюцинации, бредовые идеи, сильная дезориентация или нарушение поведения, что может привести к потенциальной опасности для себя или окружающих, госпитализация может быть необходима для стабилизации состояния.

4. Отказ от лечения. Если пациент отказывается принимать лекарства или следовать рекомендациям врача, что приводит к ухудшению состояния или увеличению риска для его здоровья и безопасности, госпитализация может быть необходима для обеспечения надлежащего медицинского ухода и лечения.

В случае возникновения любой из вышеперечисленных ситуаций важно обратиться за помощью к медицинским специалистам или экстренной медицинской службе для оценки ситуации и принятия необходимых мер по обеспечению безопасности и уходу за пациентом.

**Инструкция. Что делать, если близкому человеку диагностировали шизофрению?**

По[данным](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia) Всемирной организации здравоохранения, более 23 миллионов человек живут с шизофренией, но большинство из них не получают надлежащей помощи.

**Что такое шизофрения**

[Шизофрения](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85350/5225032842.pdf%3Bjsessionid=3DCFC8454595D26A4AEC4BEA9E30487B?sequence=1) — это психическое расстройство, которое влияет на мышление, восприятие, эмоции и поведение. Среди симптомов наиболее часто[обнаруживаются](http://www.psychiatry.ru/cond/0/diss/1992/115) две большие группы — позитивные и негативные. Позитивная симптоматика — появление тех признаков, которые в норме не свойственны человеку (бреда и галлюцинаций). Негативная — это угасание привычных функций (воли, эмоциональности, желания и умения общаться, определенных мыслительных способностей).

Шизофрения развивается в позднем подростковом или раннем взрослом возрасте. Точные причины возникновения расстройства[неизвестны](https://medlineplus.gov/schizophrenia.html), считается, что на это влияют наследственность, факторы окружающей среды,[нейробиологические нарушения](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16965182?dopt=Abstract), психологические и социальные взаимодействия.

Шизофрения поддается терапии — медикаментозное лечение в сочетании с психосоциальной поддержкой[дает эффект](https://psychiatr.ru/download/1269?view=1&name=%25D0%25A8%25D0%25B8%25D0%25B7%25D0%25BE%25D1%2584%25D1%2580%25D0%25B5%25D0%25BD%25D0%25B8%25D1%258F+%25D0%25BF%25D1%2580%25D0%25BE%25D0%25B5%25D0%25BA%25D1%2582+%25D0%25BA%25D0%25BB%25D0%25B8%25D0%25BD+%25D1%2580%25D0%25B5%25D0%25BA%25D0%25BE%25D0%25BC%25D0%25B5%25D0%25BD%25D0%25B4+%25D0%25BD%25D0%25BE%25D1%258F%25D0%25B1%25D1%2580%25D1%258C+13.pdf).

**Стереотипы мешают лечению**

Людям с шизофренией и их родственникам часто приходится бороться не только с болезнью, но и со стигмой в обществе.

Сами люди с шизофренией чаще всего[отрицают](http://www.medpsy.ru/library/library209.php) свою болезнь — из-за неспособности воспринимать изменения в своем состоянии или из-за страха попасть на психиатрический учет и лишиться возможности работать и полноценно жить. Отрицание диагноза приводит к тому, что нуждающийся человек может оказаться без квалифицированной медицинской помощи.

Специалисты[указывают](https://www.nhs.uk/conditions/schizophrenia/treatment/): чем раньше будет оказана квалифицированная медицинская помощь, тем лучше для человека с шизофренией. Во всех регионах России можно записаться к участковому врачу в психиатрическом диспансере. При острых психозах нужно вызвать скорую психиатрическую помощь на дом. Вопрос о госпитализации в стационар регулируется[законом](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4205/) о психиатрической помощи — нужно согласие пациента на госпитализацию. Недобровольная госпитализация возможна только в случае причинения вреда себе и окружающим.

## Как обустроить быт

Кандидат медицинских наук, доцент, и.о. заведующего кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО Медицинского института РУДН Владимир Медведев говорит, что после постановки диагноза семье придется многое изменить в быту. Прежде всего, стоит объяснить родственнику с шизофренией, что ему не стоит делать (например, самому включать газ или выходить на улицу одному), а что делать надо обязательно (например, следить за приемом лекарств, соблюдать гигиену).

«Пока человек отдает себе отчет в своих действиях, сохраняет волю, физические силы, необходимо напоминать ему о том минимуме действий, которые необходимы для самообслуживания, — сходить в туалет, умыться, одеться, прибрать», — объясняет специалист.

Медведев советует приобрести вспомогательные средства, которые могли бы облегчить выполнение повседневных функций: например, одноразовую посуду или вилку с закругленными зубчиками. Также он рекомендует закрывать острые углы на мебели, покупать одежду, которую легко снимать и надевать, вкладывать в карманы записку с домашним адресом.

Психиатр указывает, что нужно поддерживать близкого человека: обязательно отмечать успехи, чтобы это мотивировало его развиваться. «Поощрять родственника нужно так, как это обычно происходило в семье до постановки диагноза. Не следует акцентировать внимание на его заболевании, тем самым еще раз подчеркивая его инаковость», — советует специалист.

Медведев говорит, что стоит попробовать ввести хобби в жизнь человека с шизофренией: коллекционирование, моделирование, чтение, посещение культурных или спортивных мероприятий, занятия спортом в одобренных врачом объемах, творческие проекты. «Проводите с ним время совместно: выходите гулять, устраивайте семейные трапезы, пикники. Старайтесь вовлекать больного в общие развлечения и интересы», — предлагает психиатр.

## Как объяснить, что у близкого человека шизофрения

Владимир Медведев уверен, что стыдиться диагноза не нужно, но не стоит сообщать о нем посторонним без специального запроса. Если в семье есть дети, надо в доступной форме предупредить их, что у их родственника могут наблюдаться особенности поведения: например, неожиданный плач, смех, разговоры с самим собой, забывчивость.

«Детям надо объяснить, что это поведение — не повод для шуток, насмешек или игр. Болеющий человек заслуживает сочувствия и помощи. Также ребенку следует разъяснить, что на родственника не следует обижаться, что те или иные действия он совершил из-за болезни», — говорит психиатр. Он считает, что не стоит употреблять в разговоре с детьми медицинские термины, поскольку позже они могут повторить их в детсаду или в школе, что вызовет обеспокоенность среди других взрослых.

Также детей нужно подготовить к возможным изменениям состояния человека с шизофренией. «В зависимости от проявляющихся симптомов ребенок может напомнить о приеме лекарств, вызвать врача, ласково поговорить или, напротив, постараться не попадаться на глаза. Обо всех изменениях он должен сообщать другим взрослым», — поясняет Медведев.

Психиатр предупреждает, что для человека с шизофренией неприятно подчеркнутое обхождение «как с больным». «Внешне надо стараться не менять стиль общения с заболевшим человеком. Необходимо стараться как можно дольше поддерживать для больного привычный стереотип жизнедеятельности», — говорит Медведев. При этом, уточняет эксперт, нужно сократить число провоцирующих ситуаций: конфликтов или получения плохих новостей.

## Возвращение в общество возможно

В нынешней системе медпомощи при обострении шизофрении человека госпитализируют в стационар для купирования острого состояния. Когда оно переходит в стабильную фазу, пациента выписывают — и он наблюдается у районного психиатра. По[мнению](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia) ВОЗ, очень важное значение имеет вовлечение в оказание помощи членов семьи и более широкого сообщества. Владимир Медведев указывает, что возвращение человека с шизофренией к обычной жизни зависит от клинической картины, течения болезни и эффективности лечения.

«Полноценное возвращение хронически болеющего человека в общество требует выполнения множества социально-экономических и этических условий, обеспечение которых — задача не только государства, но и близкого окружения. При благоприятном течении пациент в большинстве случаев способен вернуться к полноценному функционированию на “доболезненном” уровне», — комментирует эксперт.

Медведев говорит, что все члены семьи должны быть готовы и к обострению психического состояния. Чтобы вовремя обратиться к врачу, следует обращать внимание на симптомы возможного ухудшения: неусидчивость, резкость движений и интонаций, агрессивные высказывания, перескакивание с мысли на мысль, резкие перемены настроения.

Приложение 4

**Критерии оценки для решения проблемно-ситуационных задач**

|  |  |
| --- | --- |
| 5 - «отлично» | дается комплексная оценка предложенной ситуации; - демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять; - последовательное, правильное выполнение всех заданий; - умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы. |
| 4 - «хорошо» | дается комплексная оценка предложенной ситуации; демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять; - последовательное, правильное выполнение всех заданий; - возможны единичные ошибки, исправляемые самим студентом после замечания преподавателя; - умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы. |
| 3 - «удовлетворительно» | затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; - неполное теоретическое обоснование, требующее наводящих вопросов преподавателя; - выполнение заданий при подсказке преподавателя; - затруднения в формулировке выводов |
| 2 - «неудовлетворительно» | неправильная оценка предложенной ситуации; отсутствие теоретического обоснования выполнения заданий |

**Критерии оценки выполнения манипуляций**

|  |  |
| --- | --- |
| 5 - «отлично» | манипуляция выполнена правильно, по алгоритму, без ошибок и неточностей |
| 4- «хорошо» | манипуляция выполнена правильно, имеются 1-2 незначительные ошибки |
| 3 - «удовлетворительно» | при выполнении манипуляции были допущены 3-4 ошибки или грубое нарушение последовательности действий |
| 2 -«неудовлетворительно» | манипуляция выполнена с грубыми ошибками, либо допущено более 4 ошибок |

**Критерии оценки решения тестовых заданий**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Процент результативности (правильных ответов)** | **Качественная оценка уровня подготовки** | |
| **балл (отметка)** | **вербальный аналог** |
| 90-100% (0–1 ошибка) | 5 | отлично |
| 80-89% (2 ошибки) | 4 | хорошо |
| 70-79% (3 ошибки) | 3 | удовлетворительно |
| Менее 70% (4 ошибки и более) | 2 | неудовлетворительно |

**Критерии оценки для творческих заданий: «Рекомендации для родственников по уходу»**

|  |  |
| --- | --- |
| «отлично» | Глубокое владение материалом темы, соответствие рекомендаций научным данным |
| «хорошо» | Тема проработана достаточно полно |
| «удовлетворительно» | Тема раскрыта не в полном объеме, имеются неточности в рекомендациях |
| «неудовлетворительно» | Тема не раскрыта |

**Критерии оценки к фронтальному опросу**

|  |  |
| --- | --- |
| 5 - «отлично» | Ответ максимально близкий к эталону |
| 4 - «хорошо» | В ответе имеются незначительные неточности |
| 3 - «удовлетворительно» | Ответ неполный |
| 2 - «неудовлетворительно» | Студент затрудняется с ответом |

Приложение 5

**ИТОГОВЫЙ КОНТРОЛЬ**

**Тест – контроль по теме «Шизофрения. Биполярное аффективное расстройство»**

Выберите правильный ответ:

1.Распространённость шизофрении в популяции составляет в среднем

*а.1*

*б.3*

*в.10*

*г.25* на 1000 населения.

2.Среди различных факторов, определяющих возникновение шизофрении, важнейшим является

*а. эмоциональный стресс*

*б. отрыв от родителей в детстве*

*в. патологическая наследственность*

*г. повторные травмы головы*

3.Внутренняя противоречивость, дискордантность психических процессов обозначаются термином

*а. схизис*

*б. аутизм*

*в. резонерство*

*г. шуб*

4.Согласно Е. Блейлеру важнейшими диагностическими признаками шизофрении являются

а. *бред и галлюцинации*

*б. аутизм и расстройства мышления*

*в. помрачнения сознания*

*г. амнезия и дезориентировка*

5.Синдром первого ранга для диагностики шизофрении является

*а. депрессия или мания*

*б. паранойяльный синдром*

*в. синдром Корсакова*

*г. синдром психического автоматизма*

6.Проявлением шизофрении НЕ может быть

*а. бред воздействия ступор*

*б. помрачнения сознания*

*в. судорожный припадок*

7.Признаком дебюта шизофренического процесса могут быть

а. *упорная утренняя головная боль*

*б. увлечения религией и философией*

*в. приступы сонливости в дневное время*

*г. снижение памяти и интеллекта.*

8.Типичными расстройствами мышления при шизофрении являются

а. *резонерство и разорванность*

*б. патологическая обстоятельность*

*в. ускорения или замедления*

*г. бессвязность*

9.В эмоциональной сфере больным шизофрении свойственны

а. *эйфория или слабодушие*

*б. дисфория и ригидность*

*в. амбивалентность или апатия*

*г. тоска и тревога*

10.Самой частой формой шизофрении является

а. *простая*

*б. гебефреническая*

*в. параноидная*

*г. кататоническая*

11.Наиболее злокачественно из всех вариантов шизофрении протекает

а. *параноидная*

*б. гебефреническая*

*в. циркулярная*

*г. психопатоподобная*

12.Признаком благоприятного прогноза при шизофрении является

а. *острое начало заболевания*

*б. преобладание негативной симптоматики*

*в. отказ от приема нейролептиков*

*г. задержка психического развития*

13.Наиболее благоприятным типом течения шизофрении является

а. *непрерывный*

*б. шубообразный*

*в. рекуррентный*

14.Дурашливость, возбуждение, сквернословие наблюдается обычно при

а. *простой*

*б. гебефренической*

*в. кататонической*

*в. параноидной* форме шизофрении

15.Синдром Кандинского-Клерамбо – типичное проявление

а. *простой*

б. *гебефренической*

*в. кататонической*

*г. параноидной* формы шизофрении

16.Простая форма проявляется в первую очередь

а. *бредом и галлюцинациями*

*б. ступором или возбуждением*

*в. депрессией и манией*

*г. апатией и абулией*

17.Синдром онейроидной кататонии обычно наблюдается при

а. *непрерывной*

*б. шубообразной*

*в. рекуррентной* шизофрении.

18.Для лечения шизофрении НЕ используют

*а. ЭСТ*

*б. противосудорожные средства*

*в. антипсихотические препараты*

*г. инсулино - коматозную терапию*

19. Для депрессивного синдрома характерно

*а. иллюзии и галлюцинации*

*б. бред самоуничижения*

*в. эйфория*

*г. раздражительность*

20. Депрессия – это расстройство

*а. мышления*

*б. восприятия*

*в. эмоций*

*г. воли*

21. Показанием в психиатрическую больницу является

*а. маниакальное состояние без склонности к агрессии*

*б. антиобщественное поведение психически больного*

*в. неврозы*

*г. врожденное слабоумие*

22. Для депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства характерно

*а. повышенная двигательная активность, ускоренное мышление, эйфория*

*б. пониженное настроение, замедленное мышление, заторможенность*

*в. нарушение ориентировки во времени, пространстве, собственной личности*

*г. нарушение восприятия, памяти, мышления*

23. Повышенное настроение, ускоренный темп мышления, повышенная деятельность характеризуют синдром

*а. депрессивный*

*б. тревожно – депрессивный*

*в. маниакальный*

*г. судорожный*

24. Основная характеристика депрессивной фазы БАР

*а. депрессивное возбуждение*

*б. суицидальное поведение*

*в. судорожный синдром*

*г. трата больших сумм денег*

25. При отравлении снотворными лекарственными средствами

необходимо

*а. принять разовую дозу медикамента*

*б. провести промывание желудка через зонд*

*в. провести иммобилизацию пациента*

*г. сообщить соседям о произошедшем*

26. Помощь лицам, совершившим суицид

*а. показана немедленная госпитализация*

*б. проведение искусственного дыхания рот в рот*

*в. провести беседу с пострадавшим*

*г. провести беседу с соседями*

27.Препараты, применяемые при лечении маниакальной фазы БАР

*а. нормотимики*

*б. антидепрессанты*

*в. ноотропы*

*г. нейролептики*

28. Препараты, применяемые при лечении шизофрении

*а. антидепрессанты*

*б. нормотимики*

*в. нейролептики*

*г. ноотропы*

29. Правила приема антидепрессантов при лечении депрессивной фазы БАР в стационаре

*а. ежедневное измерение АД*

*б. обязательные прогулки*

*в. помещение в надзорную палату, контроль за поведением*

*г. разрешение посещения родственниками*

30. Побочные эффекты при приеме нейролептиков

*а. кожный зуд*

*б. запоры*

*в. злокачественный нейролептический синдром*

*г. эйфория*

**Эталоны ответов на итоговый тест контроль**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | **в** | **16** | **г** |
| **2** | **в** | **17** | **б** |
| **3** | **а** | **18** | **б** |
| **4** | **а** | **19** | **б** |
| **5** | **г** | **20** | **в** |
| **6** | **в** | **21** | **б** |
| **7** | **б** | **22** | **б** |
| **8** | **а** | **23** | **в** |
| **9** | **в** | **24** | **б** |
| **10** | **в** | **25** | **б** |
| **11** | **б** | **26** | **а** |
| **12** | **а** | **27** | **а** |
| **13** | **а** | **28** | **в** |
| **14** | **б** | **29** | **в** |
| **15** | **г** | **30** | **в** |

Приложение 6

**Оценочный лист**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ФИО студента | Фронтальный опрос | Ситуационные задачи | Отработка манипуляций | Рекомендации | Итоговый тест | Итог |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение 7

**Рефлексивная карта студента**

1. На занятии я узнал, что …
2. На занятии я понял, что …
3. Важным для меня было …
4. Трудным для меня было…



**Список используемой литературы:**

Основные источники:

1.Психиатрия: учебник для средних медицинских учебных заведений / А. М. Спринц, Н. В. Семенова, О. Ф. Ерышев. -3-е изд., испр. и доп. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2016. - 416 с.: ил.

2.Чек-листы манипуляций

3.Алгоритмы манипуляций «Ассоциация медицинских сестер»

4.Алгоритмы манипуляций ГОСТ Р 52623.3-2015

Дополнительные источники:

1.Бортникова, (Цыбалова) С. М. Сестринский уход в невропатологии и психиатрии с курсом наркологии / С. М. Бортникова (Цыбалова), Т. В. Зубахина, А. В. Кабарухина; под ред. Б. В. Кабарухина. - Ростов н/Д : Феникс, 2020. - 477 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-35185-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222351857.html

Электронная библиотека «Лань» <https://e.lanbook.com/book/119655>

2.Смирнова, О. Н. Неврология и психиатрия: учебное пособие / О. Н. Смирнова, А. А. Смирнов, С. А. Чагарова. - Санкт-Петербург: Лань, 2020. - 148 с. - ISBN 978-5-8114-4364-2. - Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. - URL: https://e.lanbook.com/book/140769 (дата обращения: 13.01.2025). - Режим доступа: для авториз. пользователей.

3. Тюльпин, Ю. Г. Сестринская помощь в психиатрии и наркологии: учеб. пособие / Тюльпин Ю. Г. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-3478-9. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434789.html