

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ПСИХИАТРИИ

*Всероссийская научно-практическая конференция
«Профессиональная стандартизация в подготовке
и деятельности специалистов со средним
медицинским образованием»,
Санкт-Петербург, 14 мая 2018 г.*



Семенова Н.В.,
руководитель
научно-
организационного
отделения
Национального
медицинского
исследовательского
центра психиатрии
и неврологии
имени
В.М. Бехтерева

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ

- это важнейшие предпосылки для хорошего качества жизни и продуктивной деятельности отдельных лиц, семей, и народа в целом, так как они позволяют людям воспринимать свою жизнь как полноценную и значимую и являться активными и созидательными членами общества.

**Европейская декларация
по охране психического здоровья
Хельсинки, Финляндия,
12-15 января 2005 г.**



СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПО ОХРАНЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
Европейская конференция ВОЗ, Хельсинки, Финляндия

Наиболее приоритетными задачами на будущее, достигнуть которых необходимо, являются:

- Способствовать более широкому осознанию важного значения психического благополучия.
- Осуществлять совместные действия, направленные на борьбу со стигматизацией, дискриминацией и неравенством, а также расширить права и возможности лиц с проблемами психического здоровья и членам их семей и оказывать им поддержку в целях привлечения их к активному участию в данном процессе.
- Разрабатывать и внедрять комплексные, интегрированные и эффективные системы охраны психического здоровья, включающие такие элементы, как укрепление здоровья, профилактика, лечение и реабилитация, уход и восстановление здоровья.
- Обеспечить удовлетворение потребностей в квалифицированном персонале, способном эффективно работать во всех этих областях.
- Признать важное значение знаний и опыта пользовательской служб охраны психического здоровья и лиц, осуществляющих за ними уход¹, в качестве основы для планирования и развития таких служб.

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- В распоряжении Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2011 г. N 2227-р о «Стратегии инновационного развития Российской Федерации до 2020 года» подчеркивается, что, кроме качества образования, значительную роль играют формируемые у человека жизненные установки и модели поведения, которые, очевидно, могут определяться и уровнем психического здоровья
- В Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. N 1640, приоритетными направлениями названы: "Формирование здорового образа жизни ("Укрепление общественного здоровья")" и "Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь".

РАЗВИТИЕ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ПСИХИАТРИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

В проекте профессионального стандарта «Специалист в области сестринского дела» среди трудовых функций и необходимых умений медицинской сестры психиатрической предусмотрено:

- осуществление специализированного сестринского ухода за пациентами с психическими расстройствами в зависимости от заболевания,
- предоставление медицинских услуг по уходу при медико-социальной реабилитации пациентов.

В связи с этим обязанности медицинской сестры расширяются. Это требует от нее новых знаний, творческих решений, а также приобретения навыков организатора.

Медицинская сестра сегодня не только активно участвует в лечебно-диагностическом процессе и квалифицированно осуществляет сестринский уход, но и работает при проведении адаптационных и реабилитационных мероприятий.

ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Общие

- Диагностико-терапевтические
- Сестринский уход
- Организационные
- Психологические (контакт с больным, создание терапевтической атмосферы)

Специальные

- Психотерапевтические
- Психопрофилактические
- Взаимодействие с семьей и микросоциальным окружением
- Помощь в решении социальных вопросов
- Опека и патронаж

ПРОБЛЕМАТИКА РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПСИХИАТРИИ

- Высокая степень стрессогенности (нервно-психического напряжения);
- Больше время непосредственного контакта с больными;
- Большая фрустрированность из-за неопределенности терапевтического результата;
- Большая подверженность эмоциональному выгоранию;
- Настороженность в плане агрессивного и суицидального поведения;
- Настороженность в плане обеспечения личной безопасности, требуется более высокая толерантность к негативным высказываниям и неправильному поведению пациентов

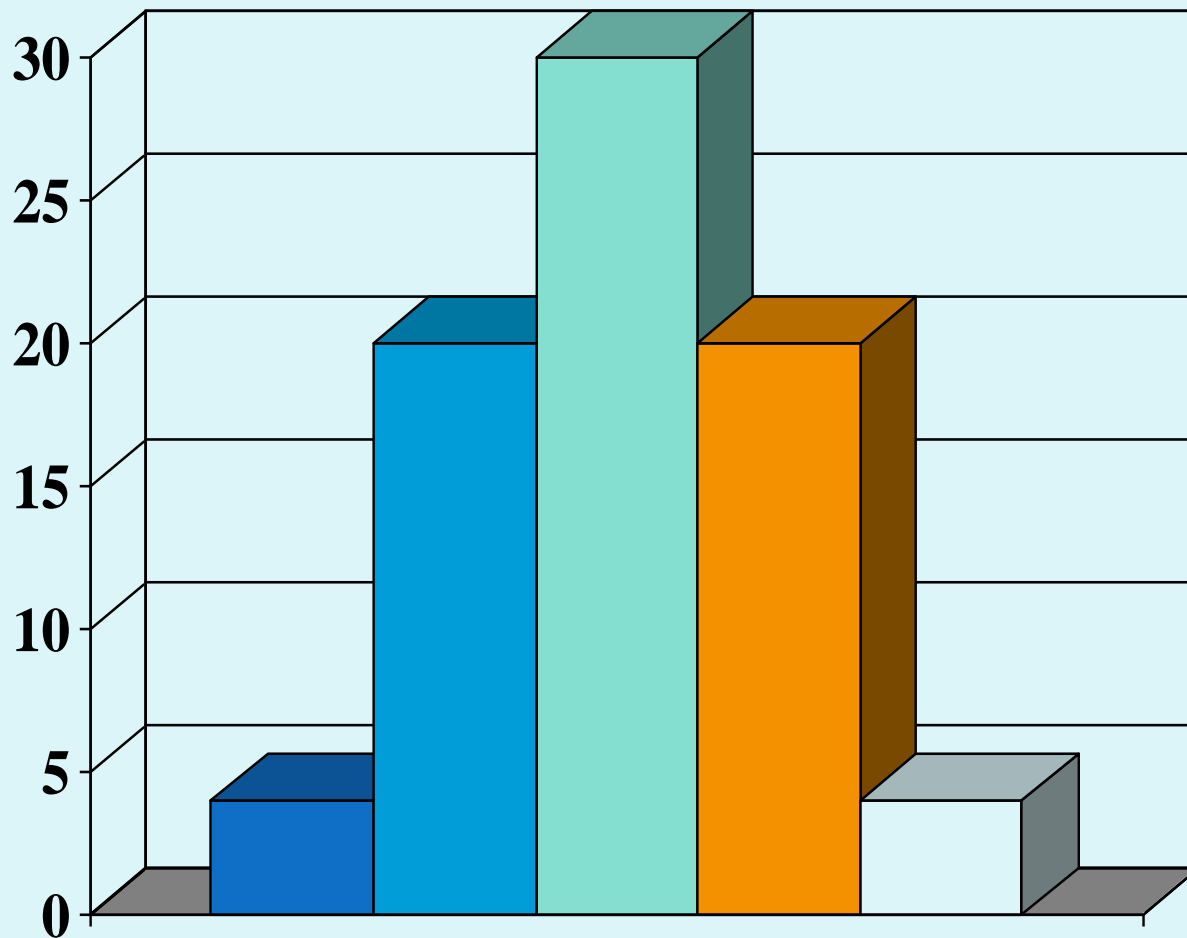


Специальные профессиональные знания и навыки по психиатрии



Специальные знания и навыки психологической саморегуляции

СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОПУЛЯЦИИ

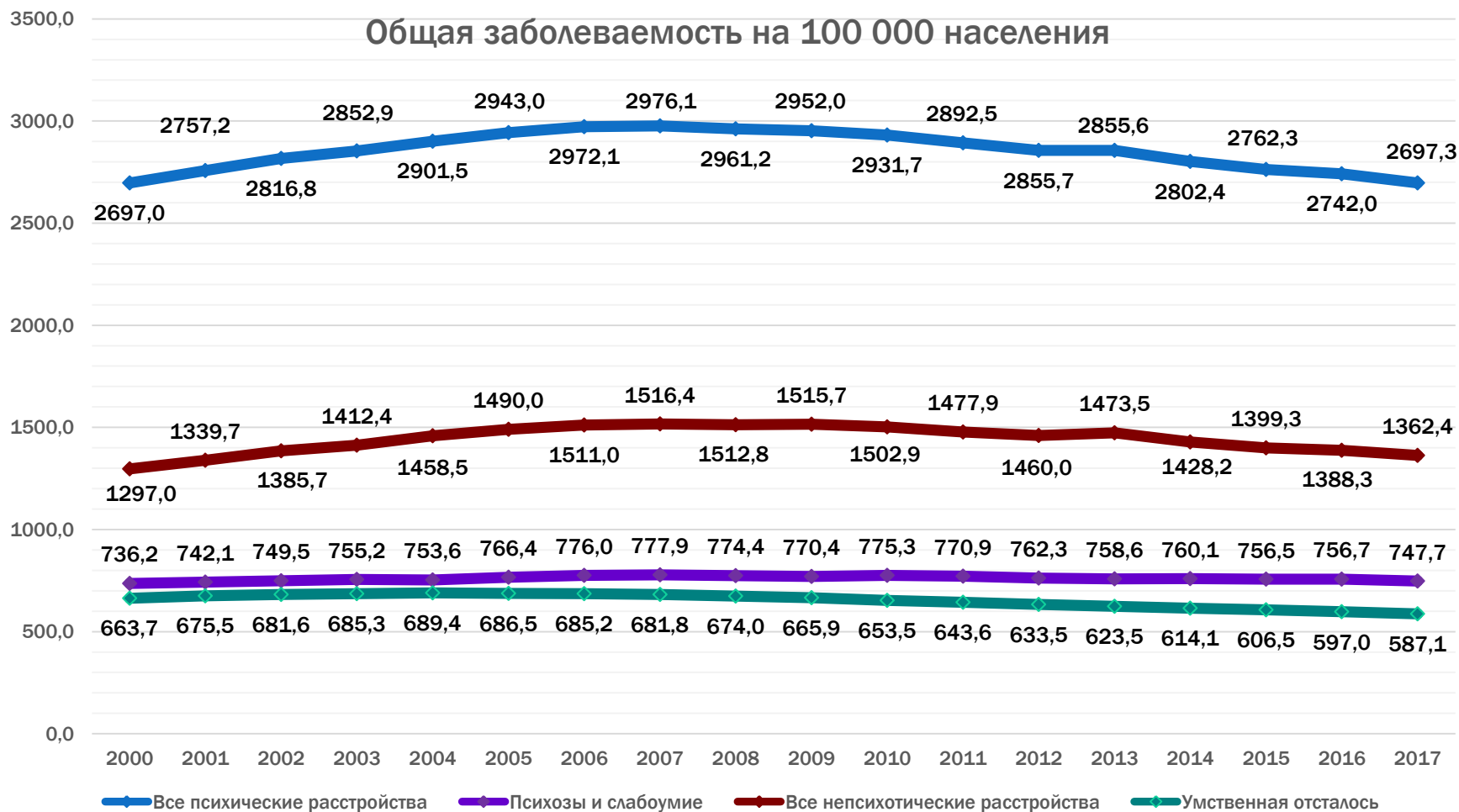


Уровень психического здоровья

- Психотические расстройства
- Пограничные состояния
- Акцентуации личности
- Практически здоровые
- Здоровые

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РОССИИ В 2000-2017 ГГ.

Общая заболеваемость на 100 000 населения



СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

- Деинституционализация психиатрии
- Гуманизация
- Участие общественных профессиональных медицинских организаций
- Биопсихосоциальная модель оказания психиатрической помощи
- Развитие психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации
- Преодоление стигматизации и дискриминации
- Интеграция в первичную медицинскую сеть отдельных видов психиатрической помощи
- Обеспечение доступности и улучшение качества психиатрической помощи

ПРИНЦИП ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ

- замена длительного пребывания в психиатрической больнице кратковременными, менее изолирующими методами оказания медицинской помощи психически больным людям по месту жительства:
- 1) перевод пациентов, живущих в психиатрических больницах, на альтернативные виды помощи по месту жительства;
- 2) предотвращение возможных случаев поступления в стационар и направление пациентов в различные альтернативные службы;
- 3) развитие специальных служб для оказания помощи группе больных психиатрического профиля, находящихся вне стационаров.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ

Переход от преимущественно медицинской к биопсихосоциальной модели оказания психиатрической помощи:

- полипрофессиональный (бригадный) подход
- психосоциальная терапия и реабилитация
- интеграция с первичной медицинской сетью

Цель: перенос акцента оказания помощи со стационарных во внебольничные условия, в среду естественного социального окружения с возможно большим ее приближением к месту проживания пациента

ГУМАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

- Более строгие законы, ограничивающие применение негуманных методов лечения и регламентирующие порядок недобровольных госпитализаций и психиатрической помощи;
- более гуманное отношение к больным;
- в процессе лечения и реабилитации больных шире стали использоваться социальные и психологические методы;
- формирование представлений об этических нормах в психиатрии.

Первым документом с изложением ряда основных этических норм, регламентирующих деятельность психиатров во всех странах, стала «Гавайская декларация», принятая на VI конгрессе Всемирной психиатрической ассоциации в 1977 г .



ПРЕОДОЛЕНИЕ СТИГМАТИЗАЦИИ И ДИСКРИМИНАЦИИ

Преодоление стигматизации (навешивание социальных ярлыков) и *дискриминации*, связанной с психическим заболеванием:

■ оказание помощи и поддержки людям, имеющим проблемы с психическим здоровьем, для того, чтобы они смогли принять более активное участие в трудовой и социальной жизни (например, через общественные организации), в работе психиатрической службы и её оценке.



ИНТЕГРАЦИЯ С ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТЬЮ

■ интеграция в первичную медицинскую сеть отдельных видов психиатрической помощи.

Таким образом, пациент с легкими и умеренно выраженными психическими расстройствами (депрессивными, тревожными, невротическими, когнитивными и т.п.) может лечиться у терапевта, невролога, кардиолога или другого врача-специалиста районной поликлиники, не обращаясь непосредственно в психиатрическое учреждение



ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНИСТОВ

- Образовательные программы по диагностике и терапии тревоги, депрессии, когнитивных нарушений для врачей-терапевтов, неврологов, кардиологов, гастроэнтерологов
- Школы здоровья и программы психологического сопровождения и психотерапевтической помощи в неврологии, кардиологии, онкологии, для пациентов с сахарным диабетом, псориазом, болезнью Крона, бесплодием, включенных в протокол ЭКО и т.д.

Образовательные программы для медицинских сестер ???

- Образовательные программы по уходу за пожилыми дементными больными.

МНОГООБРАЗИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФОРМ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Приказ Минздравсоцразвития от 17.05.2012 №566н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»

- психоневрологический диспансер (диспансерное отделение психиатрической больницы);
- кабинет участкового врача-психиатра;
- кабинет активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения;
- психотерапевтический кабинет;
- дневной стационар (отделение);
- отделение интенсивного оказания психиатрической помощи;
- медико-реабилитационное отделение;
- отделение медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях;
- лечебно-производственные (трудовые) мастерские психоневрологического диспансера (психиатрической больницы);
- психиатрическая больница;
- психотерапевтическое отделение;
- медико-реабилитационное отделение психиатрической больницы;
- медико-реабилитационное отделение для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи;
- отделение «Телефон доверия»;
- кабинет медико-социально-психологической помощи.

Население

Поликлиники

психотерапевтические кабинеты и кабинеты медико-социальной помощи (психиатр, психотерапевт, медсестра, психолог, соцработник)

Телефон доверия,

(психиатр, психотерапевт, психолог)

Социальные службы, школы, колл-центры (психологи)

Амбулаторная служба

Бригады специалистов по охране психического здоровья (психиатр, психотерапевт, сестра, психолог, социальный работник, юрист) по участкам, кабинет неотложной психиатрической помощи кабинет активного диспансерного наблюдения и принудительного лечения, кабинет первого психотического эпизода, кабинет функциональной диагностики

Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи с кратковременным круглосуточным пребыванием. (Бригада специалистов)

Дневной стационар (Бригада специалистов)

Медико-реабилитационное отделение (Бригада специалистов)

Отделения медико-психосоциальной работы, формирования утраченных навыков и лечебно-производственные мастерские (Бригады специалистов)

Психиатрические стационары

ЗАДАЧИ СЛУЖБЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

- Мониторинг психического здоровья населения
- Раннее выявление и диагностика психических расстройств
- Динамическое лечение с использованием современной психофармакологии, психотерапии, психолого-социальной коррекции в различных организационных формах
- Своевременная госпитализация в психиатрические стационары
- Социально-трудовая реабилитация
- Психогигиена и психопрофилактика

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

- **Повышение доступности и адресности** медико-психолого-социальной помощи, за счет приближения ее к населению, расширения спектра услуг с учетом потребностей различных когорт населения, интеграции отдельных видов помощи в другие медицинские, образовательные, социальные и досуговые учреждения.
- **Снижение стигматизации** психиатрической помощи («дружественная психиатрия») за счет оказания ее в формате «не-психиатрического» учреждения, разделения потоков потребителей помощи (пациенты с хроническими или затяжными психическими расстройствами наблюдаются и получают лечение территориально в другом учреждении), преобладания индивидуальных и групповых форм психологической и психотерапевтической работы.
- **Профилактическая работа** с населением, ориентированная в первую очередь на общую популяцию практически здорового населения, когорту лиц с рисками развития психических расстройств, лиц с пограничными психическими расстройствами, а также формирование у граждан ответственного отношения к своему психическому здоровью и социальным моделям поведения
- **Повышение удовлетворенности** населения качеством оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, осуществление персонализированного и эффективного лечения пациентов с разделением потоков

ПРОБЛЕМА АГРЕССИИ И АУТОАГРЕССИИ

- Является одной из самых острых в научном мире.
- Значительный рост численности агрессивных и суицидальных форм поведения, проявление актов жестокости и насилия свидетельствует о том, что этот вопрос является актуальным не только для специалистов – врачей, психологов и педагогов, но и для общества в целом.
- В связи с возрастающим вниманием к этой теме со стороны общества, деятельность психиатрических служб в сфере профилактики агрессии и суицидов становится все более востребованной.

СУИЦИДЫ В СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

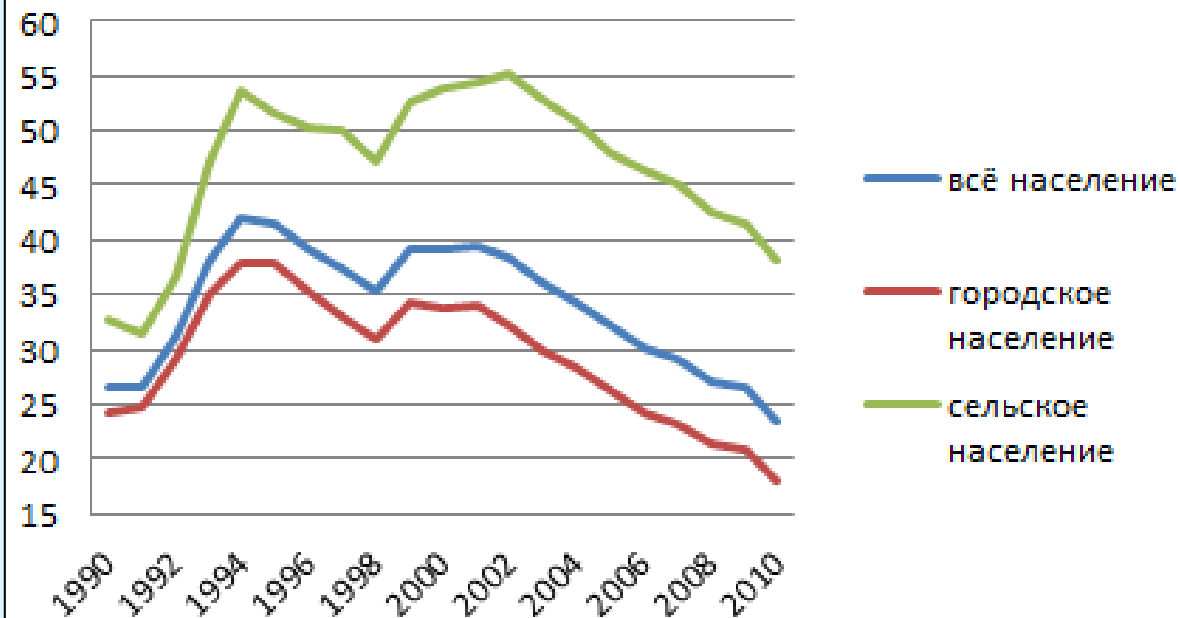
- Каждый пятый суицидент страдает тяжелым соматическим заболеванием.
- Почти половина пожилых людей и стариков, совершающих суицид, имеют инвалидность по соматическому заболеванию.
- Каждый второй больной, госпитализированный по поводу инсульта с параличом конечностей, обнаруживает депрессию, которая сохраняется не менее полугода.
- У 15-20% больных, перенесших инфаркт миокарда, в дальнейшем также развивается депрессия.
- Суицидальная готовность отмечается у половины онкологических больных, а 15% из них совершают самоубийство.
- Суицидальный риск у больных СПИДом в 20-30 раз выше по сравнению с остальным населением.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, НЕГАТИВНО ВЛИЯЮЩИЕ НА ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, СОСТАВЛЯЮТ БОЛЕЕ 65% ОТ ВСЕГО КОЛИЧЕСТВА

- **Антибиотики:**
 - Пенициллины - депрессия, галлюцинации и тревога.
 - Цефалоспорины - провоцируют делирий.
 - Хинолоны, офлоксацин, ципрофлоксацин - беспокойство, дрожь в руках, психозы, раздражительность, сонливость, мания, депрессия, кататония и судорожные припадки (1%)
 - Тетрациклины и сульфаниламиды - психические расстройства.
 - Изониазид - депрессия, делирий, психозы.
- **Анаболические стероиды** - делирий, эйфория, приступы агрессии и ярости, мания, перепады настроения, раздражительность.
- **Противовирусные препараты:** ганцикловир, ацикловир, фоскарнет, диданозин - тревога, сонливость, галлюцинации, бредовые расстройства, неустойчивое настроение.
- **Кортикостероидные гормоны** – делирий, психозы, изменения личности, депрессия, бессонница (18%)
- **Статины** - могут спровоцировать депрессию и вероятность суицида.
- **Ингибиторы протонной помпы и H2 блокаторы** (омез, ранитидин, циметидин, фамотидин) - провоцируют двигательное беспокойство, депрессию, симптом отмены, проявляющийся бессонницей, тревогой, раздражительностью.
- **Ингибиторы АПФ** - мания, тревога, бессонница, ползание мурашек (8%).
- **Нестероидные противовоспалительные** - могут спровоцировать психоз, манию, депрессию, делирий.
- **Противоаллергические препараты** – сонливость, вялость, апатия, замедление реакций.
- **Антиконвульсанты** - сонливость, головокружение и атаксия, когнитивные нарушения, депрессия, вероятность суицида.
- **Бета-блокаторы** - слабость, сонливость, ухудшение памяти, эмоциональная лабильность, депрессия, острые психозы, нарушение сна, галлюцинации.

ДИНАМИКА САМОУБИЙСТВ В РОССИИ

Число умерших от самоубийств в России,
на 100 тыс. человек населения



2015 г. -17,7.

2016 - 15,4 (самый
низкий уровень с
начала 1960-х.)

В 2017 – 14,2 случаев
самоубийств на 100
тыс. населения.

Самоубийства в регионах России в 2015 году

В 37 регионах наблюдается высокий уровень самоубийств — это прежде всего регионы Севера, Урала, Сибири и Дальнего Востока

Число самоубийств на 100 тыс. населения* ■ Более 20 ■ 10-20 ■ Менее 10



Число самоубийств на 100 тыс. населения*

Число самоубийств в 2015 году

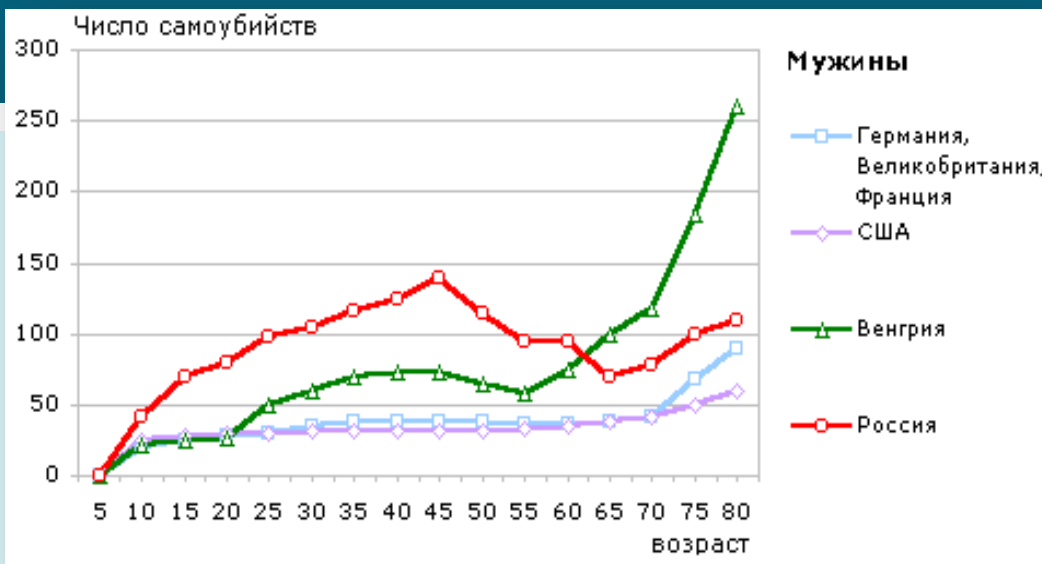
1	Республика Алтай	54,1	116	23	Республика Марий Эл	25,3	174	45	Республика Калмыкия	17,2	48	67	Магаданская область	10,2	15
2	Забайкальский край	50,5	548	24	Костромская область	25	163	46	Калужская область	16,4	166	68	Ханты-Мансийский АО — Югра	9,1	147
3	Еврейская АО	47,8	80	25	Приморский край	24,9	480	47	Воронежская область	16,4	383	69	Омская область	9	179
4	Республика Бурятия	47,3	464	26	Республика Карелия	23,3	147	48	Липецкая область	16,1	196	70	Сахалинская область	8,8	43
5	Ненецкий АО	43,6	19	27	Псковская область	23,3	151	49	Ямало-Ненецкий АО	15,3	82	71	Санкт-Петербург	8,1	424
6	Амурская область	42	339	28	Новосибирская область	23,1	635	50	Севастополь	15,2	62	72	Курская область	8	89
7	Чукотский АО	41,7	21	29	Пензенская область	22,6	306	51	Орловская область	15,1	115	73	Ульяновская область	7,1	90
8	Нурганская область	40,3	309	30	Свердловская область	22,4	971	52	Тульская область	15	226	74	Чувашская Республика	7,1	88
9	Удмуртская Республика	40,1	606	31	Тверская область	22,2	291	53	Красноярский край	14,5	415	75	Ростовская область	6,8	290
10	Республика Саха (Якутия)	35,2	337	32	Камчатский край	21,5	68	54	Брянская область	14,5	178	76	Мурманская область	6,3	48
11	Кировская область	34	442	33	Республика Крым	21,4	407	55	Тамбовская область	14,4	152	77	Рязанская область	6,2	70
12	Пермский край	33,6	895	34	Ивановская область	21,1	218	56	Республика Татарстан	14,3	552	78	Самарская область	5,3	171
13	Республика Коми	33,1	285	35	Тюменская область	20,9	301	57	Краснодарский край	14,3	782	79	Самарская область	5,3	171
14	Архангельская область	32,2	365	36	Владимирская область	20,5	287	58	Московская область	13,5	982	80	Кабардино-Балкарская Респ.	4,9	42
15	Кемеровская область	31,6	861	37	Саратовская область	20,4	507	59	Нижегородская область	13,2	430	81	Москва	4,3	529
16	Алтайский край	31,5	751	38	Республика Мордовия	19,8	150	60	Томская область	12,8	138	82	Республика Дагестан	2,1	64
17	Республика Хакасия	31,3	168	39	Смоленская область	18,8	181	61	Республика Тыва	12,7	40	83	Респ. Северная Осетия — Алания	1,8	13
18	Республика Башкортостан	30,7	1250	40	Вологодская область	18,7	222	62	Ярославская область	12,6	160	84	Республика Ингушетия	0,9	4
19	Оренбургская область	30,6	612	41	Республика Адыгея	18,4	83	63	Хабаровский край	12,3	154	85	Астраханская область	0,8	8
20	Челябинская область	27,2	950	42	Калининградская область	18,2	177	64	Волгоградская область	11,6	296		Чеченская Республика	0,6	8
21	Иркутская область	25,8	622	43	Ленинградская область	17,9	319	65	Карачаево-Черкесская Респ.	10,7	50				
22	Новгородская область	25,4	157	44	Белгородская область	17,8	276	66	Ставропольский край	10,6	298				

* Коэффициент рассчитан как отношение числа самоубийств к средней численности населения за год (сумма числа жителей на начало и конец года, поделенная на два)

© РБК, 9.02.2016

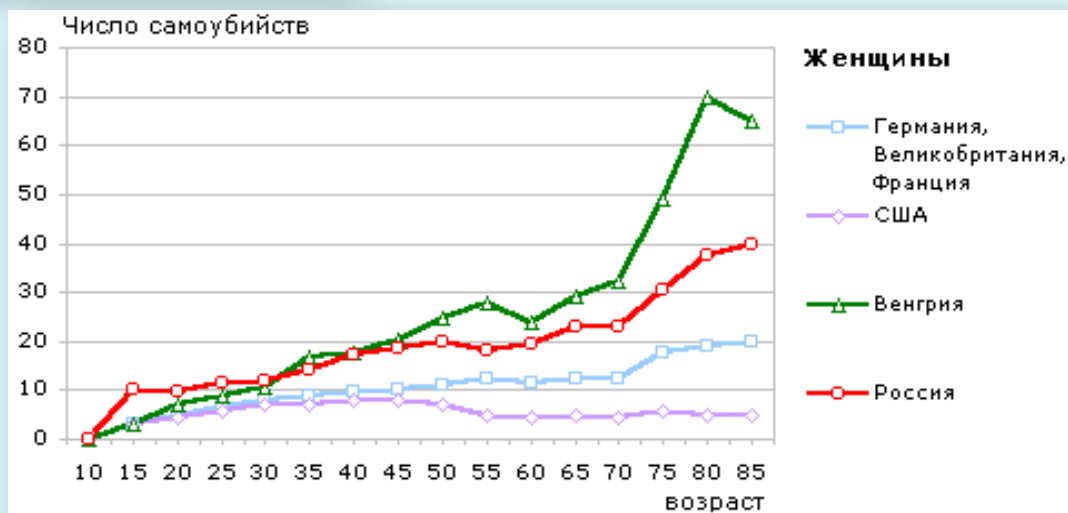
Источник: расчеты РБК на основе данных Росстата

СВЯЗЬ ЧИСЛА САМОУБИЙСТВ С ПОЛОМ И ВОЗРАСТОМ



Число законченных самоубийств среди мужчин в среднем в 4 раза больше, чем женщин

Женщины пытаются покончить с собой в 4 раза чаще, чем мужчины, но выбирают "щадящие" способы, которые значительно реже приводят к смерти



ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ

Ориентировано не только и не столько на больных с психическими расстройствами, но и на общую популяцию населения, и на лица с факторами риска развития агрессивного и аутоагрессивного поведения (возрастные группы, профессиональные и социальные группы, лица с соматическими заболеваниями, с зависимостями и т.п.)

Основными мероприятиями являются:

- формирование здорового образа жизни;
- психогигиена;
- психообразование;
- общественная профилактика агрессивного и аутоагрессивного поведения;
- индивидуальная первичная профилактика;
- индивидуальная вторичная профилактика;
- консультирование по вопросам здорового развития, семьи и брака, беременности, родов и воспитания детей, супружеских и сексуальных отношений, преодоления кризисных ситуаций, в том числе кризисов индивидуального личностного развития;

УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР НМИЦ ПН ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА

- Профессиональная переподготовка по специальности «сестринское дело в психиатрии» - 216 учебных часов (6 недель)
- Общее усовершенствование (сертификационный цикл) по специальности «сестринское дело в психиатрии» - 144 учебных часа (4 недели)

Сайт учебного центра <http://нипни.рф>

Руководитель учебного центра – д.м.н. Зубова Елена Юрьевна

Контакты: Тел.8 (812) 670-02-73, 8 (812) 670-02-74,

E-mail: ucenter27@gmail.com, <http://vk.com/instbekhtereva>

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!



**Семенова Наталия Владимировна, руководитель научно-организационного отдела
НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, e-mail: org@bekhterev.ru**