

- конкурирующие парадигмы или общая почва? // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2005. – №4. – С. 26 – 32.
10. Овсянников С. А. Пограничная психиатрия и соматическая патология, клинико-практическое руководство / С. А. Овсянников, Б. Д. Цыганков. – М.: Триада, 2001. – 124 с.
 11. Пинчук И. Я. Распространенность психических расстройств в Украине // Журн. АМН України. – 2010. Т. 16, № 1. – С. 168–176.
 12. Сарториус Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств / Н. Сарториус. – К.: Сфера. – 1997. – 104 с.
 13. Сидоров П. И., Соловьев А. Г., Новикова И. А. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей / под ред. акад. РАМН П. И. Сидорова. М.: МЕДпресс-информ. – 2006. – 568 с.
 14. Спринц А. М. Психотические и невротические расстройства у больных с соматической патологией: руководство для врачей / А. М. Спринц и др. - СПб.: Спец. Лит, 2007. – 253 с.
 15. Третьяк Л. Л. Современные тенденции развития отечественной практики психотерапии и консультирования // Журнал практического психолога. – 2011. – № 3. – С. 127–142.
 16. Федоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия / А. П. Федоров. СПб.: Питер. – 2002. – 352с.
 17. Хаустова О. О. Метаболический синдром X (психосоматический аспект). – К.: Медкнига. – 2009. – 125 с.
 18. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психосоматическая медицина (аспекты диагностики та лікування): Посібник. – Київ: ТОВ «ДСГ Лтд», 2004. – 96 с.

ПСИХОТЕРАПІЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ НЕПСИХОТИЧНОГО РІВНЯ У ПАЦІЄНТІВ З СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ: ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

А. В. Єжов

У роботі розглянуті проблеми надання психотерапевтичної допомоги пацієнтам з непсихотичними розладами в структурі медичних установ загально-медичного профілю. Визначені проблеми і передумови до подальшої модифікації використовуваних нині психотерапевтичних підходів.

Ключові слова: психотерапія, непсихотичні психічні розлади, соматична патологія, первинна медична допомога

PSYCHOTHERAPY OF NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS FOR PATIENTS WITH SOMATIC PATHOLOGY: PERSPECTIVE OF DEVELOPMENT

A. Iezhov

The problems of providing of psychotherapy for patients with nonpsychotic mental disorders and somatic pathology in the structure of general medical help are discussed. Problems and pre-conditions for further modification of presently using psychotherapy approaches are offered.

Keywords: psychotherapy, nonpsychotic mental disorders, somatic pathology, general medical help

УДК 616.895.8-085:006.015.5

В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна, В. В. Сотніченко

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ В СИСТЕМІ ОЦІНКИ ЯКОСТІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: медико-соціальна допомога, хворі на шизофренію, оцінка якості, клініко-психологічні критерії

Вступ. Проблема забезпечення якості психіатричної допомоги нині розглядається як самостійний напрям психіатрії. Головною причиною такої підвищеної уваги до неї є незадоволення як хворих, так і суспільства в цілому якістю цієї допомоги [3].

Першочерговим завданням підвищення якості є досягнення відповідності між наданням медичних послуг та сучасними уявленнями про достатній рівень та обсяг психіатричної допомоги із урахуванням індивідуальних потреб пацієнта та його близького оточення. При цьому вимоги хворого та його родини полягають не тільки в отриманні об'єктивно встановлених з позиції медичних працівників традиційних форм допомоги, але також у вирішенні широкого кола інших потреб, пов'язаних з виконанням пацієнтом та його сім'єю соціальних ролей. Таким чином, психіатрична допомога повинна бути спрямована як на усунення (пом'якшення) психопатологічної симптоматики, так і на підтримку хворого та членів його родини у повсякденному житті [5].

Про високий рівень якості допомоги можна говорити тільки за умови взаємоспівпраці всіх учасників терапевтичного процесу [2, 6]. Також однією з основних вимог при створенні сучасної системи управління якістю психіатричної допомоги є участь в її оцінюванні споживачів цієї допомоги – пацієнтів та членів їх родин.

Необхідність підвищення якості психіатричної допомоги та її адекватної оцінки, а також задовільного вирішення цієї проблеми диктує необхідність подальших розробок у цьому важливому для вітчизняної психіатрії напрямі.

Мета дослідження – розробити, методично забезпечити та впровадити клініко-психологічні критерії якості медико-соціальної допомоги хворим на шизофренію задля удосконалення системи моніторингу якості психіатричної допомоги пацієнтам даної категорії.

Матеріал та методи роботи. За умови підписання інформованої згоди з дотриманням принципів етики та деонтології було обстежено 132 хворих на шизофренію та 112 їх родичів 1–2 ступеня спорідненості. Досліджувана група хворих була представлена 75 (56,8%) чоловіками та 57 (43,2%) жінками. У віці 20–29 років було 37 (28,0%) пацієнтів, 30–39 років – 59 (44,7%), 40–49 років – 28 (21,2%), 50–59 років – 8 (6,1%) хворих, тобто переважали особи працездатного віку. Середній вік обстежених пацієнтів склав $35,1 \pm 0,8$ року. Пацієнти знаходились на стаціонарному лікуванні, у переважній більшості досліджених тривалість захворювання становила від 6 до 10 років – 86 (65,2%).

Критеріями залучення пацієнтів до дослідження були: інформована згода пацієнта на участь у дослідженні,

діагноз «Шизофренія» за МКХ-10, проживання у сімейному оточенні, згода членів родини, які проживають разом з пацієнтом, взяти участь у дослідженні; відсутність явного когнітивного дефіциту в обстежених. Після нівелювання гострої психотичної симптоматики здійснювали оцінку відповідності критеріям залучення до дослідження, визначення соціально-психологічних та клініко-психологічних характеристик пацієнтів та родичів, які можуть впливати на оцінку якості медико-соціальної допомоги хворим даної категорії.

Для оцінки рівня суб'єктивної задоволеності наданою допомогою було використано «Опитувальник суб'єктивної задоволеності лікуванням» [4]. Визначення рівня сімейного тягаря здійснювали за допомогою «Інтерв'ю для оцінки тягаря» (Zarit Burden Interview by Zarit, Reever, Bach-Peterson, 1980). З метою об'єктивізації даних щодо особливостей сім'ї хворого, внутрішньосімейних відносин та впливу медико-соціальної допомоги на дані показники було застосовано Шкалу структурованого інтерв'ю для оцінки ресурсу сімейної підтримки пацієнта [1].

З метою визначення суб'єктивного стану здоров'я хворих була використана стандартизована анкета EQ-5D. Для дослідження самооцінки застосовували методику Т. Дембо – С. Я. Рубінштейн (1970). Здобуті дані було оброблено методом математичної статистики за допомогою програми MS Excel v.8.0.3. та програми SPSS 10.0.5 for Windows.

Результати дослідження та їх обговорення. Визначення особливостей соціального функціонування (СФ) обстежених хворих встановило вразливість значної частини пацієнтів в усіх сферах: робота, сім'я, матеріально-побутові умови, соціальні контакти.

Здатність пацієнта оцінювати власні можливості, реагувати на психологічну допомогу та обирати найбільш адекватні засоби вирішення особистісних та сімейних проблем визначали шляхом дослідження самооцінки хворого як однієї з характеристик СФ. Адекватна самооцінка спостерігалась у 17 ($12,9 \pm 3,3\%$) пацієнтів, завищена у – 53 ($40,1 \pm 4,9\%$), знижена – у 62 ($47,0 \pm 5,0\%$). Дослідження прямого впливу рівня самооцінки на СФ пацієнтів встановило, що її зниження супроводжувалось формуванням незадовільних взаємостосунків з родиною ($p < 0,01$). Знижена самооцінка ставала руйнівним фактором у всіх сферах, які відповідають за навчання або набуття нових навичок ($p < 0,01$). У свою чергу, завищена самооцінка призводила до відмови пацієнта від психофармакотерапії та всіх видів психологічного втручання ($p < 0,01$). Усі свої фізичні якості пацієнти оцінювали на середньому рівні, а психічні – завищували; незважаючи на помітні порушення поведінки та порушення контактів з оточуючими, вони були задоволені своїм характером.

За даними опитувальника EQ-5D зниження рівня критичності до свого стану здоров'я було характерним для 55 ($41,7 \pm 4,9\%$) хворих, завищення – для 48 ($36,3 \pm 4,8\%$), адекватне сприйняття – для 29 ($22,0 \pm 4,1\%$) обстежених.

На основі аналізу результатів оцінки суб'єктивного стану здоров'я як одного з показників якості життя пацієнтів з шизофренією 104 респонденти (78,8%) повідомили про проблеми принаймні за одним з пунктів EQ-5D. Більшість пацієнтів (75 – 56,8%) повідомили про відчуття тривоги або депресії, 54 (40,1%) – про наявність болю або дискомфорту, 58 (43,9%) відзначили у себе проблеми в повсякденній діяльності та 39 (29,5%) – у догляді за собою. Абсолютній більшості хворих (110 – 83,3%) був притаманний високий рівень стигматизації, що відображає побоювання стосовно негативного впливу перебування у психіатричному стаціонарі на їх соціальний, професійний та правовий статус.

Аналіз суб'єктивного стану здоров'я в залежності від тривалості захворювання пацієнта свідчив про те, що даний показник негативно впливає на всі п'ять параметрів здоров'я.

Вивчення родинного стану показало, що у шлюбі перебувало 36 (27,3%) пацієнтів, а самотніх осіб (тобто тих, хто ніколи не був одружений або розлучився) було значно більше – 96 (72,7%).

Визначення рівня сімейного тягаря (фізичного, соціального, емоційного, фінансового стресу та стосунків з родичами) встановило, що приблизно половина опитаних (44,6%) доглядає за хворим більше 6-ти років. У 18 (32,1%) сім'ях за хворим доглядає тільки одна особа. В таких родинах визначається надзвичайно високі середні показники суб'єктивного тягаря – 52,9 балів. Цей результат можна порівняти з 37,7 балами в сім'ях, де доглядають хворого двоє та більше родичів – 38 (67,9%) опитаних.

У сім'ях пацієнтів, які працюють (21,4%), респонденти відмічали краще матеріальне становище, можливість поєднання власних професійних обов'язків з доглядом за хворим, більшу соціальну адаптованість пацієнта, що відобразилось у низькому рівні суб'єктивного тягаря – 24,5 балів. Серед опитаних родичів 102 (91,1%) постійно проживають з пацієнтом, тільки 10 (8,9%) мають окреме помешкання. Проте час, проведений з хворим, немає чіткої кореляції з рівнем тягаря. Так, середній показник першої групи склав 43,5 балів, другої – 38,5. Аналізуючи рівень сімейного тягаря в залежності від тривалості захворювання пацієнта, необхідно відмітити його прямо пропорційне зростання.

Ми вважаємо за потрібне також вказати на вкрай низький рівень інформаційної допомоги родинам, що мають хворого на шизофренію. Цей показник найбільш вплинув на високий рівень тягаря. Опитані наголошували на необізнаність щодо клінічних, психологічних та соціальних потреб пацієнта, на власному відчутті стороннього у лікувальному процесі.

Таким чином, у результаті дослідження встановлено зв'язок тягаря з двома групами факторів: пов'язані з пацієнтом (зокрема, з особливостями перебігу захворювання) та пов'язані з особою, що доглядає. Виявлено пряму залежність між тривалістю хвороби, працездатністю пацієнта, кількістю осіб, що доглядають за ним, та рівнем тягаря. Майже всі родини мають інформаційний запит щодо захворювання та подальшого догляду за родичем.

За результатами «Шкали структурованого інтерв'ю для оцінки ресурсу сімейної підтримки пацієнта» встановлено, що ресурс сімейної підтримки у 78 (59,1%) опитаних виявився обмеженим (14–27 балів). У таких сім'ях знижені зацікавленість, мотивація та реальні можливості для надання повноцінної підтримки хворого. У 43 опитаних (32,6%) визначено значний дисбаланс між потребами здорових членів сім'ї та необхідністю піклування про хворого. Рівень сімейної підтримки у таких сім'ях низький (28–40 балів). У меншості опитаних (11 – 8,3%) встановлено емоційну, соціальну та економічну готовність підтримки хворого родича, визнання реальних меж своїх можливостей, що відповідає високому рівню ресурсу сімейної підтримки (1–13 балів). Виявлено чітку зворотно пропорційну залежність між тривалістю захворювання (відповідно тривалістю догляду за пацієнтом) та рівнем ресурсу сімейної підтримки.

Отримані дані свідчать про наявність значного ряду емоційно-соціальних проблем у сім'ях, в яких один з членів хворий на шизофренію. Більшість респондентів виявили низький або обмежений ресурс сімейної підтримки, що значною мірою впливає на подальшу соціально-психологічну адаптацію родича та клінічний прогноз захворювання. Такий додатковий, непрямий критерій більш точно розкриває зв'язок динаміки психопатологічних розладів з наданою допомогою, зокрема, медико-психологічною та інформаційною.

Вивчення думки споживачів психіатричних послуг стосовно ступеня задоволеності наданою допомогою виявило, що найбільш високо пацієнти оцінювали ті характеристики психіатричної допомоги, які пов'язані з міжособистісними стосунками в системі «медичний персонал–пацієнт»: стосунків лікарів, психологів, середнього та молодшого медичного персоналу, їх уважність, емпатія, загальна психологічна атмосфера у відділенні ($33,75 \pm 1,68$ бала). Гострота проблеми виявилася меншою ніж можна було очікувати за результатами аналізу літератури. Також доволі високо пацієнти оцінювали задоволення безпосередніми результатами лікування ($37,54 \pm 0,92$ бала). Ряд індикаторів, які відображають матеріально-технічне та медикаментозне забезпечення, стан та комфорт приміщень отримали у пацієнтів найбільш низькі оцінки ($20,68 \pm 0,35$ бала). Встановлено, що найменше пацієнти були задоволені ставленням соціуму до свого статусу пацієнта психіатричного закладу.

Також були виявлені фактори, які викликали найбільшу незадоволеність пацієнтів та мали найбільший вплив на формування негативного образу психіатричного стаціонару. Так, 114 опитаних (86,3%) були незадоволені побічними ефектами лікарських засобів, які отримували у відділенні. Пацієнти стаціонарних психіатричних закладів (59,4% хворих з відносно коротким терміном захворювання та 40,6% обстежених зі значною тривалістю хвороби) заперечливо ставились до сумісного перебування хворих з різним ступенем вираженості психічних розладів.

Результати проведеного дослідження хворих на шизофренію та членів їх родин стали підґрунтям для

визначення комплексу клініко-психологічних критеріїв якості психіатричної допомоги: самооцінка, критичність, тривога/депресія, біль/дискомфорт, суб'єктивна задоволеність лікуванням, суб'єктивна задоволеність відносинами «медичний персонал – хворий», стигматизація, тягар родини, рівень сімейної підтримки.

З метою визначення доцільності застосування розробленого комплексу в системі оцінки якості медико-соціальної допомоги хворим на шизофренію та подальшого його впровадження було проведено дослідження у 2-х групах пацієнтів на етапі виписки. Групу 1 склали 80 пацієнтів, медико-соціальна допомога яким включала методи біологічного та психосоціального втручання (індивідуальну чи групову психотерапію, психологічне консультування, психоед'юкацію тощо). Групу 2 склали 52 пацієнти з аналогічними гендерно-віковими та клініко-динамічними особливостями захворювання. Терапевтична тактика по відношенню до цих пацієнтів обмежувалась застосуванням біологічних методів лікування.

Аналіз якості наданої допомоги в порівнюваних групах хворих за визначеними критеріями встановив такі відмінності. У пацієнтів групи 1 достовірно частіше спостерігалось відновлення до адекватного рівня критичності до стану свого здоров'я ($78,8 \pm 2,3\%$ проти $61,5 \pm 2,5\%$, $p < 0,001$) та самооцінки ($71,3 \pm 3,3\%$ проти $59,6 \pm 2,9\%$, $p < 0,001$). Дані представлено на рис. 1 та рис. 2.

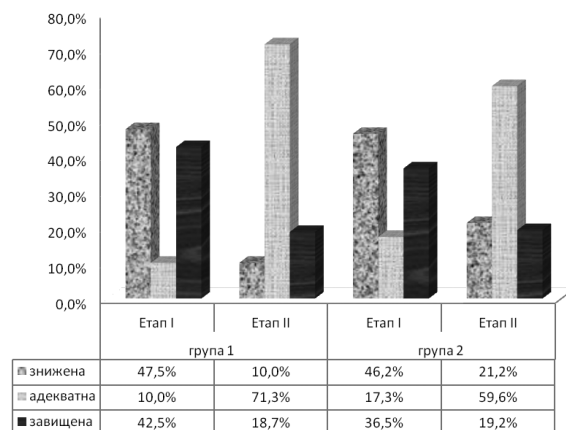


Рис. 1. Динаміка стану самооцінки у пацієнтів порівнювальних груп

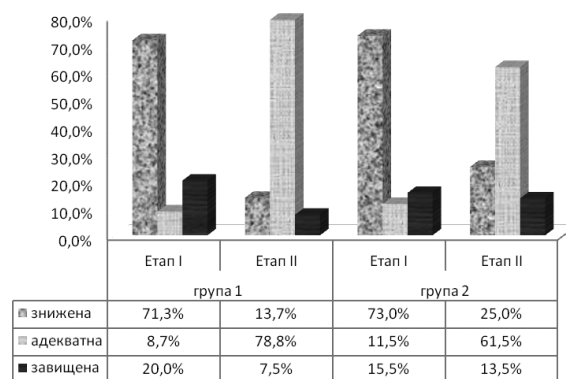


Рис. 2. Динаміка стану критичності у пацієнтів порівнювальних груп

Таблиця 1

Рівень задоволеності наданою допомогою в порівнювальних групах

Рівень задоволеності	Група 1		Група 2	
	Абс.	%	Абс.	%
низький	1	1,28	3	5,8
середній	27	33,75	23	44,2
високий	52	65,0	26	50,0
Всього	80	100,0	52	100,0

Таблиця 2

Основні показники структури суб'єктивної задоволеності лікуванням в порівняльних групах (бали)

Показник суб'єктивної задоволеності лікуванням (M±m)	Група 1	Група 2
Результати лікування	37,48 ± 0,65*	33,87 ± 0,48
Відносини лікар-хворий	31,97 ± 0,65*	28,59 ± 0,42
Побутові умови і оточення	21,82 ± 0,62*	19,42 ± 0,35
Стигматизація	5,68 ± 0,25	5,92 ± 0,16
Сумарний показник	96,96 ± 1,68*	87,80 ± 1,13

Примітка. * – різниця між групами статистично достовірна, $p < 0,001$

Низький рівень задоволеності пацієнтів наданою допомогою спостерігався в поодиноких випадках – 1 (1,28%) в групі 1 та 3 (5,8%) – в групі 2, високий та середній – переважав у групі 1 (табл. 1, 2).

У групі 1 високому рівню задоволеності наданою допомогою відповідають результати по трьох субшкалах – «результати лікування», «ставлення лікар-хворий» та «побутові умови і навколишнє середовище». Найбільш високу оцінку у пацієнтів групи 2 отримав показник «ставлення лікар-хворий», на другому місці – «результати лікування», високий рівень задоволеності.

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ В СИСТЕМІ ОЦІНКИ ЯКОСТІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ШИЗОФРЕНІЮ

В. Я. Пшпель, М. Ю. Полів'яна, В. В. Сотніченко

На основі результатів комплексного обстеження 132 хворих на шизофренію і 112 членів їх сімей розроблені та методично забезпечені клініко-психологічні критерії якості медико-соціальної допомоги пацієнтам даної категорії. Доведено доцільність та ефективність використання розробленого комплексу в системі оцінки якості психіатричної допомоги хворим на шизофренію.

Ключові слова: медико-соціальна допомога, хворі на шизофренію, оцінка якості, клініко-психологічні критерії

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL CRITERIA IN THE SYSTEM OF ASSESSMENT QUALITY CARE FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

V. PISHEL, M. POLYVIANA, V. SOTNICHENKO

On the base of comprehensive multifaceted study of 132 patients with schizophrenia and 112 their relatives was developed and methodically secured complex of medical and psychological criteria quality medical care for patients in this category. It was proved the feasibility and efficiency of this complex of criteria in the evaluation of the quality of psychiatric care to patients with schizophrenia in order to improve it.

Keywords: medical and social care, patients with schizophrenia, quality assessment, clinical and psychological criteria

Субшкали «побутові умови та навколишнє середовище» та «стигматизація» знаходяться на 3-й позиції та підпадають до діапазону середнього ступеня задоволеності. Найбільш низькі оцінки в обох групах визначались за шкалою «стигматизація», проте ці показники все ж підпадають під середній рівень задоволеності.

Практично всі пацієнти обох груп (92,5% та 88,4%) були задоволені поліпшенням самопочуття, усуненням психопатологічної симптоматики. Значно менше виявилось пацієнтів, які були задоволені змінами в комунікативній поведінці, динамікою поглядів на майбутнє у групі 2 (23 пацієнта – 44,2 ± 2,1% проти 48 – 60,0 ± 1,9%, $p < 0,001$).

Оцінки показників суб'єктивної задоволеності лікуванням були порівняні з клінічними оцінками стану пацієнта за шкалами CGI-S і CGI-I, виявлено чіткий кореляційний зв'язок між цими показниками в групах 1 ($r=0,81$) та 2 ($r=0,86$). Таким чином, оцінка результатів наданої допомоги за розробленим комплексом клініко-психологічних критеріїв довела доцільність та ефективність їх використання з метою удосконалення системи оцінки якості медико-соціальної допомоги хворим на шизофренію.

Література:

1. Абрамов В. А. Психосоціальна реабілітація больных шизофренией: монографія / Абрамов В. А., Жигулина И. В., Ряполова Т. Л. – Донець: Каїтан, 2009. – 584 с.
2. Гройсман В. А. Управление качеством медицинской помощи / В. А. Гройсман // Стандарты и качество. – 2004. – № 4. – С. 100–103.
3. Гурович И. Я. Общественно-ориентированная психиатрическая служба (служба с опорой на сообщество) / И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова // Соц. и клин. психиатрия. – 2003. – № 1. – С. 5–10.
4. Лутова Н. Б. Оценка субъективной удовлетворенности больного лечением в психиатрическом стационаре: состояние вопроса / Н. Б. Лутова, А. В. Борцов, В. Д. Вид // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 2007. – Т. 2, № 1. – С. 32–34.
5. Пинчук И. Я. От оценки социально-экономических аспектов к реформированию системы оказания психиатрической помощи / И. Я. Пинчук // НейроNEWS: психоневрология и нейропсихиатрия. – 2007. – № 4. – С. 11–12.
6. Система контроля качества медицинской помощи / В. Г. Дьяченко, Н. А. Капитоненко, Н. А. Пудовкина [и др.] // Медицинское страхование. – 2006. – № 1 – 2 (13 – 14). – С. 47–51.