

ОСНОВНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ОТДЕЛЕНИЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ ДВУХ РЕГИОНОВ: САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ОРЕНБУРГА

Случевская С.Ф., Бабин С.М., Руденко В.В., Пустотин Ю.Л.

ГБОУ ВПО Северо-Западный Государственный Медицинский Университет
им. И.И. Мечникова Минздравсоцразвития России,

ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2»

Актуальность исследования. ВОЗ определяет качество жизни как «восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами». Это определение отражает внимание, уделяемое ВОЗ той оценке жизни, самочувствия, здоровья и благополучия, которую дают сами пациенты, и которая слишком часто не совпадает с мнением профессионалов относительно эффективности проводимого ими лечения [2].

В российской психиатрии интерес к проблеме качества жизни [1] и субъективной удовлетворенности больного лечением [2]. в психиатрическом стационаре возник относительно недавно, но привлекает все больший интерес, стимулируемый происходящими реформами здравоохранения, отходом от исключительно патерналистской модели оказания помощи. Собственное видение пациента (потребителя услуг системы здравоохранения) становится центральным в оценке качества реформируемого медицинского обслуживания [3]. К настоящему времени стало общепризнанным то положение, что при выборе любых мер лечебного воздействия, помимо узко клинических критериев, следует учитывать также изменение субъективного ощущения благополучия пациента, то есть его качества жизни [4, 5]

Цель: исследовать качество жизни пациентов, проходящих этап стабилизирующего лечения в реабилитационных отделениях городских психиатрических больниц.

Методы исследования. Используемый метод был разработан на основе опросника качества жизни, используемого в зарубежных странах для определения качества результата оказываемой медицинской помощи в рамках проводимых лечебных программ психиатрических стационаров. Опросник включал в себя 10 разделов по основным общепринятым критериям качества жизни: самооценка и мнение о своей будущей жизни; независимость и возможность самоопределения в жизни, возможность заниматься значимой и интересной деятельностью; наличие семьи и друзей и взаимоотношения с ними, взаимодействие с окружением; отношения с персоналом лечебного учреждения; ощущение защищенности собственной жизни и обеспечения конфиденциальности информации в учреждении; возможность получать помощь и поддержку от других людей в стационаре; дискриминация; доступность медицинских услуг.

Для проведения корреляционного анализа были собраны дополнительные данные о больных: демографические показатели, клинико-анамнестические данные, социальный статус, методы лечебного воздействия.

Материал исследования. Были обследованы 60 пациентов: 30 в Санкт-Петербурге, 30 – в Оренбурге. Реабилитационное отделение Санкт-Петербурга представляет собой лечебно-восстановительное подразделение Психиатрической больницы святого Николая Чудотворца, в котором пациенты, помимо лекарственной терапии, участвуют в реабилитационных программах. В Оренбурге исследование проводилось в отделении «Динамической психиатрии (психотерапии)» Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №2, созданного в 2001 г. по модели Клиники Динамической психиатрии «Ментершвайге» г. Мюнхена (Германия). Данное подразделение стационара специализируется на психотерапии психически больных. На базе отделения отрабатываются современные формы психотерапии и психосоциальной терапии,

которые затем внедряются в работу других подразделений стационара и амбулаторной службы [1].

Методы. На основании данных, полученных в результате тестирования опросника качества жизни пациента, рассчитаны показатели надёжности субшкал, валидности, чувствительности опросника. Для анализа надёжности опросника и его субшкал использовался расчет коэффициента α Кронбаха (0,903). Изучение связи между субшкалами опросника и социально-демографическими и клиническими показателями проводилось при помощи расчета коэффициентов корреляции Спирмена, рангового теста Манна–Уитни, рангового дисперсионного анализа (Краскела–Уоллиса).

В связи с тем, что ряд субшкал не показывали хорошую согласованность вопросов, был проведен факторный анализ (метод главного фактора) исходных вопросов. Количество извлекаемых факторов было определено на основе визуального метода Кеттелла (scree plot). По графику было определено, что необходимо извлечь четыре фактора: 1 – качество жизни, связанное с личным окружением пациента, 2 – связанное с пребыванием в больнице, 3 – связанное с оценкой собственного я (сила Я), 4 – связанное с дискриминацией.

Для обработки информации была использована система SAS (ver.9 SAS Institute, Inc., Cary, NC). Результаты факторного анализа выявили 4 фактора, по которым группируются достоверно взаимосвязанные пункты опросника.

Группа обследуемых. Из всех обследованных мужчины составляют долю в 41%, женщины – 58%. Все больные на момент обследования были дееспособными. Возрастной состав в основном представлен группой пациентов в возрасте старше 50 лет – 46% в Санкт-Петербурге и 40% – в Оренбурге. Остальные возрастные группы были представлены пациентами в возрасте до 40 лет – 36% и 33%, от 40 до 50 лет – 43% и 30%, соответственно. Семейное положение оказалось различным. Так, большинство пациентов в обеих выборках были холосты: 53% в Санкт-Петербурге и 36% в Оренбурге, разведены – 30% в Санкт-Петербурге и 40% – в Оренбурге. Состоявших в браке в Оренбурге было больше – 16%, в отличие от Санкт-Петербурга – 10%. Овдовевших пациентов было намного больше в Санкт-Петербурге – 13%, чем в Оренбурге – 3%. Образование: у большинства обследуемых было среднее и средне-специальное образование – 64% в Санкт-Петербурге и 78% в Оренбурге; получивших высшее образование – 36% пациентов в Санкт-Петербурге и 22% в Оренбурге. Длительность госпитализации пациентов на момент их обследования составила до 3 месяцев – 63% и 37%, и свыше 3 месяцев – 46% и 54% в Санкт-Петербурге и в Оренбурге, соответственно.

Результаты. Была проанализирована связь выделенных нами в ходе факторного анализа факторов (F1-F4) с медико-социальными характеристиками пациентов. Было выявлено, что длительность заболевания ухудшает взаимоотношения с окружающими людьми и качество жизни, связанное с личным окружением ($p < 0,02$). Фактор качества жизни, связанный с нахождением в больнице (F2), достоверно снижался с увеличением срока госпитализации ($p < 0,04$), с низким доступом помощи в социальных вопросах ($p < 0,02$). Нахождение в больнице оценивалось как *высококачественное* при возможности быть вовлеченным в реабилитационные программы, в том числе: получать тренинги элементарных бытовых навыков ($p < 0,02$), с участием пациента в групповой ($p < 0,01$) и индивидуальной ($p < 0,05$) психотерапии. Побочные явления от лекарственных препаратов оказывали влияние на качество жизни, связанное с оценкой собственного Я ($p < 0,02$). Чем большее число препаратов принимали больные, тем ниже оценивали свое качество жизни. Фактор качества жизни, связанный с вопросами дискриминации, достоверно зависел от уровня образования пациентов ($p < 0,06$) и от количества принимаемых препаратов ($p < 0,02$).

Выводы:

1. Опросник показал себя как валидный и надёжный.

2. Результаты опросника можно положить в основу анализа действий подразделений ЛПУ и при наличии отклонений наметить меры, направленные на коррекцию данного показателя.

3. Представленная технология позволяет не только проводить мониторинг и вносить коррективы в работу психиатрических стационаров, но и сравнить между собой работу отдельных подразделений.

4. Структурированность полученных данных позволяет более детально оценить качество жизни пациентов психиатрического стационара и наметить пути её совершенствования.

Литература

1. Аммон М., Бабин С.М., Казаковцев Б.А. Психотерапия в Оренбургской области и модель динамической психиатрии Г. Аммона: взаимодействие и интеграция // Российский психиатрический журнал. – 2004. – №3. – С. 59-63.

2. Всемирная организация здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.: Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. — М.: Весь Мир, 2001. — 217 с.

3. Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д. «Метод оценки субъективной удовлетворенности психически больных лечением в психиатрическом стационаре», Методические рекомендации, Санкт-Петербург, 2007, 18 С..

4. Diez Martin J. Evidence Based Mental Health As a Tool to Improve the Quality of Care / Ibidem. – P. 108.

5. Torrey W.C., Drake R.E., Dixon L., Burns B.J., Flynn L., Rush A.J., Clark R.E., Klatzker D. Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. Psychiatr. Serv. 2001, Feb;52(2):179-82.

РАЗРАБОТКА ПРОГРАММЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОТРЕБИТЕЛЯМ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

Станько Э.П.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

Распространенность и социально-экономическая значимость медико-социальных последствий наркоманий и ВИЧ-инфекции, высокие экономические затраты на их лечение и обслуживание обуславливают актуальность разработки новых форм оказания помощи, способствующих поддержанию приверженности наркозависимых пациентов к прохождению лечебно-реабилитационных программ, обеспечивающих не только купирование проявлений основного заболевания, но повышение качества их жизни и адаптацию в обществе.

Как правило, в наркологический стационар госпитализируются пациенты, которые не могут самостоятельно или в амбулаторных условиях выходить в состояние ремиссии, с более высоким значением индекса тяжести зависимости [1]. Анализ эффективности лечения наркозависимых в отделениях неотложной наркологии показывает, что после выписки только 10% пациентов имеют позитивный уровень мотивации на лечение в условиях интенсивной реабилитационной программы [2]. Важной задачей является составление «оптимального терапевтического маршрута» для пациентов, получивших неотложную помощь и имеющих мотивацию к отдельным формам и методам лечения и реабилитации. Возрастает роль разработки новых индивидуально-дифференцированных программ оказания медико-социальной помощи потребителям инъекционных наркотиков (ПИН) с акцентом на вовлечение и удержание «проблемных» пациентов в терапевтическом процессе [3]. Особую группу в данном аспекте со-