

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-

ставляют ПИН, которые одновременно нуждаются в лечении наркозависимости и других социально-значимых заболеваний (ВИЧ-инфекция, туберкулез, гепатит, ИППП и др.). Таким образом, все вышеизложенное является основанием для создания комплексной программы медико-социальной помощи ПИН с различным ВИЧ-статусом.

Цель исследования – разработка комплексной программы медико-социальной помощи ПИН с различным ВИЧ-статусом.

Материал и методы. Материал работы включает сведения о 297 ПИН с различным ВИЧ-статусом, обследованных в разных регионах республики, 238 (78,7%) мужчин и 59 (21,3%) женщин, находящихся на стационарном лечении и получавших амбулаторную помощь после завершения детоксикации в виде мотивирующих консультаций и целевой психотерапии с психофармакологической поддержкой. В исследование не включались пациенты с острым психотическим состоянием или с выраженным дефектом. Основную группу (n=137 (46,13%)) составили ВИЧ-позитивные ПИН (ВПН) (I группа) и контрольную (n=160 (53,87%)) составили ВИЧ-негативные ПИН (ВНН) (II группа). По полу пациенты распределены следующим образом: ВПН – 112 (88,1%) мужского пола и 25 (11,8%) – женского пола; ВНН – 126 (84,2%) мужского пола и 34 (15,8%) – женского пола. Возраст ВПН находился в пределах от 20 до 53 лет (средний возраст – $33,6 \pm 6,17$ лет), ВНН – от 19 до 57 лет (средний возраст – $30,1 \pm 5,82$ лет). Исследование вида потребляемого наркотика показало, что в I и II группах 97,2 % ПИН принимали кустарно приготовленный опий. Подавляющее большинство пациентов (ВПН – 135 (98,5%) и ВНН – 156 (97,5%)) являлись инъекционными потребителями кустарно ацелированных препаратов снотворного мака; 52 (37,9%) ВПН и 23 (14,4%) ВНН имели опыт потребления героина; 19 (13,8%) ВПН и 5 (3,1%) ВНН – морфина; 10 (7,3%) ВПН и 8 (5%) ВНН – кодеина; 49 (35,8%) ВПН и 34 (21,3%) ВНН – метадона; 5 (3,6%) ВПН и 2 (1,3%) ВНН – 3-метилфентанила; 6 (4,4%) ВПН и 2 (1,3%) ВНН – промедола; 20 (14,6%) ВПН и 9 (5,6%) ВНН – трамадола. Разные способы приема наркотических веществ практиковали 18 (13,1%) ВПН и 6 (3,8%) ВНН. Основным методом исследования был клинико-психопатологический, дополнительным – экспериментально-психологический. Анализ взаимозависимостей между полученными показателями осуществлен с использованием коэффициента Спирмена. Диагностика наркотической зависимости проводилась по критериям МКБ-10.

Результаты и обсуждение. За основу структуры разрабатываемой программы оказания медико-социальной помощи (ПМСП) принята технология медико-социального сопровождения индивидуального случая заболевания – «кейс-менеджмент» [5]. Метод заключается в том, что для конкретного пациента по требующимся ему видам услуг, при оказании медико-социальной помощи (лечение, реабилитация и социальная поддержка) специально подготовленным специалистом, называемым «менеджер медико-социального сопровождения» (МСС) выстраивается схема движения (маршрутизация) пациента. Функции МСС могут быть возложены на специально подготовленного специалиста отдела профилактики ВИЧ/СПИД областного центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья. МСС при постоянном общении с пациентом, на основании его потребностей осуществляет координацию полипрофессиональной команды (ППК) специалистов – участников ПМСП, привлеченных к оказанию помощи. Таким образом, МСС осуществляет ключевую и направляющую роль в маршрутизации пациента: распределяет и направляет потоки пациентов, собирает обратную информацию о предоставленной помощи ПИН, включая использование телефонной связи. МСС должен владеть информацией ППК, знать всех специалистов, их возможности и должностные обязанности, осуществлять координацию взаимодействия между учреждениями – участниками ПМСП.

Разработка схемы движения ПИН должна начинаться на этапе детоксификации, т.е. в отделении неотложной наркологии. Пациенты должны быть информированы о

перечне возможных видов медико-социальной помощи, на которую они могут претендовать после завершения этапа детоксификации. Для этого структурные подразделения учреждения здравоохранения (приемный покой, отделение неотложной наркологии и др.) должны быть оснащены просветительскими стендами с соответствующей информацией о различных видах помощи. Кроме того, должны быть разработаны печатные материалы (инфогазета, памятки, буклеты), в которых указывали варианты дальнейшего взаимодействия. Целесообразным является создание групп само- и взаимопомощи пациентов с обязательным участием врача психиатра-нарколога или психотерапевта (психолога), работающих с наркозависимыми для обсуждения проблем и потребностей пациентов. Обязательным является организация консультирования на ВИЧ (до-, после-тестового), встреч со специалистами отдела профилактики ВИЧ/СПИД областного центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, *основной задачей* которых является более широкое вовлечение в лечебные мероприятия пациентов. На этапе детоксификации целесообразным является подключение к работе родственников пациентов («встречи родственников»), которые должны приглашаться в вечернее время для беседы с врачом психиатром-наркологом. В ходе этих встреч должны проводиться психобразовательные информационные программы о механизмах развития зависимости и ВИЧ-инфекции, их медико-социальных последствиях, решаться вопросы преодоления семейной созависимости, прививаться навыки общения с пациентами, которые способствовали бы их задержке в терапевтической программе, с возможностью привлечения родственников пациентов в разработку планов их последующего лечения. Оптимальной структурой ППК является наличие следующих специалистов: координатор ПСМП – ММС, врачи – психиатр-нарколог, инфекционист, психотерапевт (психолог) по проблемам зависимости и созависимости, социальный работник, специалист по мониторингу и оценке эффективности ПСМП, «равный консультант». При этом важным является то, что участники ППК должны быть командой единомышленников, а не формально выполняющих свои обязанности специалистов.

Установлено, что по степени внутренней вовлеченности в программы дальнейшей терапии ПИН с различным ВИЧ-статусом пациентов отделения неотложной наркологии условно можно разделить на три группы: со стойкой позитивной мотивацией, с неустойчивой позитивной мотивацией и отсутствием позитивной мотивации на продолжение лечебно-реабилитационных мероприятий после этапа детоксификации.

Основную роль в группе пациентов со стойкой позитивной мотивацией на лечение после этапа детоксификации играет подробное информирование, мониторинг и оценка качества предоставляемых «на терапевтическом маршруте» услуг. Обратная связь с пациентами показывает, что при проведении медико-социального сопровождения мотивация у ПИН может снижаться. Поэтому в этот период необходим тщательный анализ ситуации, при необходимости, кризисное вмешательство и коррекция терапевтического маршрута. Наибольшие «потери» пациентов в программах оказания медико-социальной помощи (ПМСП) возникают при завершении этапа оказания неотложной медицинской помощи или направлении в другие учреждения. В этот период вокруг пациента возникает объективный т.н. «организационно-психологический вакуум», приводящий к повышению субъективно воспринимаемых тревожно-фобических переживаний, вызывающих «кризис привлекательности услуги» и способствующих, в конечном итоге, формированию «отказных реакций». Поэтому крайне необходимым в этот период является разработка специальных мероприятий, направленных на повышение приверженности пациентов к терапии. Перед принятием решения о дальнейшем маршруте пациенты должны быть приглашены на сессию или заседание т.н. «группы поддержки» – открытой группы, куда приглашают пациентов с позитивной мотивацией, не отвергающих дальнейшего лечения и реабилитации [4].

Любому пациенту, проявившему интерес к оказанию медико-социальной помо-

щи после детоксификации, в случаях с неустойчивой позитивной мотивацией, если в его планах нет желания после детоксификации продолжать лечение, предлагается посетить сессию группы поддержки (ГП). Таким образом, основной мишенью психотерапевтической работы ГП является неустойчивая позитивная мотивация пациентов на лечение. При этом основной целью занятий в ГП будет развитие интереса к продолжению участия в ПМСП, желание сделать последующее пребывание в ПМСП более привлекательным, повышение уровня внутренней мотивации пациента на потребление дальнейшей помощи. ГП должна функционировать как механизм, заполняющий вакуум между процессом детоксификации и последующими этапами ПМСП; ее посещение должно способствовать восполнению «информационного голода» пациентов, снятию у них необоснованных тревожно-фобических переживаний, а также знакомству их с участниками последующих этапов ПМСП. Поэтому «равные консультанты», психологи, психотерапевты и лица, занимающиеся реабилитацией, должны быть частыми участниками на сессиях групп поддержки.

Пациенты с негативной мотивацией, с «отказными реакциями» от дальнейшего лечения нуждаются в диспансеризации и разработке индивидуального маршрута. Для таких пациентов полезным может быть организация психологической и социальной помощи: психологическое и семейное консультирование, социальная и правовая помощь посредством общения с психологом (психотерапевтом), социальным работником ППК. Основной задачей и направленностью такой помощи должны быть повышение приверженности к ПМСП, постепенное движение пациента к положительным изменениям, проведение медицинского обследования. Таким образом, немедицинские потребности пациентов могут использоваться в мотивационной психотерапии в качестве «мостика» для перехода от негативного отношения к лечению к появлению мотивации к нему. Маршрутизация ВИЧ-позитивных ПИН после этапа детоксификации должна формироваться исходя из их внутренней картины заболевания и уровня мотивации к лечению. Целесообразным для мотивированных из них является выделение этапов лечебного маршрута: обследование и детоксификация, ведение и сопровождение ППК, восстановительное лечение, амбулаторная медицинская реабилитация, социальная реабилитация.

Таким образом, основным направлением ПМСП ВИЧ-позитивным ПИН является взаимодействие медицинских служб с другими социальными структурами, некоммерческими (общественными) организациями и правоохранительными органами, что предопределяет важность разработки и внедрения новых схем и алгоритмов межведомственной медико-социальной маршрутизации наркозависимых пациентов после выписки их из стационара.

Литература

1. Индекс тяжести зависимости: версия Treatnet: Руководство и опросник. – М.: Верди, 2009. – 128 с.
2. Карпец, А.В. / А.В. Карпец, С.В. Пхиденко, А.И. Алексеева // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. С. 161-162.
3. Комаров, Ю.М. Повышение доступности и качества оказания медицинской помощи. – 2010.
4. Карпец, А.В. Разработка и апробация модели медико-социальной помощи наркологическим пациентам с разным уровнем мотивации к лечению и риску ВИЧ-инфицирования в стационаре / А.В. Карпец [и др.] // Вопросы наркологии. – 2011. – № 1. – С. 72-80.
5. Сборник стандартов по социальному сопровождению ВИЧ-инфицированных (кейс-менеджмент). – М.: Американский международный союз здравоохранения (АМСЗ), 2008. – 113 с.