

Н.В. Медведовська, А.К. Ладик-Бризгалова (Київ)

ПРОБЛЕМА ПЕРЕОРІЄНТАЦІЇ ПОСЛУГ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я З УРАХУВАННЯМ СОЦІАЛЬНИХ ПОТРЕБ ПАЦІЄНТІВ НА ЕТАПІ СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Висвітлено актуальну проблему соціальної уразливості людей, які страждають на психічні розлади. Показана необхідність переорієнтації послуг охорони психічного здоров'я. Вивчено структуру потреб пацієнтів міської психоневрологічної лікарні № 2 м. Донецька в послугах соціального супроводу. Залежно від ступеня соціальної адаптації, пацієнтів розділено на три групи. Запропонований в результаті дослідження диференційований підхід у процесі реабілітації пацієнтів дає змогу підвищити ефективність існуючих ресурсів медико-соціальної допомоги. Одним з ключових завдань у вирішенні порушеної проблеми є підвищення ролі соціальної допомоги в лікувально-реабілітаційному процесі. Насамперед слід залучити кваліфікованих спеціалістів із соціальної роботи, а також забезпечити міждисциплінарну співпрацю та спадкоємність у роботі соціальних і психіатричних закладів.

Ключові слова: соціально орієнтована психіатрична допомога, психіатричний стаціонар, соціальна дезадаптація, потреби пацієнта.

За оцінками експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), кожна четверта людина у світі протягом життя має будь-яке порушення у стані психічного здоров'я, що обумовлює значну кількість випадків смерті та інвалідності [15]. У країнах з низьким і середнім рівнем прибутку на долю психічних розладів припадає відповідно 8,8% та 16,6% загального тягаря хвороб [14;16]. Згідно з останньою доповіддю ВООЗ «Орієнтація на людей з порушеннями психічного здоров'я як на одну з уразливих груп населення», на депресію страждає 151 млн людей, на шизофренію – 26 млн, на розлади, пов'язані із вживанням алкоголю, – 125 млн, на епілепсію – близько 40 млн, на хворобу Альцгеймера та інші види деменції – 24 млн осіб у світі [15]. За даними цієї доповіді, у країнах, що розвиваються, люди з психічними і психосоціальними формами інвалідності визнаються найбільш маргінальними групами населення, а більшість програм з розвитку і зменшення масштабів бідності не охоплює цю категорію [15]. Від 75% до 85% таких пацієнтів не мають доступу до якої-небудь форми лікування порушень психічного здоров'я [15]. Психічні та психосоціальні форми інвалідності обумовлюють високі показники безробіття, які досягають майже 90% [5;15]. З огляду на це, за ініціативи ВООЗ, одним з пріоритет-

них напрямів розвитку психіатричної допомоги найближчим часом є поліпшення соціального обслуговування людей з психічними і психосоціальними формами інвалідності на всіх рівнях надання медичної допомоги [4;5;7–10;14].

У публікаціях Організації Об'єднаних Націй йдеться про тісний зв'язок рівня захворюваності на психічні розлади із соціальними та економічними чинниками, а також про важливість соціальної інтеграції психічно хворих [1;4;16]. В Україні цей напрямок реалізується шляхом розвитку соціально орієнтованої психіатричної допомоги, яка забезпечує доступність, ефективність, дестигматизованість допомоги з метою відновлення соціального функціонування осіб з психічними та поведінковими розладами [1;6;11–13].

Етапність надання соціально орієнтованої психіатричної допомоги в Україні забезпечується в умовах загальної медичної реформи, що вказує на необхідність визначення обсягів медико-соціальної реабілітації на первинному, вторинному і третинному рівнях медичної допомоги [2;11–13].

В Україні сьогодні не ведеться облік абсолютної кількості соціально дезадаптованих пацієнтів з психічними розладами, їх питомої ваги та внеску в загальну структуру цього класу хвороб.

За попередніми підрахунками, близько 30% пацієнтів з психічними розладами в Україні займають психіатричне ліжко не за медичними, а за соціальними показаннями.

Аналіз інформаційних ресурсів з проблем соціального супроводу психічно хворих в Україні свідчить, що вони переважно носять фрагментарний характер і обмежуються тематикою психологічної реабілітації на рівні спеціалізованої психіатричної допомоги.

На сьогодні в Україні професійний соціальний супровід психічно хворих практично відсутній на всіх етапах ведення пацієнта, а його функцію виконує психіатрична служба. Чинна нормативна база регламентує право особи, якій надається психіатрична допомога на соціальну допомогу (стаття 25 Закону України «Про психіатричну допомогу»), але механізмів реалізації цього права немає. Посади медичних сестер соціальної допомоги та соціального робітника в амбулаторній та стаціонарній мережі психіатричної допомоги поодинокі, а їхні функціональні обов'язки у нормативній базі не зазначені. Структура медико-соціальної допомоги в Україні представлена не пов'язаними між собою законодавчо, автономно функціонуючими медичними і соціальними закладами.

Мета роботи – обґрунтувати інтеграцію кваліфікованої соціальної допомоги у систему реабілітаційних заходів на підставі структурного аналізу потреб пацієнтів з психічними розладами на етапі стаціонарної допомоги.

Матеріали та методи

У дослідження включено пацієнтів двох випадково обраних відділень міської психоневрологічної лікарні (МПНЛ) № 2 м. Донецька: 36 пацієнтів соматопсихіатричного відділення та 50 пацієнтів загальнопсихіатричного відділення. Серед контингенту двох відділень було 8 (9,3%) жінок, 78 (90,7%) чоловіків, у віці 30–75 років. Нозологічна структура досліджуваного контингенту наведена на рис. 1.

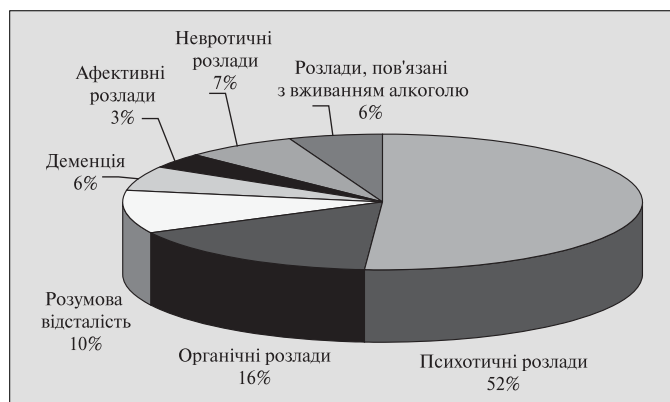


Рис. 1. Нозологічна структура контингенту пацієнтів міської психоневрологічної лікарні № 2 м. Донецька

Пацієнтів обстежено за допомогою клініко-психопатологічного, експериментально-психологічного та статистичного методів. З метою об'єктивізації рівня соціального функціонування використано шкалу PSP.

Результати дослідження та їх обговорення

Встановлено, що серед нозологічної структури двох відділень найбільшу частку займали психотичні розлади (44 пацієнти). У цій групі 32 пацієнти страждали на параноїдну шизофренію, 8 – на резидуальну, 2 – на просту форму шизофренії, 2 – на гострі психотичні розлади. Другою за численністю була група з органічними розладами, яка включала 14 пацієнтів, переважно з органічним розладом особистості. Пацієнти з розумовою відсталістю, деменцією, афективними розладами, невротичними розладами та розладами, пов'язаними із вживанням алкоголю, становили незначну частку та суттєво не відрізнялись за численністю.

Проаналізовано соціальний статус 86 пацієнтів за допомогою таких критеріїв: наявність документів, які встановлюють особу; житло; працевлаштованість; інвалідність; кошти до проживання; сімейна підтримка. Для кожного пацієнта розраховано бал за шкалою PSP.

За результатами проведеного аналізу встановлено, що серед загальної кількості пацієнтів 7% втратили паспорт; 16,3% не мали житла; 91,9% були безробітними; 10,5% не мали коштів на проживання; 27,9% не мали сімейної підтримки; 15,1% пацієнтів з ознаками втраченої працездатності не мали встановленої групи інвалідності. Середній бал за шкалою PSP становив 67,2 (екстремальні значення варіаційного ряду – 40 та 95).

За ступенем соціальної адаптації досліджуваний контингент розподілено на групи (рис. 2).

У першій групі (I), яка включила 5 пацієнтів з невротичними розладами, 2 – з афективними розладами, 2 – з розладами, пов'язаними із вживанням алко-

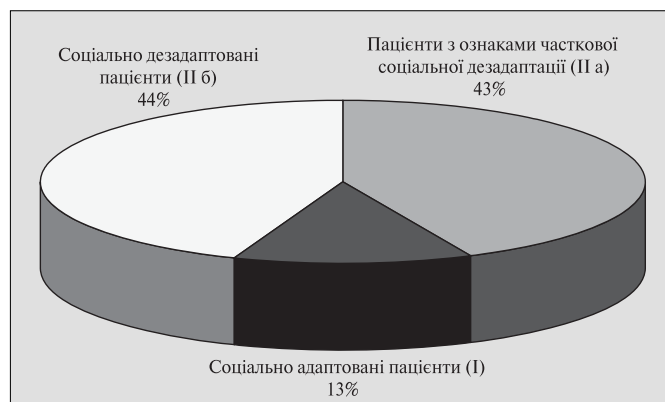


Рис. 2. Співвідношення груп пацієнтів за рівнем соціальної адаптації

голю, 2 – з гострим психотичним розладом (усього 11 пацієнтів), не виявлено ознак соціальної дезадаптації. Усі пацієнти мали житло, кошти на проживання, адаптивну сімейну підтримку; 6 осіб працювали (офіційно або неофіційно), 3 були пенсіонерами за віком. Після редукції гострої психопатологічної симптоматики у пацієнтів даної групи спостерігалася конструктивна пристосовна поведінка і ставлення до хвороби. Ці особи не потребували соціального супроводу, залучалися до реабілітаційних заходів на період лікування у стаціонарі.

До другої групи (II) увійшли пацієнти з деменцією, розумовою відсталістю, органічними розладами; 42 – з шизофренією, 1 – з афективним розладом, 1 – з невротичним розладом, 3 – з розладами, пов'язаними із вживанням алкоголю, (усього – 75 пацієнтів). Пацієнти цієї групи мали ознаки соціальної дезадаптації різного ступеня вираження та певною мірою потребували соціального супроводу і реабілітації.

У межах II групи 4 пацієнти були з деменцією, 1 – з розумовою відсталістю, 5 – з органічним розладом особистості, 2 – з органічним маячним розладом, 1 – з органічним галюцинозом, 22 – з шизофренією, 1 – з афективним розладом, 1 – з розладом, пов'язаним із вживанням алкоголю. Ці особи мали житло, адаптивну сімейну підтримку, отримували пенсію за віком або інвалідністю (усього – 37 хворих). Після редукції гострої психопатологічної симптоматики пацієнти цієї підгрупи були виписані зі стаціонару, а функція щодо вирішення їх соціальних проблем покладалась на родичів. На період перебування у стаціонарі ці особи потребували тільки консультативної соціальної допомоги та експертизи працездатності (III).

Пацієнти, що увійшли до групи IIб (усього – 38 осіб), мали найбільш уразливий соціальний статус: більшість з них втратили документи та житло, не мали родичів і були позбавлені коштів на проживання. При обстеженні за шкалою PSP виявлено значні порушення соціального функціонування (середній бал дорівнював 52; екстремальні значення варіаційного ряду – 40 та 65). До цієї підгрупи увійшло 8 пацієнтів з розумовою відсталістю, 1 – з деменцією, 6 – з органічним розладом особистості, 20 – з шизофренією, 1 – з невротичним розладом, 2 – з розладом, пов'язаним із вживанням алкоголю. За відсутності сімейної підтримки ці пацієнти потребували соціального супроводу та комплексного вирішення соціальних проблем на період перебування у психіатричному стаціонарі.

У 46 з 86 пацієнтів строки госпіталізації були значно вищими. Серед причин довготривалого перебування у стаціонарі встановлено несприятливий перебіг захворювання, відсутність місця проживання та відсутність догляду вдома (за наявності порушень самообслуговування). Інші причини мали невелику питому вагу та суттєво не відрізнялись за численністю.

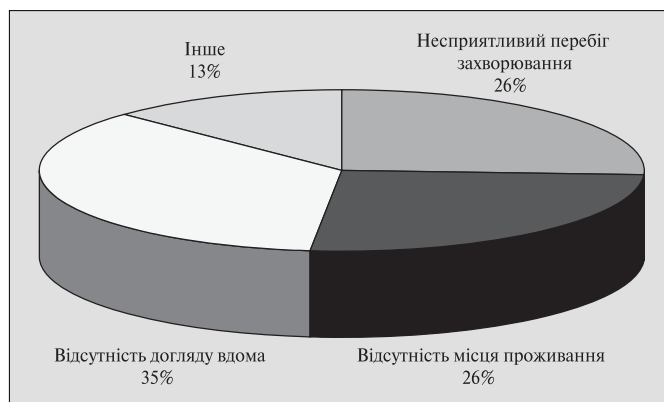


Рис. 3. Причини перевищення строків госпіталізації пацієнтів міської психоневрологічної лікарні №2 м. Донецька

Серед причин довготривалого перебування у стаціонарі несприятливий перебіг захворювання займав лише 26%, а причини соціального характеру – 74%. Відсутність догляду вдома виявилась найбільш поширеною причиною перевищення строків стаціонарного лікування для соціально дезадаптованих хворих з ознаками порушення самообслуговування (35%). Відсутність місця проживання також була суттєвою перешкодою для своєчасної виписки пацієнтів після завершення етапу активного лікування.

Висновки

1. За результатами аналізу нозологічної структури, превалюють психотичні розлади, що є характерним для психіатричних лікарень. Притаманне для психозів порушення критики та інтроспекція створюють додаткові умови для розладу соціального функціонування та ранньої суспільної ізоляції.

2. За результатами дослідження соціального статусу 86 пацієнтів встановлено, що найбільш поширеними соціальними проблемами є безробіття та відсутність сімейної підтримки.

3. Ступінь соціальної дезадаптації, яку спричиняли психічні розлади, значно коливався. Пацієнти з мінімальними або відсутніми ознаками дезадаптації (увійшли до першої групи), виявляли оптимальні копінг-навички та були спроможні протистояти прогресуванню хвороби. Можливо припустити, що високий рівень адаптації першої групи обумовлений превалюванням пацієнтів з інтернальним характером установок (внутрішній локус контролю).

Для пацієнтів IIа групи з ознаками часткової соціальної дезадаптації є характерною компенсація знижених адаптивних ресурсів родичами. Цей феномен можна пояснити наявністю екстернального характеру установок (зовнішній локус контролю).

IIб група являє собою важкий ступінь соціальної дезадаптації, пов'язаний із грубою особистісною

деформацією внаслідок психічної хвороби. У зв'язку з цим самостійна адаптація даної категорії хворих або адаптація зусиллями сім'ї неможлива. Крім того, для пацієнтів цієї групи характерна відсутність родичів або іншого близького оточення, внаслідок чого вони затримуються у стаціонарних лікувальних закладах. Такі пацієнти потребують мультидисциплінарного підходу з акцентом на кваліфіковану соціальну допомогу та сторонній догляд.

4. Майже у 50% досліджуваного контингенту строки госпіталізації перевищені. Серед причин довготривалого перебування у стаціонарі несприятливий перебіг захворювання займає лише 26%, тоді як останні 74% припадають на проблеми соціального характеру. Відсутність догляду вдома та місця проживання є найбільш поширеними причинами перевищення строків стаціонарного лікування для соціально дезадаптованих хворих з ознаками порушення самообслуговування (35%).

5. Варіативність ступеня соціальної дезадаптації потребує диференційованого підходу до заходів реабілітації. Якнайшвидше визначення ступеня уразливості соціального статусу та віднесення пацієнта до тієї чи іншої групи дає змогу раціонально застосовувати наявні ресурси медико-соціальної допомоги, підвищити доцільність тих чи інших реабілітаційних заходів, приблизити кінцеві цілі реабілітації через уникання непоказаних заходів.

6. Структурний аналіз досліджуваного контингенту дає змогу зробити висновок, що категорія пацієнтів (група Пб) із найбільш важким ступенем соціальної

дезадаптації (44%) є серйозним тягарем як для психіатричної служби, так і для суспільства взагалі. Не потребуючи активного стаціонарного лікування та не отримуючи кваліфікованої соціальної допомоги, ця категорія пацієнтів займає ліжко у психіатричному стаціонарі, доки психіатрична служба не вирішить їхні соціальні проблеми (найчастіше – це відновлення документів, інвалідизація та переведення до будинку-інтернату психоневрологічного профілю). У разі недостатності компетенції психіатричної служби для вирішення проблем соціального характеру, стаціонар фактично стає місцем постійного мешкання, іноді навіть з пропискою. За таких умов психіатричний стаціонар для цієї категорії пацієнтів являє собою «суспільний фільтр»: люди, що страждають на тяжкі психічні розлади та не спроможні самостійно жити, рано чи пізно ізолюються суспільством у психіатричних закладах. Таким чином, виникає потреба у кваліфікованому соціальному супроводі, починаючи з етапу стаціонарної психіатричної допомоги, та у формуванні принципу спадкоємності у співпраці закладів соціальної та психіатричної галузі.

Перспективи подальших досліджень

Аналіз вищенаведених даних вказує на першочергову необхідність поліпшення реабілітаційної допомоги у стаціонарних закладах психіатричного профілю, що потребує додаткового наукового вивчення та обґрунтування.

Список літератури

1. *Абрамов В. А.* Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами : рук. для врачей-психиатров, психологов и соц. работников / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. А. Ряполова. – Донецк : Каштан, 2006. – 268 с.
2. *Агарков В. І.* Методологічний аналіз і напрямки розвитку сучасних систем охорони здоров'я / В. І. Агарков, І. І. Грищенко, Г. К. Северин // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2006. – № 3. – С. 80–85.
3. *Біостатистика* / В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчій, М. В. Голубчиков [та ін.] ; за заг. ред. В. Ф. Москаленка. – К. : Книга плюс, 2009. – 184 с.
4. *Бондаренко Н. Б.* Социальная психиатрия. Нужны и возможны ли изменения существующей системы предоставления психиатрических услуг? / Н. Б. Бондаренко // Вестн. асоц. психиатров Украины. – 2010. – № 329. – С. 24–25.
5. *Голяченко А. О.* Економічна ефективність медичної реабілітації / А. О. Голяченко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2006. – № 4. – С. 81–85.
6. *Голяченко А. О.* Медична реабілітація в Україні: досягнення і проблеми / А. О. Голяченко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2007. – № 1. – С. 45–50.
7. *Европейский план действий по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения* : Принята на Европейской конференции ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья, Хельсинки, Финляндия, 12–15 янв. 2005 г. // Рос. психiatr. журн. – 2005. – № 4. – С. 62–70.
8. *Мак-Дайд Д.* Психиатрическая помощь. Ч. I : Основные вопросы организации психиатрической помощи в Европе / Д. Мак-Дайд. – Женева : Европ. регион. бюро ВОЗ от имени Европ. обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2005. – 15 с.

9. Мак-Дайд Д. Психиатрическая помощь. Ч. II : Реорганизация психиатрической помощи: роль стационаров и служб по месту жительства / Д. Мак-Дайд, Г. Торникрофт. — Женева : Европ. регион. бюро ВОЗ от имени Европ. обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2005. — 16 с.
10. Марценковский И. А. Приоритетные вопросы охраны психического здоровья. О результатах совещания европейских национальных координаторов психического здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ / И. А. Марценковский // *НейроNews*. Психоневрология и нейропсихиатрия. — 2010. — № 5. — С. 8–10.
11. *Організація суспільно орієнтованої психіатричної допомоги дорослому населенню України : зб. типових положень та інструкцій / за ред. Н. О. Марута, В. А. Демченко, В. В. Домбровська*. — К. : Харків, 2012. — 5 с.
12. *Охорона здоров'я України : проблеми та напрямки розвитку / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко [та ін.] // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. — 2011. — № 4. — С. 5–19.
13. Пінчук І. Я. Наукове обґрунтування стратегії якісно нової функціонально-організаційної системи психіатричної допомоги в межах проведення реформування системи охорони здоров'я в Донецькій області / І. Я. Пінчук // *Вестн. асоц. психіатрів України*. — 2011. — № 2. — С. 6–12.
14. *Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья : модуль / М. Funk, N. Drew, A. Flisher [et al.]*. — Женева : ВОЗ, 2003. — 52 с.
15. *Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group / М. Funk, N. Drew, M. Freeman [et al.]*. — Geneva : WHO, 2010. — 65 p.
16. *Realizing the millennium development goals for persons with disabilities through the implementation of the world programme of action concerning disabled persons and the convention on the rights of persons with disabilities (A/RES/63/150)*. Report of the Secretary-General. Sixty-third session of the General Assembly. — United Nations, 2008. — 15 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.10.2012 р.

Проблема переориентации услуг охраны психического здоровья с учетом социальных потребностей пациентов на этапе стационарной помощи

Н.В. Медведовская, А.К. Ладик-Брызгалова (Киев)

Освещена актуальная проблема социальной уязвимости людей, страдающих психическими расстройствами. Показана необходимость переориентации услуг охраны психического здоровья. Изучена структура потребности пациентов Городской психоневрологической больницы № 2 г. Донецка в услугах социального сопровождения. В зависимости от степени социальной адаптации, пациенты разделены на три группы. Предложенный в результате исследования дифференцированный подход в процессе реабилитации пациентов позволяет повысить эффективность существующих ресурсов медико-социальной помощи. Одной из ключевых задач в решении поставленной проблемы является повышение роли социальной помощи в лечебно-реабилитационном процессе. Прежде всего, необходимо привлечь квалифицированных специалистов по социальной работе, а также обеспечить междисциплинарное сотрудничество и преемственность в работе социальных и психиатрических учреждений.

Ключевые слова: социально ориентированная психиатрическая помощь, психиатрический стационар, социальная дезадаптация, потребности пациента.

The problem of reorientation mental health care based social needs of patients during hospital care

N.V. Medvedovska, A.K. Ladyk-Bryzgalova (Kyiv)

The article is devoted to the problems of the social vulnerability of people with mental disorders, and the urgent need to reorient mental health services. The author studied the structure of the needs of patients in Donetsk City Mental Hospital № 2 in the services of social support. In depending of the degree of social adaptation the patients were divided into three groups. Proposed by the study differentiated approach in the rehabilitation of patients can improve the efficiency of existing resources of health and social care. One of the key challenges in solving the problem, in author's opinion, is to increase the role of social assistance in the rehabilitation process. The priority measures to attract qualified professionals in social work, as well as providing an interdisciplinary collaboration and continuity in the work of social and mental health facilities are offered.

Key words: social-oriented mental health care, psychiatric hospital, social exclusion, patient's needs.

Рецензент: д. мед. н. І.Я. Пінчук.