**АЗЕРБАЙДЖАНСКАЯ РЕСПУБЛИКА**

*На правах рукописи*

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ**

**ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ**

Специальность: 3211.01 – Психиатрия

Отрасль науки: Медицина

# ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени

доктора наук

Соискатель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ доктор философии по медицине

**Агагасан Расул оглы Расулов**

Научный консультант:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ доктор наук по медицине, профессор

**Герай Чингиз оглы Герайбейли**

**Баку – 2021**

ОГЛАВЛЕНИЕ

|  |  |
| --- | --- |
| **Введение** | **4** |
| **I Глава. Вопросы организации психиатрической помощи** | **12** |
| 1.1. Исторический обзор развития услуг в области психического здоровья. | 12 |
| 1.2. Современные подходы к организации психиатрической помощи населению | 19 |
| 1.3. Система обеспечения качества помощи в области психического здоровья | 34 |
| 1.4. Развитие системы психического здоровья в Азербайджане | 40 |
| **II Глава. Материал и методы исследования** | **52** |
| 2.1. Место проведения исследования | 52 |
| 2.2. Субъекты исследования | 53 |
| 2.3. Инструменты исследования | 56 |
| 2.4. Источники данных | 61 |
| 2.5. Дизайн и структура исследования | 62 |
| 2.6. Статистическая обработка данных | 65 |
| **III Глава. Изучение стигмы, сопровождающей психические расстройства** | **67** |
| **IV Глава. Динамика основных показателей психиатрической помощи и кадрового обеспечения в системе психического здоровья** | **91** |
| 4.1. Анализ первичных обращений за амбулаторной психиатрической помощью | 93 |
| 4.2. Анализ первичных обращений за стационарной психиатрической помощью | 98 |
| 4.3. Вопросы кадрового обеспечения системы психического здоровья | 105 |
| **V ГЛАВА. Оценка качества помощи лицам, находящимся на длительном стационарном лечении** | **111** |
| 5.1. Тема 1. Право на достаточный жизненный уровень (Статья 28 КПИ). | 116 |
| 5.2. Тема 2. Право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья (Статья 25 КПИ) | 120 |
| 5.3. Тема 3. Право на реализацию своей правоспособности, право на свободу и личную неприкосновенность (Статьи 12 и 14 КПИ) | 124 |
| 5.4. Тема 4. Свобода от пыток и жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, от эксплуатации, насилия и надругательства (Статьи 15 и 16 КПИ) | 128 |
| 5.5. Тема 5. Право на самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество (Статья 19 КПИ) | 131 |
| **VI ГЛАВА. Исследование факторов влияющих на институционализацию больных хроническими психическими расстройствами** | **136** |
| **VII ГЛАВА. Рациональное использование лекарственных препаратов при оказании стационарной и амбулаторной помощи** | **157** |
| **VIII ГЛАВА. Анализ эффективности реабилитационных мероприятий в психиатрическом стационаре** | **179** |
| **IX ГЛАВА. Обсуждение полученных результатов** | **198** |
| **Выводы** | **222** |
| **Практические рекоммендации** | **225** |
| **Список использованной литературы** | **227** |
| **Приложения** | **257** |

**ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность проблемы.** Психическое здоровье является неотъемлемой частью общественного здоровья. Не случайно девизом Всемирной Организации Здравоохранения являются слова: «Нет здоровья без психического здоровья» [251]. Хорошее психическое здоровье и эффективная профилактика психических расстройств имеет огромное значение для развития любого государства и общества, включая социальное благополучие, экономическое благосостояние, безопасность, общее здоровье граждан и многое другое. На сегодняшний день около 450 млн. людей во всем мире страдают психическими расстройствами, что составляет 10% взрослого населения любой страны [117].

Кроме того, по данным oтчета Всемирной Оргонизации Здравоохранении, 25% населения в тот или иной период жизни испытывают проблемы с психическим здоровьем [282]. Уже сегодня психические расстройства составляют примерно 15% от всех экономических потерь, связанных со здоровьем [91]. К категории потерь следует отнести и нематериальные потери, связанные с эмоциональными переживаниями самих лиц с психическими расстройствами и их близких, снижение качества жизни и уменьшение времени на рекреационную деятельность.

В этой связи большую актуальность представляет изучение различных компонентов психиатрической помощи, таких как стационарное и амбулаторное лечение, психофармакотерапия, психосоциальная реабилитация, а так же факторов, влияющих на эффективность оказываемых услуг. Эти факторы включают отношение общества к людям, страдающим психическими заболеваниями, ресурсное и кадровое обеспечение психиатрических учреждений, нормативные, регулирующие предоставление помощи, а так же инновационные подходы и международное сотрудничество в области психического здоровья.

Важной проблемой для нашей страны является отсутствие эпидемиологических данных, касающихся распространенности психических расстройств, их выявляемости на уровне первичной и специализированной помощи, факторов, влияющих на обращаемость лиц с психическими расстройствами за помощью.

Возрастающая значимость вопросов психического здоровья диктует необходимость продолжения широкомасштабных реформ в этой области и совершенствования организации психиатрической помощи населению. Начало этим реформам в нашей стране было положено принятием нового закона о «Психиатрической Помощи» и Национальной Стратегии в области психического здоровья [3]. Важно отметить, что одной из приоритетных задач, включенных в Национальную стратегию, является создание эффективной системы управления психиатрической службой, что в очередной раз подчеркивает актуальность исследований, связанных с организационными аспектами психиатрической помощи.

**Объект исследования.** Лица, страдающие психическими расстройствами, находящиеся на стационарном или амбулаторном лечении; здоровые люди, выступившие в качестве респондентов; родственники больных; медицинский персонал психиатрических учреждений.

**Целью** **исследования** является изучение широкого круга вопросов, относящихся к организации помощи в сфере психического здоровья и определение путей для ее совершенствования.

**Задачи исследования**:

1. Определить факторы, участвующие в формировании социальной стигмы в отношении лиц, имеющих психические расстройства и установить корреляцию между этими факторами и социо-демографическими переменными.
2. Провести анализ динамики основных показателей психиатрической помощи и кадрового обеспечения психиатрических учреждений в контексте реализации Национальной Стратегии в области психического здоровья
3. Произвести оценку качества помощи лицам с длительными сроками госпитализации на предмет выполнения стандартов Конвенции ООН по правам инвалидов (в рамках международного проекта, посвященного пациентам с инвалидностью по психическому заболеванию, находящимся в психиатрических учреждениях Европейского региона ВОЗ).
4. Исследовать факторы, ассоциирующиеся с институционализацией больных тяжелыми психическими расстройствами, находящимися на длительном стационарном лечении
5. Изучить особенности назначения психотропных препаратов больным в системе стационарной и амбулаторной помощи для определения ее соответствия принципам доказательной медицины и принятым в стране клиническим протоколам.
6. Провести сравнительное исследование социальных и клинических показателей у стационарных больных в зависимости от их участия в психиатрической реабилитации.
7. На основе полученных данных разработать практические рекомендации по совершенствованию организации системы психиатрической помощи и повышению качества услуг лицам, страдающим психическими расстройствами.

**Методы исследования.** Современные психометрические методы (опросники и шкалы), метод глубинного интервью, различные исследовательские дизайны в сочетании с экспериментальными и качественными методами исследования.

**Основные положения диссертации, выносимые на защиту**

1. Отношение общества к лицам с психическими расстройствами определяется совокупным влиянием трех факторов: а) представлением о социальной компетентности психически больных; b) восприятием потенциальной общественной опасности, исходящей от пациентов; с) осознанием необходимости защиты гражданских прав лиц с психическими расстройствами.
2. Структура и основные показатели психиатрической помощи в Азербайджане соответствует уровню экономического развития страны и ее месту в классификации стран по уровню доходов Всемирного Банка.
3. Реформы, проводимые в области психического здоровья в Азербайджане, во многом позволили достичь стандартов, обозначенных в Конвенции ООН по правам инвалидов. Однако ряд важных вопросов, относящихся к стационарной помощи лицам с психическими нарушениями, требуют своего решения.
4. Предикторами институционализации являются социо-демографические характеристики больных (наличие жилья, источники дохода, количество родных и отношения с ними, доступ к помощи) и клинические показатели (длительность болезни, интервал между госпитализациями, резистентность к лечению), которые должны рассматриваться во взаимосвязи с развитием системы стационарной и амбулаторной помощи.
5. Менее затратная и более персонализированная медикаментозная терапия, проводимая в амбулаторных условиях, в большей степени соответствует принципам рационального использования психотропных препаратов и является предпочтительной альтернативой стационарного лечения.
6. Участие больных в программе психосоциальной реабилитации способствует не только обретению социальных навыков и улучшению функциональной адаптации, но и оказывает положительное влияние на продуктивную и негативную симптоматику
7. Являясь важным компонентом реабилитационного процесса, психоэдюкация позволяет сформировать критическое отношение к болезни, лучше осознавать свое поведение в обществе и поддерживать приверженность к лечению.

**Научная новизна работы.** Впервые в мире в рамках совместного проекта с Всемирной организацией здравоохранения по стационарной помощи взрослым с психическими формами инвалидности, находящихся в специализированных учреждениях, в Европейском регионе был апробирован набор методик «WHO Quality Rights Tool Kit».

Впервые в Азербайджане:

* проведено комплексное исследование организационных аспектов психиатрической помощи.
* проведено сочетание обсервационных (кросс-секционный и случай-контроль) исследовательских дизайнов с экспериментальными и качественными методами исследования.
* проведено исследование общественной стигмы в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами. Для проведения этой работы совместно с литовскими специалистами был создан оригинальный опросник по изучению отношения к пациентам.
* применены современные инструменты – Профиль жизненных навыков (Life Skills Profile, LSP-16), Национальная шкала исходов (Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS), Шкала Критики Бирчвуда (Birchwood Insight Scale, BIS), Опросник Отношения к Лекарствам (Drug Attitude Inventory, DAI), Опросник Социальных Знаний (Social Knowledge Questionnaire, SKQ).
* рассмотрены вопросы рационального использования лекарственных препаратов при оказании стационарной и амбулаторной помощи.
* произведена оценка эффективности программ психосоциальной реабилитации, которые находятся на стадии становления.

**Практическая значимость результатов исследования.** На основании полученных результатов по исследованию стигмы предложена трехфакторная модель, объясняющая отношение к лицам с психическими расстройствами в обществе. Данная модель позволяет повысить эффективность мероприятий по преодолению стигмы и дискриминации в отношении больных.

Исследование динамики основных показателей психиатрической помощи и кадрового обеспечения в системе психического здоровья позволило определить проблемные аспекты в организации услуг, которые нашли отражение в Национальной Стратегии в области психического здоровья. Одним из членов рабочей группы по созданию этого документа был автор настоящей диссертации.

Так же по результатам работы разработаны меры по обеспечению персоналом, которые вошли в Национальную Стратегию по развитию кадрового потенциала в области психического здоровья.

Совместно со специалистами ВОЗ была осуществлена оценка качества помощи лицам, находящимся на длительном стационарном лечении. Так же определены факторы, способствующие институционализации пациентов и предложены конкретные меры по их предотвращению, включая оптимальные сроки стационарного лечения, а так же действия по обеспечению преемственности помощи.

Полученные данные об использовании психотропных препаратов дают важную информацию о потребностях больных в контексте обеспечения лекарственными препаратами учреждений стационарной и амбулаторной помощи. Кроме того были определены процедуры мониторинга по определению соответствия лекарственных назначений принятым в стране клиническим протоколам.

Важным практическим итогом работы является оценка эффективности программы реабилитации больных, находящихся на стационарном лечении. В этой связи в работе рассмотрены вопросы практического применения шкал, оценивающих конечные результаты проводимых вмешательств.

**Апробация результатов исследования.** Основные положения и результаты данной диссертационной работы были доложены на: юбилейной конференции посвященной 80-летию Психиатрической Больницы № 1 МЗ АР (Баку, 2016); международном научном форуме по проблемам и перспективам современной науки и образования (Бостон, США, 2016); 26-м (Ницца, Франция, 2018) и 27-м (Варшава, Польша, 2019) Европейских Конгрессах по психиатрии; конференции по теме «Организация современной психиатрической помощи в психиатрических стационарах Азербайджана» (Баку, 2019); конференции, посвященной Всемирному дню психического здоровья по теме «Психическое здоровье: медицинские и общинные подходы к профилактике суицидов»; конгрессе, посвященном 90-летнему юбилею Азербайджанского медицинского университета (Баку, 2020).

Материалы диссертации обсуждены на заседании кафедры психиатрии АМУ (протокол № 2 от 11.03.2020); на научном семинаре при Диссертационном Совете ED 2.05 АМУ (протокол № 1 от 07.04.2021).

**Внедрение в практику.** Материалы диссертации нашли широкое применение в практической работы самой крупной больницы в Азербайджане – Психиатрической Больнице № 1 МЗ АР, а так же в Центре Психического Здоровья МЗ АР. Многие положения диссертации нашли отражение в принятой в стране Национальной Стратегии по психическому здоровью, в разработке которой в качестве члена рабочей группы участвовал сам автор диссертации.

**Место выполнения работы.** Работа выполнена на кафедре психиатрии АМУ, в Психиатрической больнице № 1 Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики, в Центре Психического Здоровья Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики, в психиатрических больницах гг. Сумгаита, Гянджи, Шеки, Ленкорани и Кубы.

Публикации. По теме диссертации опубликованы 22 научные работы, в том числе 19 статей (6 зарубежом), 3 тезиса зарубежом).

Объем и структура диссертации. Работа изложена на 269 страницах компьютерного текста (327 201 знаков) и состоит из введения (8 стр., 12350 знаков), обзора литературы (40 стр., 65589 знаков), главы материалов и методов исследования (15 стр., 26371 знаков), 7 глав собст­венных исследований и их обсуждения (155 стр., 212366 знаков), выводов (3 стр., 4817 знака), практических рекомендаций (2 стр., 3097 знака), спис­ка литературы (30 стр.) и приложений (13 стр.). Диссертация иллюстрирована 38 графиками, 3 схемами, содержит 33 таблицы. Список литературы включает 285 источников.

**I ГЛАВА**

**ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

**1.1. Исторический обзор развития услуг в области психического здоровья**

История психиатрии как медицинской специальности неотрывно связана с развитием организации услуг лицам, страдающим психическими расстройствами. Не случайно отправной точкой в создании системы психиатрической помощи считаются прогрессивные реформы Philippe Pinel во Франции, William Tuke и John Conolly в Англии, Vincenzo Chiarugi в Италии [72]. Хотя первые психиатрические больницы возникли на Ближнем Востоке в VIII веке и в Византии в Х веке, их создание, также как и создание специализированных больниц в Европе в XIV-XV веках, не оказывало значительного влияния на развитие психиатрии [173]. Лишь в конце XVIII века были предприняты реальные усилия, направленные на формирование отношения к психическим расстройствам как к медицинской проблеме и гумманизации психиатрической помощи. Естественно, речь в тот период могла идти только о внедрении стационарной помощи, как единственной альтернативе лечения психически больных. Уже в этот период наряду с доступными медицинскими методами лечения, можно обнаружить и зачатки реабилитации – трудотерапию и психотерапевтические вмешательства, проводившиеся в форме духовных диспутов с пациентами, которые были направлены на их адаптацию к жизни в обществе. В результате такого подхода количество выписывающихся из стационаров больных к началу XIX века достигало рекордных 60% [266].

Успешные примеры стационарной помощи явились основанием для активного строительства крупных психиатрических больниц в конце XIX –начале ХХ века [240]. В странах Северной Европы предпочтение отдавалось низкоэтажным квадратным постройкам, на юге Европы – преобладало строительство небольших одноэтажных коттеджей, а в США строились большие многоэтажные здания [35]. В СССР позже, чем в европейских странах, стали создаваться многокоечные больницы, располагавшиеся в пригородной зоне. Если в первые годы после открытия специализированные больницы отличались хорошими условиями содержания пациентов и хорошо обученным персоналом, то с течением времени качество стационарной помощи постепенно приходило в упадок. Одной из главных причин такого упадка являлось несовершенство или отсутствие законодательства в области психического здоровья, что приводило к большим проблемам в регулировании деятельности больниц. Кроме того, основное внимание уделялось строительству зданий, в то время как вопросы отбора персонала и обеспечение качества лечения выпадали из поля зрения органов здравоохранения. Увеличение количества госпитализаций и сроков лечения в стационарах приводило к переполненности больниц [224]. Теснота помещений, в свою очередь, обусловливала неуклонное ухудшение санитарно-гигиенических условий и эффективности вмешательств, поэтому основной акцент в оказании помощи сместился на удержание, изоляцию и надзор за пациентами. Первоначально заявленные принципы нестеснения и гуманного отношения к душевнобольным, сменили жёсткие меры воздействия, такие как фиксация к койке, «укутка» простынями, помещение в изолятор. Не менее суровыми были и методы лечения, включавшие электросудорожную терапию без анестезии и миорелаксации, инсулино-коматозную и пирогенную терапию, а так же психо-хирургические вмешательства. Атмосфера психиатрических больниц имела больше сходства с тюрьмами, чем с медицинскими учреждениями, а самые трагические последствия имели место в нацисткой Германии, где за период 1933-1945 гг. были уничтожены 200000 лиц, страдавших тяжелыми психическими расстройствами [232].

Примерно с середины 50-х годов отношение к оказанию психиатрической помощи стало меняться. Этому изменению способствовали три фактора, действовавшие независимо друг от друга. Первым фактором явилось открытие и широкое внедрение психотропных препаратов, что сделало возможным эффективное лечение больных с тяжелыми психическими расстройствами с последующей выпиской из стационара [49]. Одновременно, использование поддерживающего лечения новыми препаратами позволяло достичь длительной и стойкой ремиссии и избегать повторного стационирования.

Вторым фактором явилось движение за гражданские права и в частности за права лиц с психическими расстройствами, которое в некоторых случаях могло принимать форму антипсихиатрии. Правозащитники своими акциями стремились привлечь внимание общества к неадекватным условиям пребывания и лечения в психиатрических стационарах, делая акцент на многочисленных нарушениях основных прав человека в этих учреждениях [262].

Наконец, третий фактор был связан с экономической оценкой оказания психиатрической помощи, когда стало ясно, что затраты на содержание крупных психиатрических больниц поглощают большую часть бюджета здравоохранения, не принося при этом ожидаемых результатов.

К этим факторам можно добавить большое количество скандалов, критических статей, судебных исков, определенным образом способствовавших продвижению идей деинституциализации – широкомасштабного сокращения количества психиатрических коек, закрытию психиатрических стационаров и развитию [амбулаторных](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BC%D0%B1%D1%83%D0%BB%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%8F) форм помощи.

В контексте деинституциализации, в 1978 г в Италии был принят Закон 180 предусматривающий закрытие всех специализированных психиатрических больниц с передачей их функций общемедицинским стационарам или внебольничным учреждениям [[](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D1%86%D0%B0#cite_note-.D0.9E.D1.80.D0.B3.D0.B0.D0.BD.D0.B8.D0.B7.D0.B0.D1.86.D0.B8.D1.8F-5)51]. Аналогичные, хотя и менее радикальные законы были приняты и в других европейских странах, за исключением стран социалистического блока.

Параллельно с сокращением психиатрических больниц большое внимание стало уделяться развитию амбулаторных услуг. Хотя первые амбулаторные службы и отделения дневного типа были известны в середине 1930-х годов, их широкое внедрение в качестве альтернативы стационарной помощи приходится на начало 1970-х годов. Большое распространение получили учреждения полустационарного типа, в частности дневные стационары и «дома на полпути», профилированные для пациентов с различными заболеваниями и для разных возрастных групп.

В последней декаде ХХ века наметилась смена парадигмы в оказании психиатрической помощи, что явилось следствием внедрения философии постмодернизма, которая стала вытеснять системы, основанные на теории модернизма [155].

Если модернизму в применении к здравоохранению свойственны ясная медицинская модель, числовые показатели, рационализм и концептуальность, то для постмодернизма характерны ориентация на потребности, плюрализм, принципиальное отсутствие какой-либо модели и спокойное отношение к неопределённости. Целями психиатрии в эпоху модернизма являлось лечение больных, в результате которого обеспечивались бы устранение симптомов болезни [160]. Психиатрия, основанная на постмодернизме, ставит иную задачу – достижения максимально возможного качества жизни больных в своем социальном окружении. В этой связи показательна смена терминологии, которая после II-ой мировой войны была связана с военной тематикой – *медицинский персонал, врачебная тактика, арсенал психофармакологии, стратегия лечения*. В эпоху постмодернизма терминология больше основывается на лексике бизнес сообщества – *провайдер помощи, управление качеством, кейз-менеджмент*, *командная работа, лидерство,* даже пациенты и члены их семей именуются *клиентами* или *пользователями услуг* [239].

В связи с указанными целями психиатрической помощи практически все экономически развитые страны прошли этап масштабной реформы, направленной на создании новых видов услуг в соответствии с разнообразными интересами различных групп населения. Кроме пациентов и специалистов, оказывающих им помощь, в области психического здоровья на передний план выходят другие акторы [165], к которым относятся правительственные структуры, осуществляющие контроль над оказанием медицинской помощи; финансовые организации, заинтересованные в эффективности затрат на лечение, общественные институты, выступающие в защиту прав лиц с психическими заболеваниями; фармацевтические компании, лоббирующие внедрение новых препаратов; родные и близкие больных, стремящиеся обеспечить наилучшую помощь. В качестве компромисса между различными приоритетами были выработаны два тренда - интеграция психиатрических услуг в систему общемедицинской помощи и создание общественно-ориентированных (*community-based*) видов помощи.

Говоря об интеграции психиатрической и общемедицинской помощи, речь идет об оказании услуг в области психического здоровья в системе первичной помощи и о лечении лиц с психическими расстройствами в больницах общего профиля. В совместной публикации ВОЗ и Всемирной Организации Семейных Врачей приводятся 7 основных причин необходимости развития психиатрической помощи в системе первичного здравоохранения [267]:

1. Огромное бремя для общества, связанное с психическими расстройствами, приводящее к значительным эконмическим и социальным потерям
2. Взаимное влияние проблем психического и физического здоровья, наблюдающееся у многих людей.
3. Большой разрыв между распространенностью психических расстройств и количеством людей, получающих помощь
4. Облегчение доступа к услугам в области психического здоровья, благодаря приближенности первичного здравоохранения к месту жительства
5. Содействие защите прав человека за счет снижения стигмы и дискриминации, которые присутствуют в специализированных учреждениях
6. Уменьшение затрат на услуги в области психического здоровья, включая непрямые затраты, связанные с транспортировкой и проживанием
7. Лучшие конечные результаты помощи, особенно если система первичного здравоохранения имеет хорошие связи с системой специализированной помощи.

Таким образом, развитие психиатрической помощи на уровне первичного здравоохранения способно в значительной мере решать задачи лечения и профилактики психических расстройств, предоставляя доступные и эффективные вмешательства.

Вторым аспектом интеграции психиатрической помощи в систему психического здоровья является открытие психиатрических отделений в больницах общего профиля. Среди аргументов, обосновывающих необходимость развития интегрированного подхода, некоторыми авторами приводятся следующие [162]:

1. От 30 до 80% стационарных больных терапевтических и хирургических отделений могут иметь проблемы с психическим здоровьем, в то же время распространенность соматических болезней у лиц, нуждающихся в стационарной психиатрической помощи в 3 раза выше, чем у остальной части населения.
2. Лечение в психиатрическом отделении больницы общего профиля позволяет снизить среднюю длительность стационирования с 30 до 7-10 дней
3. Интеграция помощи позволяет существенно уменьшить затраты на использование медицинских сервисов, включая лабораторные тесты, зарплату персонала, лекарственное обеспечение и пр.
4. Лечение психических расстройств в стационарах общего профиля, содержащее инновационный подход, способствует большей мотивации врачей и персонала, а так же развитию партнерства с представителями других медицинских специальностей
5. В больницах общего профиля имеется гораздо больше возможностей обеспечения прав и интересов больных, включая минимальное влияние стигмы.
6. Доступ к комплексной помощи обеспечивает лучшее качество лечения и лучшее качество жизни больных страдающих психическими расстройствами

В развитых странах больницы общего профиля предоставляют широкий спектр терапевтической, образовательной и исследовательской деятельности и включают не только традиционные стационарные и полустационарные виды помощи, но и высокоспециализированные программы в области геронтологии, расстройств пищевого поведения, аффективной и личностной патологии [53, 107].

Другим трендом является развитие системы внебольничных учреждений, оказывающих широкий спектр услуг, соответствующий разнообразным потребностям в области психического здоровья. К таким учреждениям можно отнести кризисные центры, дневные стационары, центры раннего вмешательства при психозах, центры реабилитации, а так же службы жилищного обеспечения, занятости, клубные дома и группы поддержки. В отличие от традиционных психиатрических учреждений, эти службы сконцентрированы не столько на лекарственном лечении, хотя во многих случаях такое лечение включено в программу помощи, сколько на развитии у больных навыков автономного проживания и интеграцию их в обществе.

Опыт развитых стран показывает, что внедрение новых сервисов значительно повышает такие показатели как доступность, результативность, экономичность помощи, способствуя ее всесторонности, координации и преемственности [58].

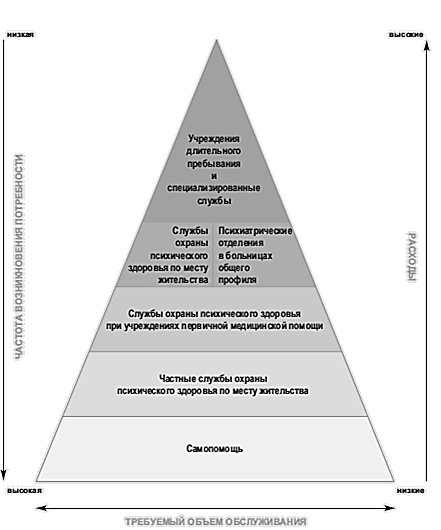
**1.2. Современные подходы к организации психиатрической помощи населению**

На сегодняшний день существует огромное количество доказательств, что психические расстройства представляют собой ведущие причины заболеваемости, инвалидности, преждевременной смертности, которые составляют существенный процент в таких показателях как число лет, скорректированных на инвалидность (disability-adjusted life years DALYs) и число лет, прожитых с инвалидностью (years lived with disability YLDs) [176].

Согласно статистике ВОЗ в любой отдельно взятый момент времени около 10% взрослого населения любой страны страдает одним из психических расстройств, а 25% переживает психическое расстройство в какой-то период своей жизни [14].

В этой связи во многих странах мира прилагаются значительные усилия по созданию наиболее эффективных моделей в оказании психиатрической помощи, призванные не только заменить устаревшие институциональные формы помощи, но и предоставлять оптимальный набор услуг, отвечающий изменяющимся запросам населения.

В 2006 экспертами ВОЗ была предложена концепция оптимального набора услуг, представляющая собой многоуровневую пирамиду, которая предполагает, что ни один вид услуг в отдельности не может полностью удовлетворить потребности в области психического здоровья у всех лиц, нуждающихся в помощи [9]. В основании пирамиды ВОЗ лежит самопомощь, к ней относиться помощь, которую может оказать себе сам человек или его близкие. На следующем уровне находится неформальная помощь, предоставляемая в рамках сообщества, она включает помощь людей, которые не относятся к официальной системе здравоохранения, но могут эффективно решать различные проблемы психического здоровья (например, школьные педагоги и психологи, общественные организации, муниципальные службы и пр.) (схема 1.2.1).



**Схема 1.2.1. Оптимальное сочетание типов психиатрических услуг [13].**

Следующий уровень предоставляет услуги в системе первичного здравоохранения, за ним следует уровень помощи в больницах общего профиля и во внебольничных учреждениях психического здоровья. На вершине пирамиды находятся лечение в специализированных психиатрических больницах и высокоспецифичные программы помощи особым категориям пациентам (например, больным, проходящим судебно-психиатрическую экспертизу или находящимся на принудительном лечении). Важно отметить, что концепция оптимального набора услуг позволяет существенно снизить материальные затраты и нагрузку на традиционные психиатрические службы.

С 1970-х годов ВОЗ начала работу по разработке и распространению принципов деинституциализации и включения их в функции общественного здравоохранения. Одной из важнейших задач в этом направлении является создание оптимальных условий для людей, страдающих тяжелыми хроническими психическими расстройствами. Это подразумевает предельное слияние этих людей с окружающей средой, где основным коэффициентом оценки оказанной психиатрической помощи, является качество жизни человека, получавшего соответствующее лечение. Деинституционализация осуществляется с использованием таких процессов, как: 1) сокращение коек в психиатрических больницах и закрытие самих больниц; 2) оказание психиатрической помощи в больницах общего профиля; 3) ограничение числа поступлений в психиатрические больницы и сроков пребывания в них; 4) преобразование услуг в психиатрических больницах в услуги реабилитационного профиля [222].

Рассматривая эффект от деинституциализации, которую прошли многие страны, следует отметить, что ее итоги неоднозначны и во многом определяются такими факторами как национальные традиции, социально-экономические особенности и уровень ресурсов [100]. В частности, стационарная помощь до сих пор может рассматриваться как основной вид помощи, поскольку многие пациенты, особенно страдающие острыми психотическими состояниями и не имеющие адекватной поддержки, не могут воспользоваться преимуществами новых видов услуг, и вынуждены получать стандартное лечение в психиатрических больницах [180]. Кроме того, сокращение коечного фонда психиатрических стационаров во многих европейских странах привело к параллельному увеличению мест в судебно-психиатрических учреждениях и в учреждениях для длительного пребывания. Этот феномен получил название «ре-институциализация», означающий перевод больных с длительными сроками госпитализации в другие институциональные учреждения [217].

Традиционно институционализация в психиатрии ассоциируется со «стенами и решетками» стационаров, в которых находятся пациенты с психическими расстройствами [202]. Эта аналогия призванная акцентировать внимание на изоляции больных, в настоящее время теряет свою актуальность. Как показывают исследования, современные стационары редко имеют физические ограничения в виде стен и решеток для удержания пациентов и отгораживания их от остального мира [139].

Второе определение институционализации исходит из перечня нормативных актов, регламентирующих предоставление помощи, ограничивающей автономию больных. Так, несмотря на отсутствие физических препятствий в виде «стен и решеток», во многих стационарах действуют ограничения, призванные обеспечить безопасность внутри стационаров [246]. Например, многие стационары в Англии, и практически все психиатрические отделения в Швеции и Германии, используют систему «закрытых дверей», которая ограничивает возможность пациента самостоятельно покинуть пределы больницы [63, 118, 152].

Еще одно определение институционализации включает в себя патернализм в отношениях персонал-пациенты. Даже самые прогрессивные службы психического здоровья используют патерналистский подход, работая с пациентами, не способными принимать самостоятельные решения [146]. Нередко можно наблюдать ограничение автономии пациентов со стороны персонала в учреждениях, предоставляющих интенсивное лечение [203].

Наконец, под институционализацией понимают изменение поведения больных, находящихся на длительном стационарном лечении. Впервые термин «госпитализм» был введен в 1950-х годах для описания синдрома нарушенного личностного функционирования, развивающегося при продолжительном пребывании в психиатрических больницах [264]. Такие пациенты даже после выписки испытывали трудности в адаптации к самостоятельной жизни и имели слабые связи с окружающими. В этом аспекте деинституционализация дает огромные результаты, поскольку способствует улучшению автономии и позволяет человеку найти свое место в обществе. Наконец, самым большим достижением деинституциализации является улучшение защиты прав пациентов, снижение стигмы и дискриминации, что становиться главным направлением в развитии системы охраны психического здоровья.

Декларация ООН о Защите Прав Человека [22], Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН по защите прав лиц с психическими заболеваниями и улучшении помощи в области психического здоровья [26], Руководство ВОЗ по защите человеческих прав лиц с психическими расстройствами [269], Мадридская Декларация Всемирной Психиатрической Ассоциации [281] обязывают государства ценить, беречь и принимать участие в жизни людей с психическими расстройствами. Концептуальные положения, заложенные в этих документах, определяют конкретные действия государств, направленные на защиту прав человека в области психического здоровья, создавая условия для жизни, лечения и реабилитации людей, страдающих психическими расстройствами.

Особая роль среди этих международных документов принадлежит принятой в 2006 г Конвенции ООН по Правам Инвалидов [23], которая является первым документам по правам человека, принятым в XXI веке. Принятие данной конвенции подчеркивает тот факт, что предыдущие документы не обеспечивали в полной мере защиту людей, живущих с инвалидностью, особенно если инвалидность вызвана психическими расстройствами. Здесь важно отметить, что в сравнении с другими заболеваниями инвалидность, при психических расстройствах составляет 30-40% [66], таким образом, эти расстройства представляют собой самый масштабный источник ограничения возможностей людей [45]. Хотя КПИ не создает новые права, в этой конвенции нашли отражение принципы отказа от дискриминации, развития автономии и включенности в жизнь общества, которые создают условия для проведения новой политики в области психического здоровья.

Касаясь прав непосредственно лиц с психическими заболеваниями наибольшее значение имеют следующие:

* Право на наивысший достижимый уровень физического и психического благополучия
* Право на самостоятельный образ жизни и интеграцию в обществе
* Право на равенство перед законом
* Свобода от пыток или жестких, унижающих человеческое достоинство форм обращения и наказания
* Свобода от всех видов дискриминации ( в сфере образования, трудоустройства, медицинской помощи, гражданских прав)

Международное признание этих прав, закрепленных в КПИ, знаменует смену парадигмы от медицинской модели с доминированием профессионалов к социальной модели, учитывающей мнение пользователей услуг в области психического здоровья.

Имеется целый ряд аргументов в пользу социальной модели и активного участия пользователей в процессе оказания им помощи [235]. Во-первых, пользователи являются лучшими экспертами своей болезни и потребностей в помощи. Их индивидуальный опыт не менее ценен, чем знания и навыки специалистов высокой квалификации. Хотя их мнение может отличаться от мнения специалистов, они могут предоставлять последним важные сведения о качестве и эффективности услуг. Во-вторых, пользователи могут предоставлять альтернативные точки зрения на психическое здоровье и болезни, дополняя их своим личным видением. В-третьих, участие потребителей само по себе производит терапевтический эффект, развивает новые навыки и способствует лучшей социальной интеграции.

В настоящее время движение пользователей услугами в области психического здоровья завоевывает все большую признательность со стороны профессионального сообщества [102]. Начавшись как разрозненные группы взаимопомощи, движение пользователей развилось в крупные организации, подучившие общественное признание и внимание со стороны политиков и организаторов здравоохранения. Основной характеристикой этих организаций является то, что в органы их управления входят сами пациенты или члены их семей. Хотя многие организации имеют юридический статус общественной организации, они часто принимают участие в разработке политики в области психического здоровья, планировании услуг, оценке оказываемой помощи, а так же в исследованиях и образовательных программах [99].

С началом XXI-го века большое распространение получила концепция выздоровления людей с психическими расстройствами. До недавнего времени считалось, что люди, страдающие тяжелыми психическими расстройствами, не поддаются полному излечению и у них невозможно достичь выздоровления. Это положение являлось аргументом в пользу институциализации и сегрегации больных [52]. Естественно, такого рода аргументы имели крайне негативные последствия в плане усиления стигмы и дискриминации психически больных [32]. На сегодняшний день имеются многочисленные доказательства, что люди, получающие адекватное лечение и психосоциальную помощь, могут выздоравливать [41, 84]. Здесь, уместно рассмотреть определение выздоровления, сформулированное Anthony, который в 1993 году писал: «Выздоровление – глубоко личностный, уникальный процесс изменения своих отношений, ценностей, чувств, целей, навыков и роли. Это способ жить удовлетворяющей, полной надежды и приносящей пользу другим жизнью, даже при наличии ограничений, вызванных болезнью; этот способ жить включает также разработку нового смысла и цели в жизни человека по мере того, как он преодолевает катастрофическое влияние психической болезни» [44, p. 11].

На сегодняшний день существует несколько различных подходов к пониманию выздоровления. Первый – медицинский подход – отражает понимание выздоровления по аналогии с соматическими болезнями, т.е. возвращение к предшествовавшему болезни состоянию здоровья [225]. В соответствии с таким подходом, психические болезни, являются следствием нарушенных биохимических процессов в ЦНС, поэтому восстановление нормальной деятельности мозга и устранение симптомов болезни является признаком выздоровления [205]. Критика данного подхода заключается в том, что многие пациенты не могут считать себя выздоровевшими даже при отсутствии симптомов заболевания [37, 71].

Второй подход реабилитационны – рассматривает выздоровление как способность человека нормально жить, несмотря на ограничения, которые накладывает болезнь и ее последствия [218]. Он связан со способностью человека самому определять свои цели в жизни и совместно с другими людьми находить способы для их достижения [209]. Согласно второму подходу компонентами реабилитации являются:

*Индивидуальная ответственность* – способность принять контроль над своим поведением, извлекать уроки из своего опыта и опыта других людей, делать правильный выбор в принятии решений, включая решения, связанные со своим лечением [121].

*Принятие* – признание своей болезни является основным элементом в процессе выздоровления, который позволяет восстановить чувство само-идентичности, адаптироваться к тем ограничениям, которые накладывает болезнь [183].

*Надежда* – рациональный оптимизм в отношении будущего и вера в возможность выздоровления, которые являются противоположностью чувству безнадежности [135].

*Позитивное восприятия собственной личности* – понимание ценности своих взглядов и устремлений вне зависимости от наличия психического расстройства [87].

*Сотрудничество* – рассматривается как взаимодействие с другими людьми, направленное на удовлетворение потребностей и решение проблем.

Анализ исследований, посвященных процессу выздоровления, выявил пять стадий, которые включают: 1) отрицание возможности выздоровления, 2) осознание, что оно может быть достигнуто при определенных условиях, 3) подготовка, связанная с обретением необходимых навыков, 4) перестройка, подразумевающая пересмотр жизненных целей и взятие контроля над своей жизнью, 5) личностный рост [227].

При этом препятствиями на пути к выздоровлению могут быть само-стигматизация, ухудшение течения болезни, побочное действие лекарств, недостаточная семейная и социальная поддержка [242].

Важным фактором для выздоровления является всесторонняя помощь, которая основана на мультидисциплинарном командном подходе.

На сегодняшний день во многих государствах созданы мульти-дисциплинарные команды, которые обслуживают до 90% населения европейских стран [69]. Мультидисциплинарная команда (МДК) состоит из специалистов, представляющих различные профессии, которые оказывают специализированную помощь в зоне своего обслуживания. Зоной обслуживания может быть определенная территория или психиатрическое учреждение. Последние годы МДК все чаще и чаще прикрепляются к учреждениям первичной помощи, что обеспечивает их хорошую координацию с другими медицинскими специальностями [68].

По мнению специалистов в этой области, мультидисциплинарная командная работа возникает тогда, когда представители различных дисциплин, занимающихся лечением одних и тех же пациентов, начинают регулярно встречаться друг с другом [40]. Эти встречи нужны не только для распределения обязанностей, в большей степени они способствуют принятию совместных решений и формированию общей ответственности за их осуществление. Благодаря им понимание проблем пациента становиться многогранным и отражающим различные аспекты помощи, а связь пациента осуществляется не с одним, а с целой группой специалистов, привносящих в лечение свои профессиональные и личные навыки. Важно отметить, что силу любой МДК составляют профессиональные и индивидуальные различия специалистов. Кроме того, люди совершают меньше ошибок, когда работают в команде. Например, при индивидуальной работе специалист зачастую развивает зависимость у пациента, тогда как работа МДК строится на основе того, что бы пациент не был зависим только от одного человека [211].

Таким образом, МДК имеют две взаимосвязанные задачи – решение клинических вопросов и развитие навыков командной деятельности. Существуют шесть признаков, которыми можно охарактеризовать команду и которые включают дополняющие друг друга навыки, взаимосвязанные задания, четко понимаемые роли, общую конечную цель, совместное решение проблем, взаимную подотчетность.

К основным преимуществам МДК относятся сплоченность членов команды, многообразие профессиональных навыков, хорошая координация работы, способность решать сложные задачи [215]. Члены МДК, как правило, в большей степени удовлетворены работой и демонстрируют более высокий профессиональный рост, чем их коллеги работающие на индивидуальной основе. Так же они в большей степени чувствуют себя в безопасности и отмечают более уважительное отношение к себе. Для пациентов явными преимуществами МДК являются доступность специалистов, комплексность помощи, преемственность услуг, а так же их эффективность и инновационность. Многочисленные исследования показывают, что пациенты гораздо чаще испытывают удовлетворенность услугами МДК, чем лечением у индивидуально работающих специалистов.

Оптимальное количество членов МДК определяется как 8-12 человек, что гарантирует наличие разнообразных профессиональных знаний и хорошее знакомство друг с другом. Команды размером больше 14 человек бывают очень громоздки и поэтому всегда разделяются на подгруппы. Команды в количестве менее 6 человек обычно нежизнеспособны, поскольку часть членов всегда отсутствует вследствие участия в тренингах, отпусков или по болезни [88].

Обычно в состав МДК входят врач-психиатр, клинический психолог, медсестра с опытом работы в психиатрии, социальный работник, специалист по реабилитации, специалист по занятости, инструктор по трудотерапии, специалист по семейным вопросам. В некоторых командах предусмотрена должность администратора/менеджера, который занимается решением организационных вопросов.

Последние годы имеет место тенденция привлекать в команды членов, не имеющих профессионального образования, но готовых работать с людьми, страдающими тяжелыми психическими расстройствами. Во многих командах работают бывшие пациенты, члены семей больных и волонтеры.

В общую деятельность всех членов МДК входит:

* Совместные встречи не менее одного раза в неделю
* Совместное обследование пациентов
* Оценка потребностей в разных жизненных сферах
* Составление плана помощи
* Оценка риска для пациента и его окружения
* Распределение обязанностей
* Работа с семьями
* Сотрудничество с системой первичной и специализированной помощью

Естественно, кроме общей деятельности члены МДК в разной степени бывают вовлечены в оказание различных видов помощи. В таблице 1.2.1 показана вовлеченность разных членов команды в предоставление услуг [161]. Наряду с непосредственными контактами с пациентами, важную часть работу МДК составляет делопроизводство.

Основным документом МДК является план помощи, который включает: описание потребностей пациента, вмешательства направленные на их удовлетворение, лиц ответственных за их осуществление, подписи ответственных лиц и срок, в который они должны быть исполнены.

**Таблица 1.2.1**

**Степень вовлеченности в оказание различных видов помощи у разных специалистов**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Область знаний** | **Психиатр** | **Психолог** | **Соцработник** | **Медсестра** | **Реабилитолог** | **Кейз-менеджер** | **Семейный консультант** | **Волонтер** | **Специалист по занятости** | **Инструктор по трудотерапии** |
| Диагностика | \*\*\*\* | \*\*\* | \* | \* | - | \* | \* | - | \* | - |
| Мониторинг симптомов | \*\*\*\* | \*\*\* | \* | \*\*\* | \* | \*\* | - | \* | \*\* | \*\* |
| Вмешательство в кризис | \*\*\*\* | \*\*\*\* | \*\* | \*\*\*\* | - | \*\*\*\* | \* | \*\* | \*\* | - |
| Вовлечение б-го в лечение | \*\* | \*\* | \*\* | \*\* | \* | \*\*\*\* | \*\* | \*\*\*\* | \*\*\*\* | \*\*\*\* |
| Мотивационное консультирование | \* | \*\*\* | \*\* | - | \*\* | \* | - | \*\*\* | \*\*\*\* | \*\* |
| Функциональное обследование | \* | \*\*\*\* | \*\* | - | \*\*\*\* | \* | - | \* | \*\*\* | \*\* |
| Фармакотерапия | \*\*\*\* | \*\* | - | \*\* | - | \* | \* | \*\* | \*\* | \* |
| Работа с семьей | \*\* | \*\*\* | \*\*\*\* | \* | - | \* | \*\*\*\* | \* | - | - |
| Информирование о ПЗ | \*\*\* | \*\*\*\* | \* | \*\*\* | \*\* | \*\* | \* | - | - | - |
| Развитие навыков | \* | \*\*\*\* | \*\* | \* | \*\*\* | \*\* | - | \* | \*\* | \*\*\* |
| Психотерапия | \*\*\* | \*\*\*\* | \* | - | - | - | - | - | - | - |
| Поддержка в работе | - | \*\*\*\* | \*\* | - | \*\* | \* | - | \* | \*\*\*\* | \*\*\*\* |
| Ассертивная помощь | \* | \* | \*\*\* | \*\* | - | \*\*\*\* | \* | \*\*\*\* | \* | \* |
| Руководство МДК | \*\* | \*\* | \*\* | \*\* | - | - | - | - | - | - |
| Составление программ | \*\* | \*\* | \*\* | \* | \* | - | - | - | \* | - |

Прим.: - не участвует, \*минимальное участие, \*\*низкое участие, \*\*\*среднее участие, \*\*\*\*наибольшее участие

Так же различными специалистами, входящими в МДК, используются оценочные инструменты – клинические шкалы, опросники, тесты для определения социальной адаптации. Важными инструментами являются протоколы для специалистов, описывающие методы работы и стандарты помощи. Дополнительная документация включает формы оценки риска, направления к другим организациям, а так же графики встреч с пациентами.

Наибольшее распространение получили *недифференцированные МДК*, целью которых является оказание комплексной помощи всем пациентам, проживающим в зоне их обслуживания (одна команда обслуживает территорию 30-50 тыс. населения). Несмотря на свою открытость, этот тип команд при отборе пользователей применяет некоторые критерии включения и исключения. Например, ими обслуживаются лица от 18 до 60 лет – пациенты трудоспособного возраста, страдающие тяжелыми и хроническими психическими расстройствами. Регулярные обследования каждого пациента проводятся в среднем 1 раз в 4 недели, а в экстренных случаях – 1 раз в течение недели. В случае развития кризисного состояния обследования могут проводиться ежедневно [88]. Оптимальное число пациентов, обслуживаемых одной недифференцированной командой, составляет 250-350 чел, а индивидуальная нагрузка на члена команды, ответственного за ведение пациента – 35 чел. Собрания проводятся регулярно 1-2 раза в неделю, а время, затрачиваемое на обсуждение проблемы одного пациента, обычно не превышает 15-20 мин.

С целью улучшения помощи наиболее тяжелым пациентам стали создаваться команды *ассертивной помощи*, призванные предотвратить повторные госпитализации, обеспечить пациентов материальными ресурсами, развить у них навыки адаптации и мотивацию на достижение определенных целей, а так же освободить пациентов от патологически зависимых отношений. Контингентом команд ассертивной помощи являются психотические больные, труднодоступные больные (без определенного места жительства), пациенты «вращающихся дверей» (часто поступающие в больницы), а так же т.н. «трудные» пациенты (употребляющие психоактивные вещества, утратившие социальные и родственные связи и т.д.) [158]. Естественно, в связи со сложностью работы с данным контингентом и необходимостью обеспечения доступа к помощи 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, ассертивные команды имеют относительно малую нагрузку на специалиста (1 член команды на 10 пациентов). Одна команда обслуживает 200 тыс. населения и имеет нагрузку 100 пациентов на команду. В структуру помощи этих команд входят интенсивное динамическое наблюдение, высокая частота контактов (еженедельно или ежедневно), помощь по месту жительства, обеспечение медикаментами, акцент на поддержание лечебного режима, помощь семьям и близким, поддержание связь с другими службами.

Еще одним типом МДК являются команды *кризисного вмешательства*, ответственные за предотвращение суицидов, профилактику насилия, обеспечение безопасного окружения и содействие разрешению кризиса. Соответственно контингентом этих бригад являются пациенты с ПТСР, больные тяжелой депрессией с суицидальными проявлениями, жертвы насилия, пациенты с транзиторными (реактивными) психозами и проблемами в межличностных отношениях. Обычно одна кризисная команда обслуживает 150.000 населения, в среднем на команду приходится 20-30 пациентов. Помощь оказывается круглосуточно 7 дней в неделю. Члены кризисной команды устанавливают очень интенсивные контакты не менее одного раза в день с каждым пациентом. Услуги, оказываемые этими командами, включают кризисное вмешательство и интенсивную поддержку, работу с членами семьи пациента, телефонное консультирование, краткосрочную госпитализацию, экстренную медикаментозную помощь, мониторинг физического здоровья и юридическую помощь.

МДК по *раннему вмешательству* по разнообразию своей структуры и функций в большей степени отличаются друг от друга, чем какие-либо другие команды [95]. Обычно одна команда обслуживает территорию от 250 тыс. до одного миллиона населения и в один период времени оказывает услуги 200-300 пользователей, т.е. нагрузка на одного члена команды составляет 30 пациентов. Общей характеристикой МДК раннего вмешательства являются ориентация на лиц молодого возраста (от 14 до 35 лет) с продромальными симптомами или первым эпизодом психотического расстройства, наличие неопределенного диагноза, лечение, проводимое в наименее ограничительных и стигматизирующих условиях, акцент на поддержании социальной роли и ориентация на семью. Кроме того, некоторые МДК раннего вмешательства работают с группами высокого риска, который определяется наличием наследственной отягощенности и снижением социальной адаптации за последние 12 мес. или субклиническими симптомами шизофрении или кратковременными психотическими эпизодми. Исходя из различий в понимании задач раннего вмешательства, эти МДК делятся на команды раннего выявления, команды продромального лечения и команды лечения первого эпизода. Длительность работы с пациентами, получающими помощь по программе раннего вмешательства, варьирует от 1 до 5 лет, в среднем составляет 3 года. Компонентами помощи МДК раннего вмешательства являются комплексное психиатрическое и психосоциальное обследование пациентов, проведение когнитивно-поведенческой терапии и нейро-когнитивной коррекции, лечение малыми дозами нейролептиков, краткосрочные госпитализации и координацию с другими секторами (система социальной помощи, образования, здравоохранения). Важной частью работы является повышение информированности самих пациентов и членов их семей, а так же обучение распознаванию ранних признаков обострения.

Кроме описанных выше команд существуют МДК имеющие специфические задачи и оказывающие помощь определенным контингентам со специальными потребностями. К этим командам относятся гериатрические, детские/ подростковые, судебно-психиатрические типы команд, а так же МДК по отдельным патологиям (например, расстройства пищевого поведения, психосоматические болезни, расстройства личности).

**1.3. Система обеспечения качества помощи в области психического здоровья**

Процесс управления качеством в области психического здоровья достаточно проблематичен, поскольку даже с чисто методической точки зрения достаточно трудно совместить исходные составляющие помощи, промежуточные показатели и ее конечные результаты. Ситуация осложняется и еще и тем, что данные относящиеся к ресурсам, процессу оказания помощи и ее конечным результатам имеет разные уровни – идивидуальный уровень, уровень учреждения/зоны обслуживания и популяционный уровень.

В таблице 1.3.1 показана разработанная Торникрофт Г., Танселла М. матричная модель охраны психического здоровья, которая адаптирована нами исходя из условий Азербайджана [34].

К сожалению, на сегодняшний день оценка качества оказываемой помощи в нашей стране производится не на основе фазы конечных результатов, а на основе фазы вложения или же фазы процесса. Является очевидным тот факт, что увеличение или сокращение количества учреждений, так же как увеличение или сокращение показателей работы койки, не обязательно приведет к сокращению инвалидности среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами или их удовлетворенности качеством оказываемых услуг. В тоже время, нормальное обеспечение ресурсами и правильное их использование является необходимым, хотя и не единственным, условием для достижения положительных конечных результатов.

В связи с большим разрывом между потребностями в области психического здоровья и доступными видами услуг ВОЗ в 2008 была принята специальная программа mhGAP, обеспечивающая лиц ответственных за организацию психиатрической службы ясными и всесторонними рекомендациями, направленными на расширение помощи лицам с психическими расстройствами [279]. Основной целью данной программы входит стимулирование всех заинтересованных сторон к увеличению материальных и человеческих ресурсов для достижения широкого охвата психиатрической помощью в странах с низкими и средними доходами, в которых психические расстройства составляют значительную часть общего бремени болезней.

**Таблица 1.3.1**

**Матричная модель помощи в области психического здоровья**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Уровень помощи** | **Фазы помощи** | | |
| **Структура** | **Процесс** | **Конечные**  **результаты** |
| **Популяционный** | Законодательство  Финансирование  Кадровые ресурсы  Количество учреждений  Инструкции и протоколы  Социальный ресурс | Образование специалистов  Число выявленных больных  Число госпитализаций  Занятость койки  Недобровольное лечение  Инновации | Число суицидов  Число правонарушений  Число инвалидов  Экономические потери  Уровень бедности  Права больных |
| **Учреждение** | Бюджет  Материальное оснащение  Кадровое обеспечение  Виды услуг  Лекарственные средства  Число мест/охват населения | Длительность госпитализаций  Число обслуженных больных  Число оказанных услуг  Соответствие стандартам  Контакты с другими службами  Мониторинг помощи | Длительность ремиссии  Повторные обращения  Удовлетворение  Физическое здоровье  Функционирование  Данные опросов |
| **Индивидуальный** | Знания и опыт специалиста  Потребности пациента  План лечения  Семейный ресурс | Число эпизодов и срок лечения  Частота посещений  Вид лечения  Преемственность помощи | Качество жизни  Тяжесть симптомов  Бремя в семьях  Потребности |

Важно отметить, что рекомендации, содержащиеся в mhGAP, основаны на серьезных научных доказательствах и принимают во внимание возможные препятствия в организации помощи. При рассмотрении приоритетных состояний учитывались факторы, связанные со значительными моральными и материальными издержками, такие как заболеваемость, смертность и инвалидность. Таким образом, к приоритетным состояниям были отнесены депрессия, шизофрения и другие психозы, суициды, эпилепсия, деменция, психические нарушения вследствие алкоголизма и наркомании, психические расстройства у детей. В пакет mhGAP входит перечень вмешательств по профилактике и лечению каждого из перечисленных состояний. Особую значимость с точки зрения обеспечения качества имеют включенные в mhGAP процедуры мониторинга и оценки конечных результатов. В частности, при планировании определенных услуг в области психического здоровья рекомендуется определить показатель бремени психических расстройств, требования к развитию материально-технических и человеческих ресурсов, эффективность имеющихся видов помощи. С этой целью целесообразно провести так называемый SWOT анализ, учитывающий сильные и слабые стороны оказываемой помощи, а так же возможности и риски связанные с внедрением инноваций в области психического здоровья.

На сегодняшний день одной из важнейших концепций в организации психиатрической помощи является концепция управления качеством [169], которая в системе психического здоровья восходит к традициям обеспечения качества и управления производством [78]. Управление качеством предполагает наличие индикаторов, которые представляют собой форму измерения, позволяющую провести различия между хорошим и плохим качеством в процессе осуществления мониторинга и оценке услуг. Хорошие индикаторы должны соответствовать правилу RUMBA – английская аббревиатура, состоящая из слов *релевантный (relevant), понятный (understandable), измеряемый (measurable), ориентированный на изменение поведения (behavior-oriented), достижимый (achievable)* [64]*.* Каждый индикатор может соответствовать фазе ресурсов (вложений), фазе процесса или фазе конечного результата. Считается, что позитивный конечный результат может быть достигнут посредством оптимальной организации процесса предоставления услуг, который в свою очередь зависит от правильного использования имеющихся ресурсов (схема 1.3.1).

Мониторинг индикаторов качества

Текущая оценка

Желательная оценка

Определение проблемы качества

Решение проблемы

Анализ проблемы

**Схема 1.3.1. Цикл управления качеством.**

Говоря об индикаторах, большое значение имеет референтный интервал, обозначающий промежуток индикатора, ассоциирующиеся с удовлетворительным качеством. Назначение референтного интервала может основываться на имеющейся литературе (т.н. золотой стандарт), сравнении с теми параметрами, которые могут быть достигнуты, а так же на экспертной оценке местных условий. На графике 1.2. показан процесс управления качеством, представляющий собой цикл, в основе которого находиться мониторинг индикаторов качества. Исходя из мониторинга, можно судить о том, насколько текущая ситуация соответствует желательной ситуации и определить факторы, мешающие ее достижению. Анализ проблем и их решение должны способствовать улучшению индикаторов, которые определяются в процессе мониторинга.

Касаясь выбора индикаторов, следует акцентировать внимание на их значении для клинической практике, обоснованности и практичности. На схеме 1.3.2 показаны критерии для выбора индикаторов при оценке качества услуг в области психического здоровья [136].

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Качества индикаторов**  Увеличивает качество измерений | | |
| **Значимость** | **Обоснованность** | **Практичность** |
| Проблемная область  Клиническое значение  Отвечает потребностям  Научное обоснование  Валидность  Уровень качества | Четко обозначены  Доступность  Точность  Надежность  Подходят к разным ситуациям  Отвечают конфиденциальности | Понятны  Контролируемы  Поддаются интерпретации  Измеримы  Включают норму  Соответствуют стандартам |
| **Направленность индикаторов**  Процессы  Профилактика, выявление, доступ, обследование, лечение, непрерывность, координация, безопасность | | |
| Популяция больных  Диагностические группы, коморбидные состояния, распространенность, заболеваемость, излечимость | | |
| Особые группы  Дети, пожилые, меньшинства, сельское население | | |
| Модальность  Лекарственная терапия, психотерапия, психосоциальная реабилитация | | |
| Учреждения  Стационарные, амбулаторные, смешанные, внебольничные, первичной помощи, пенитенциарные | | |
| Уровень  Популяционный, региональный, учреждение, специалист, пациент | | |
| Цель измерения  Внутренний мониторинг, внешний мониторинг, выбор пользователей, финансовый аудит, исследование | | |
| Широкий охват системы психического здоровья | | |

**Схема 1.3.2. Критерии выбора индикаторов качества**

**в системе психического здоровья.**

В 2015 г Европейская Ассоциация Психиатров на основе анализа более 100 лучших исследований в области организации психиатрической помощи разработала 17 собственных рекомендаций по обеспечению качества в системе психического здоровья [103]. Примечательно, что 7 рекомендаций относятся к структуре, 8 рекомендаций – к процессу, и только 2 рекомендации к конечным результатам. Это обстоятельство связано с тем, что на сегодняшний день отсутствует консенсус о том, какие параметры должны использоваться при оценке конечных результатов.

Хотя ни у кого не возникает сомнения, что конечный результат должен относиться к получателям помощи, остается вопрос о том, с чьей перспективы он должен оцениваться. Кроме самих пациентов, существуют еще как минимум три заинтересованные группы – семьи пациентов, специалисты в области психического здоровья и общество, которые имеют свои приоритеты в организации психиатрической помощи [256].

Второй вопрос связан с тем, какие именно параметры конечного результата должны быть оценены. На сегодняшний день предлагается рассмотрение семи параметров, включающих качество жизни, психическое состояние, функционирование, физическое здоровье, межличностные связи, социальную адаптацию и удовлетворенность услугами [226]. В этой связи наиболее часто используются инструменты, позволяющие оценить снижение симптоматики в качестве конечного результата вмешательств. Самой известной является Шкала Результата Здоровья Населения (Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS), которая позволяет оценить 12 параметров психического состояния и имеет версии для детей и лиц старше 65 лет [264]. Эта шкала разработана в Великобритании, нашла широкое применение в других европейских странах, а так же в Австралии и Новой Зеландии. К другим шкалам, нацеленным на установление тяжести состояния, относятся Шкала Клинической Оценки Обычного Обследования (Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure, CORE-OM) и Опросник Конечных Результатов (Outcome Questionnaire-45, OQ-45), которые получили распространение в США. Некоторые авторы [220] считают, что оценка конечных результатов вмешательств на основе снижение симптоматики является необходимой, но недостаточной, поскольку не учитываются другие важные параметры конечных результатов, такие как способность к самостоятельному функционированию.

В этой связи предлагается параллельно выраженности симптомов производить оценку уровня функциональной адаптации. В этих целях предлагается использовать Шкалу Оценки Социального и Профессионального Функционирования (Social and Occupational Functioning Assessment Scale - SOFAS) или Профиль Жизненных Навыков (Life Skills Profile, LSP).

Последние годы в качестве оценки конечных результатов предлагается рассматривать показатели качества жизни, которые определяются по соответствующей шкале (Quality of Life, QoL). Хотя само понятие качества жизни представляется достаточно сложной и субъективной концепцией, на сегодняшний день она находит широкое применение во многих областях медицины, включая и психиатрию.

**1.4. Развитие системы психического здоровья в Азербайджане**

Первое учреждение психического здоровья в Азербайджане появились в 1892 г., когда на благотворительной основе в г. Баку в одном из частных домов была открыта психиатрическая больница на 30 коек. Необходимость расширение масштабов психиатрической помощи, связанная с интенсивным ростом населения столицы, привела к увеличению количества коек до 60, а в начале ХХ века была открыта еще одна 60-коечная психиатрическая больница в поселке Баилово. После установления советской власти в Азербайджане в середине 20-х годов руководством здравоохранения обсуждались вопросы организации психиатрической помощи в стране, в число предложений вошло создание психоневрологического института, а так же колонии поселения на 150 психически больных. Примечательно, что одним из обсуждаемых предложений было создание психиатрических отделений в больницах общего профиля, однако это предложение не нашло поддержки, поскольку в те годы не существовало эффективных методов лечения, позволявших лечить больных в остром психотическом состоянии вместе с соматическими больными. Решением Народного Комиссариата Здравоохранения АзССР от 6 марта 1929 г. был принят комплексный 5-летний план по созданию системы психиатрической помощи [18], который включал:

* Создание Научно-Исследовательского Института Психоневрологии, отвечающего за организационное руководство всеми психиатрическими учреждениями
* Строительство 100 коечной психиатрической больницы в г. Гяндже
* Открытие колонии-поселения на 200 хронических психически больных в загородной зоне, с привлечением их занятием сельскохозяйственной деятельностью
* Открытие в Баку учреждения на 100 коек для больных, страдающих эпилепсией
* Открытие учреждения на 100 коек для детей с задержкой умственного развития в г. Гяндже
* Открытие 100-коечного лечебного профилактория для больных, страдающих неврозами
* Открытие 50-коечной больницы для лиц, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью в г. Баку
* Создание судебно-психиатрического учреждения для психически больных, совершивших уголовные преступления
* Организация патронажа на 300 «спокойных» больных

К сожалению, из-за острой нехватки специалистов в области психического здоровья реализация всех намеченных мероприятий удалась лишь частично. В этой связи в 30-х годах, наряду с усилиями по подготовке местных кадров, большая группа специалистов из союзного центра была прикомандирована к создаваемым учреждениям [25]. Параллельно, в эти годы происходила специализация психиатрических отделений. В частности, в клинической больнице № 2 кроме традиционных мужского и женского отделений для острых больных, были созданы судебно-психиатрическое, детское и наркологическое отделения, в этих учреждениях широко используются т.н. биологические методы лечения – инсулино-шоковая и пирогенная терапия. В созданной в поселке Маштага колонии-поселении больные активно привлекаются к трудотерапии, целью которой является снижение расходов на их содержание. Развитие системы психиатрической помощи были прерваны с началом Великой Отечественной Войны, когда все ресурсы были направлены на обеспечения нужд фронта.

В 50-е годы происходит разделение услуг предоставляемым больным, находящимся в психотическом состоянии и больным с другими формами психической патологии. С этой целью на базе психиатрических больниц создаются амбулаторные отделения, позже превратившиеся в самостоятельные учреждения. Для «спокойных» больных с тяжелыми психическими заболеваниями при Министерстве Социального Обеспечения открываются т.н. инвалидные дома. В 1957 г. в Нахичеванской Автономной Республике и Нагорно-Карабахской Автономной Области на базе городских больниц общего профиля создаются 50-коечные психиатрические отделения, которые затем были преобразованы в диспансеры [24].

В 60-е годы в связи с внедрением новых медикаментозных методов лечения, появляются больше возможностей для лечения больных в амбулаторных условиях. С этой целью в стране создаются межрайонные психоневрологические диспансеры, призванные оказывать услуги по близости к месту жительства населения. В некоторых диспансерах предусмотрены стационарные отделения, которые изначально рассчитаны на кратковременное лечение больных, нуждающихся в госпитализации. В 1967 г. на базе Республиканской Больницы №1 создаются лечебно-трудовые мастерские, направленные на обучение психически больных профессиональным навыкам и выпуск разнообразной продукции.

Развитие системы психического здоровья в 70-е годы характеризуется укрупнением психиатрических больниц, в которых создаются особые отделения, например психо-фтизиатрическое, инфекционное, геронтологическое, а так же отделение неврозов. В этой связи в штаты психиатрических отделений вводятся должностные единицы для врачей других специальностей. Одновременно разрабатываются нормативные документы, регулирующие постановку на учет психически больных, что впоследствии становятся источником дискриминации по признаку наличия психического заболевания. С целью улучшения оказания помощи несовершеннолетним, в Баку открывается детский психоневрологический диспансер, а так же подростковые кабинеты во взрослых диспансерах. Особое внимание уделяется подготовке национальных кадров, с этой целью многие специалисты получают возможность проходить курсы усовершенствования в ведущих психиатрических институтах союзных республик. Увеличивается количество научных исследований и публикаций, которые в основном акцентируются на психопатологических и биологических аспектах психических расстройств [12, 17, 19]. В стране проводятся научно-практические конференции республиканского и всесоюзного значения. Большими тиражами на русском языке издаются учебники и руководства, в которых отражены концепции советской психиатрической школы. Вместе с позитивными явлениями отчетливо нарастают тенденции сегрегации служб психического здоровья от общей системы здравоохранения. Из-за идеологического противостояния с Западом, абсолютно игнорируется позитивный опыт внедрения новых принципов и подходов в оказании помощи в развитых странах. В СССР получают известность факты помещения диссидентов на принудительное психиатрическое лечение, что формирует общественное представление о психиатрии, ассоциирующиеся скорее с политическими репрессиями, нежели с медицинской помощью [208]. Хотя в Азербайджане не известно ни единого случая привлечения психиатров для преследования диссидентов, факты использования психиатрии в политических целях усиливают стигму в отношении психически больных и лиц, оказывающих им помощь. Опасаясь негативных социальных последствий постановки на психиатрический учет, люди стремятся избежать официального обращения к психиатрическим службам, поэтому получает распространение частная практика, которая не считается легальной.

Указанные тенденции получили еще больший импульс в первой половине 80-х годов: укрупнение коечного фонда достигает рекордного количества – 2265 в Республиканской психиатрической больнице. Хотя практически ежегодно психиатрические учреждения получают правительственные награды, в организации психиатрической помощи нарастают негативные явления, а именно институционализация помощи с акцентом на изоляцию больных от остального общества, чрезмерная централизация услуг, игнорирование потребностей больных. Как следствие происходит систематическое нарушение прав человека в психиатрических стационарах. Например, с целью увеличения показателя койко-дней, на котором основывается финансирование учреждения, пациентам необоснованно отказывают в выписке из больницы. Во всех стационарах широко используются изоляция и фиксация пациентов, а так же с целью наказания применяются инъекции сульфозина, вызывающие гипертермию и болевые ощущения.

Начавшиеся во второй половине 80-х демократические преобразования в обществе не затрагивают психиатрические службы. Более того, переживаемые страной экономические трудности отрицательно сказываются на обеспечении больниц и амбулаторных учреждений, а положение с правами психически больных продолжает ухудшаться. Последовавшие политические события конца 80-х годов полностью переключили внимание общественности от назревших реформ в области психического здоровья.

С начала 90-х в стране происходит коллапс всей системы здравоохранения, который особенно тяжело сказался на службе психического здоровья. Начавшиеся военные действия, наплыв беженцев, экономический кризис привели к тому, что в психиатрические учреждения перестали поступать лекарства, резко сокращаются нормы продовольственного обеспечения, стационарная помощь, особенно в регионах, приходит в упадок [131]. Деятельность психиатрических учреждений сопровождается многочисленными скандалами, значительно возрастают показатели смертности в психиатрических больницах. Многие существовавшие ранее виды амбулаторной помощи, такие как посещение больных, льготное обеспечение бесплатными препаратами, сестринский патронаж, обследования в школах и на производственных предприятиях, из-за отсутствия финансирования постепенно деградируют. Из-за резкого падения уровня жизни многие специалисты меняют профиль своей деятельности или эмигрируют в другие страны. В связи с необходимостью оказания помощи беженцам и вынужденным переселенцам в стране развернули деятельность многочисленные гуманитарные организации, некоторые из которых имели в своих программах компоненты связанные с психическим здоровьем. В то же время проекты в области психического здоровья, реализованные неправительственными организациями, не имели устойчивого развития, и большинство создаваемых ими сервисов исчезали, как только прекращалось финансирование проекта. В то же время в эти годы на фоне стагнации традиционной организации системы психиатрической помощи происходит становление Азербайджанской Психиатрической Ассоциации, деятельность которой окажет огромное влияние на последующие реформы в области психического здоровья. Созданное в 1922 общество Невропатологов и Психиатров Азербайджана в 1994 г. разделилось на две самостоятельные организации – Ассоциацию Неврологов и Психиатрическую Ассоциацию (АзПА), которая объединила ведущих психиатров страны. После вступления во Всемирную Психиатрическую Ассоциацию, АзПА установила широкие связи с профессиональными организациями, такими как Американская Психиатрическая Ассоциация, Глобальная Инициатива в Психиатрии, Королевское Общество Психиатров, Ассоциация Психиатров Турции и многими другими [7]. Это дало возможность отечественным психиатрам принять участие в зарубежных образовательных программах и международных исследовательских проектах в области психического здоровья [131].

В 2001 г. по инициативе АзПА парламентом страны был принят Закон о «Психиатрической Помощи», в котором регулируются вопросы обеспечения прав психически больных при оказании им психиатрической помощи [10].

В 2005 г. новое руководство Министерства Здравоохранения развернуло в стране широкомасштабные реформы, частью которых являлась система психического здоровья. Созданию новой структурной организации служб предшествовал анализ ситуации и потребностей в системе психиатрической помощи – WHO-AIMS, проведенный совместно с региональным офисом ВОЗ [175]. В ходе заполнения специального инструмента были выявлены существенные недостатки в организации службы психического здоровья, а так же области, нуждающиеся в реформировании. С целью разработки реформ была учреждена рабочая группа по созданию Национальной Стратегии в области психического здоровья и Плана действий, включавшая не только психиатров, но и представителей других специальностей, связанных с психическим здоровьем, членов неправительственных организаций, специалистов в области организации общественного здравоохранения [3]. В разработанных документах были определены пять основных направлений развития системы психического здоровья, которые включают - улучшение координации и межсекторного взаимодействия, развитие ресурсной базы, предотвращение возникновения проблем психического здоровья, интеграция психиатрических услуг в систему первичного здравоохранения, а так же обеспечение мер по улучшению помощи и социальной защиты лиц с психическими расстройствами. Эти документы получили высокую оценку со стороны ведущих экспертов ВОЗ.

После утверждения в 2011 г. Национальной Стратегии и Плана Действий, Министерством Здравоохранения был создан Центр Психического Здоровья, в функции которого входит осуществление организационных мероприятий, включающие планирование услуг, разработку нормативных документов, сбор статистической информации, осуществление мониторинга и оценку различных учреждений психического здоровья. Одновременно были приняты поправки к Закону о «Психиатрической Помощи», содержащие важные положения, касающиеся совершенствования психиатрической помощи населению. В частности, врачи первичного здравоохранения получили право оказывать помощь при определенных формах психических расстройств, список которых был утвержден Кабинетом Министров [1]. С этой были организованы специальные тренинги для врачей общей практики и в разрабатываемые клинические протоколы были включены разделы по диагностике и лечению психических расстройств в системе первичной помощи [2]. Кроме того, с целью интеграции психиатрической помощи в систему первичного здравоохранения были закрыты психоневрологические диспансеры в крупных городах страны, а врачи-психиатры ликвидированных учреждений были направлены в районные поликлиники. Таким образом, услуги в области психического здоровья были приближены к месту жительства пациентов, а больные, страдающие одновременно психическим и соматическим заболеванием, могут получить комплексное лечение.

Большие преобразования произошли и в системе стационарной помощи из существующих 14 психиатрических больниц были закрыты 3, а в других стационарах было проведено сокращение коечного фонда на 20%. Кроме того, были практически заново отстроены и оснащены 6 психиатрических больниц в крупных городах – Баку, Сумгаит, Гянджа, Ленкоран, Куба и Сальян. В частности в самой большой больнице, расположенной в поселке Маштаги, были реконструированы 12 корпусов (24 отделения) и построены 5 новых корпусов (10 отделений), а так же подсобные помещения (пищеблок, лаборатория, санпропускник). Наряду со строительством или капитальным ремонтом больниц значительно улучшилось их материальное обеспечение, включая снабжение медикаментами и продуктами питания. Одновременно с традиционным лечением в стационарах получили широкое распространение программы реабилитации. Эти программы включают развитие жизненных навыков, групповые занятия, психоэдюкацию, когнитивную коррекцию, арт-терапию, терапию занятостью, профессиональное обучение, организация досуга и прочих видов деятельности [11]. Ежегодно при сотрудничестве с Посольством Федеративной Республики Германии в культурном центре проводятся концерты пациентов, проходящие под девизом «Мы такие же как все». Так же необходимо указать проводившуюся в столице фотовыставку «Мир моими глазами», демонстрацию художественных работ больных в центральном выставочном зале и в музее ковров. Указанные мероприятия имеют огромное значение для преодоления стигмы и дискриминации лиц с тяжелыми психическими расстройствами.

В 2012-2014 гг. при поддержке Европейского Союза в психиатрических учреждениях проводился проект по усилению роли пользователей услуг в области психического здоровья в 5 регионах Азербайджана [8]. Целями проекта явились – развитие пользовательского движения, создание ресурсного центра по проблемам психического здоровья и снижение стигмы в отношении людей с психическими расстройствами. Несмотря на завершение проекта, организации больных и членов их семей продолжают свою деятельность при сотрудничестве с администрацией учреждений.

В связи с отсутствием детских служб психического здоровья в регионах в 14 региональных центрах были в структуре детских поликлиник созданы отделы психического здоровья, предназначенные для оказания помощи детям и подросткам. В штат отделов были привлечены детские психологи, социальные работники, специалисты в области реабилитации, логопеды, педагоги, работающие с детьми со специальными потребностями. Для всех них были проведены тренинги, и была предоставлена супервизия их дальнейшей работы.

Важным направлением реформы явилась подготовка персонала в системе психического здоровья. Хотя в Азербайджане количество психиатров приблизительно соотносимо к числу психиатров в Восточной Европе (4-5 специалистов на 100 тыс. населения), однако число клинических психологов, социальных работников, психиатрических медицинских сестер и специалистов в области психосоциальной реабилитации значительно уступает европейским показателям [5]. Для решения этой проблемы были открыты рабочие места для клинических психологов в различных медицинских учреждениях страны. Кроме того, в создаваемых новых службах предусмотрены штаты для других специалистов в области психического здоровья, способствующие внедрению мультидисциплинарного подхода. Для повышения знаний и навыков специалистов системы психического здоровья большинству молодых сотрудников предоставляется возможность прохождение стажировки за рубежом, в основном в Турции и Германии. С целью развития психосоциальной реабилитации в 2012 г. большая группа молодых психиатров и клинических психологов из ведущих психиатрических учреждений проходила тематические тренинги в Литве, где специалисты имели возможность непосредственно ознакомиться с современными видами реабилитационных услуг. Особо следует отметить участие азербайджанских психиатров в 2-х летней программе Лиссабонского Нового Университета и ВОЗ «Международная магистратура по политике и услугам в области психического здоровья». Данная программа нацелена на развитие знаний и навыков в области создания и управления службами психического здоровья.

Не менее важным для развития кадрового потенциала являются тренинги, которые проводят приглашенные в нашу страну, ведущие мировые эксперты в области психического здоровья. Среди проводимых тренингов можно отметить курс по психофармакологии, прочитанный профессорами Университета Южной Каролины (США), курс по развитию лидерских качеств у молодых психиатров, представленный проф. Н.Сарториусом (Швейцария) и Г.Торникрофтом (Великобритания), курс по защите прав пациентов в системе психического здоровья, курс по реабилитации, курс по детской психиатрии, когнитивно-поведенческой терапии и пр. [28].

Большое значение в Азербайджане уделяется внедрению новых образовательных программ в области психического здоровья, включая программы преддипломного, постдипломного и непрерывного обучения. В частности были разработаны программы по резидентуре по специальности «Психиатрия», а так же программы по магистратуре по специальности «Клиническая Психология» [4].

С целью обеспечения непрерывного обучения в Азербайджанском государственном институте усовершенствования врачей им. А. Алиева была внедрена система обучения на основе тематических модулей по различным областям психиатрии. Так же была разработана и применена система сдачи сертификационных тестов для получения права занятия профессиональной деятельностью.

Еще одной задачей явилось улучшение сбора и анализа статистических данных, предусматривающее созданием единой информационной системы, по типу электронных медицинских записей. На сегодняшний день созданы электронные модули по стационарной и амбулаторной помощи, которые проходят пилотные испытания.

Наконец, совершенствование системы психического здоровья во многом зависит от проведения научных исследований, основанных на принципах доказательной медицины. В последние годы азербайджанские специалисты принимали участие в различных международных научных проектах, инициированных ВОЗ, ВПА, ЕПА, Глобальной Инициативой в Психиатрии, Колумбийским и Гарвардским университетами [6, 130].

Таким образом, система психического здоровья Азербайджана находится в постоянном развитии и в обозримом будущем мы будем иметь современные и эффективные службы, отвечающие всем запросам нашего общества.

**II ГЛАВА**

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**2.1. Место проведения исследования**

Главным местом проведения исследования была Психиатрическая Больница № 1 Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики (ПБ №1 МЗ АР). Находящаяся на удалении 30 км. от центра г. Баку и первоначально основанная как колония-поселение для хронически душевно больных, эта больница со временем приобрела статус самого крупного медицинского учреждения в Азербайджане. В настоящее время больница насчитывает 2030 коек, распределенных между 30 отделениями включая 12 мужских, 7 женских, детское и подростковое, три отделения для принудительного лечения, 2 геронтологических, инфекционное, 3 фтизиатрических отделения, отделение для лечения больных с алкогольной и наркозависимостью, отделение неврозов, а так же дневной стационар. В штат больницы входят 48 психиатров, 20 врачей других специальностей, 10 клинических психологов, 94 психиатрические медсестры, 30 инструкторов по трудовой реабилитации, 423 санитара и 222 технических работника. Больница обслуживает жителей столицы и регионов, а так же является образовательной базой курсов повышения квалификации врачей.

Так же настоящее исследование проводилось в Центре Психического Здоровья Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики (ЦПЗ МЗ АР). Созданный в 2012 г. данный центр отвечает за организацию помощи в области психического здоровья, включая сбор и анализ статистической информации, осуществление мониторинга работы психиатрических учреждений, подготовка кадров и проведение исследований. Кроме организационно-методического отдела, в структуру ЦПЗ входят отделение кризисного вмешательства, отделение психосоциальной реабилитации, отделение детской реабилитации, лечебно-консультативное отделение и дневной стационар. В отличие от ПБ№1 МЗ АР, оказывающей стационарную помощь, лечение в ЦПЗ МЗ АР ограничено амбулаторными видами помощи.

Часть настоящего исследования, касающегося изучения стигмы сопровождающей психические расстройства, проводилась в регионах страны. В ней приняли участия специалисты, работающие в психиатрических больницах гг. Сумгаита, Гянджи, Шеки, Ленкарани и Кубы.

**2.2. Субъекты исследования**

В нашем исследовании принимали участие как лица, страдающие психическими расстройствами, находящиеся на стационарном или амбулаторном лечении, так и здоровые люди, выступившие в качестве респондентов при изучении стигмы. Среди последних было отобрано 492 жителя столицы и 504 жителя регионов. Таким образом, число респондентов составило 996 человек, что соответствует размеру выборки, предусмотренному для подобных исследований. Из участников опроса большинство были представители женского пола (586 чел.), относились к возрастной группе до 35 лет (497 чел.), состояли в браке (550 чел.), имели высшее образование (423 чел.), работали или учились (594 чел.). Подробная информация об участниках опроса представлена в таблице 3.1. в Главе III.

Набор участников исследования осуществлялся с помощью методики «снежного кома», которая состояла из привлечения первичной группы из знакомых интервьюера, которые затем проводили опрос среди своих знакомых, а те в свою очередь опрашивали свой круг общения. Преимуществами данного метода являлись большая гибкость в плане места проведения опроса, достаточная надежность ответов, а так же относительно высокая скорость сбора данных. В то же время недостатком этого метода являлось известная однородность участников опроса, которых могла объединять принадлежность к сходным социальным группам. В то же время большой размер исследуемой выборки компенсировал влияние этого фактора на результаты опроса.

К другой категории здоровых лиц относились родственники пациентов, принявших участие в исследовании ВОЗ по оценке качества помощи лицам, находящимся на длительном стационарном лечении. Участие членов семей больных определялось необходимостью получения информации об их оценке услуг, оказываемых в стационаре. Единственным критерием для участия было согласие ответить на вопросы интервьюеров. Примечательно, что из 30 выбранных лиц лишь 12 членов семей больных согласились на участие в этом исследования.

Третью категорию здоровых лиц составили медицинские работники, опрошенные в ходе выполнения названного исследования. Среди них было 5 врачей-психиатров, 2 клинических психологов, 3 старших медсестер, 8 процедурных медсестер, 3 сестер-хозяек, 9 санитаров.

В рамках этого исследования так же были опрошены 30 пациентов. Поскольку основным требованием для участия в исследовании являлось пребывание в стационаре без выписки не менее одного года, этот критерий являлся главным для отбора больных. В итоге в исследование вошли 12 лиц женского пола и 18 мужчин. Средний возраст больных составил от 49 лет (SD=16). 26 человека имели диагноз «Шизофрения», еще 4 пациента имели диагноз органического расстройства. В связи с особенностями качественного исследования, призванного произвести оценку соответствия оказываемой помощи стандартам Конвенции ООН по правам инвалидов, другие демографические и клинические характеристики больных в этом разделе не регистрировались.

В то же время эти показатели учитывались при исследовании факторов, влияющих на институционализацию больных хроническими психическими расстройствами. В данном исследовании приняли участие пациенты с тяжелыми психическими расстройствами, находившиеся на стационарном лечении в двух мужских и двух женских отделений Психиатрической Больнице №1 МЗ. Критериями включения в исследование были возраст старше 18 лет, отсутствие решения суда о назначении принудительного лечении в связи с совершением уголовного преступления, отсутствие расстройств интеллекта, а так же зависимости от психоактивных веществ. В данный раздел работы вошли 138 пациентов, из которых 68 были лицами мужского пола, а 70 женского. Большинство больных относились к среднему возрасту (М= 46.0; SD=11.15), не состояли в браке 111 (80.4%), а 92 (66%) человека никогда не работали.

Говоря о клинических характеристиках, следует отметить, что 125 (90.6%) страдали шизофренией, 7 человек органическими расстройствами, 3 человека биполярным аффективным расстройством, а еще 3 человека – расстройствами личности. В большинстве случаев психическое заболевание манифестировало в молодом возрасте (М=24.3; SD=6.4). Преобладали пациенты с продолжительностью болезни более 20 лет (М=21.2; SD=10.1). Среднее число госпитализаций равнялось 6, а продолжительность стационарного лечения от 2 до 65 месяцев. Более подробная информация содержится в таблицах 6.1 и 6.2.

В другом разделе исследования, посвященном рациональному использованию лекарственных препаратов при оказании стационарной и амбулаторной помощи, были проанализированы назначения 1226 пациентов. Из них 650 человек были лицами мужского пола, а 576 – женского. Средний возраст был старше 35 лет (М=41.1; SD= 5.6). Больше половины больных страдали шизофренией – 628 (51.2%); вторыми по распространенности были диагнозы аффективного расстройства – 148 (11,9%) и органических расстройств – 142 911.6%); а третьим диагнозом – расстройства личности – 67 (5.5%). У 243 (19.8%) пациентов были установлены другие диагнозы. Средняя длительность болезни составляла 14 лет, а число госпитализаций варьировало от 0 до 16.

Клинико-демографические данные по отдельным группам больных представлены в Главе VII (таблица 7.1).

В последней части исследования для проведения анализа эффективности реабилитационных мероприятий в психиатрическом стационаре были привлечены 74 больных шизофренией, из которых 38 были мужчины, а 36 – женщины. Все больные были среднего возраста (М=41.9; SD=11.2), 68 (92%) из них не работали, 59(80%) – не состояли в браке. Средний возраст начала болезни составил 30 лет (SD=7.6), а длительность заболевания – 11.5 лет (SD=7.9). Число предшествующих госпитализаций варьировало от 1 до 6, в среднем 3 стационирования. Более подробные данные, разделенные по группам, можно найти в Главе VIII (таблицa 8.1).

**2.3. Инструменты исследования**

*Анкета по изучению общественного отношения к людям с психическими расстройствами (см Приложение 1).*

В первой части работы был использован оригинальный, специально разработанный инструмент по изучению стигмы в отношении лиц с психическими расстройствами. Организаторами исследования первоначально был составлен список, включавший 25 вопросов, призванных определить отношение респондента к лицам с психическими расстройствами. Обсуждение вопросов проводилось в четырех фокус-группах, состоявших из психиатров и клинических психологов, пользователей услугами системы психического здоровья, членов местной общественной организации, работающей в области психического здоровья и международных экспертов. В результате обсуждения участники фокус-групп пришли к заключению, что 8 вопросов отражают не отношение к лицам с психическими расстройствами, а информированность в области психического здоровья. Еще 8 вопросов относились к пониманию потребностей лиц с психическими расстройствами, и лишь 9 оставшихся вопросов были непосредственно связаны с отношением к больным. В настоящем исследовании рассматривается только последний блок вопросов. Указанные вопросы были представлены в форме утверждений, и респондент должен был обозначить степень своего согласия с каждым утверждением по пятибалльной шкале («совершенно не согласен», «скорее не согласен», «не определился», «скорее согласен», «полностью согласен») [27].

*Набор методик ВОЗ для оценки качества помощи в учреждениях по охране психического здоровья и соблюдения прав человека в них (WHO QualityRights Tool Kit)* [280]*.*

Во втором разделе исследования был использован новейший инструмент ВОЗ для оценки совершенствования качества помощи и защиты прав человека в учреждениях психического здоровья и социальной помощи. Данный инструмент к моменту проведения исследования прошел пилотные испытания в более 20 учреждениях. Инструмент применяет стандартизованный подход к сбору, анализу и представлению данных в контексте стандартов помощи.

Учреждение оценивается по пяти темам, включающим 25 стандартов и 116 критериев. Каждая из тем соответствует статьям Конвенции ООН по правам инвалидов [23]:

• Тема 1. Право на достаточный жизненный уровень (Статья 28 КПИ);

• Тема 2. Право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья (Статья 25 КПИ);

• Тема 3. Право на реализацию своей правоспособности, право на свободу и личную неприкосновенность (Статьи 12 и 14 КПИ);

• Тема 4. Свобода от пыток и жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, от эксплуатации, насилия и надругательства (Статьи 15 и 16 КПИ);

• Тема 5. Право на самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество (Статья 19 КПИ).

Оценка каждого критерия, стандарта и темы в целом производилась по четырехбальной шкале, которая включала следующие показатели: «Удалось достичь полностью», « Удалось достичь частично», «Приступили к достижению», «Не приступали к достижению». В нашем исследовании каждому из пунктов были присвоены баллы от 5 до 0, которые позволяли определить процент достижения стандарта или темы.

*Краткая шкала оценки психотических симптомов (Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS)* [191] (см. Приложение 2).

Данная шкала использовалась при исследовании институционализации стационарных больных. Важными ее свойствами являются определение степени выраженности психопатологических симптомов, включая бред, галлюцинации, дезорганизованное поведение, а так же возможность определять изменения в процессе лечения. Особую популярность эта шкала получила при обследовании больных шизофренией. В работе использовалась версия шкалы, состоящая из 18 пунктов, каждый пункт которой оценивался по 7 бальной шкале от 1 («симптом отсутствует») до 7 баллов («крайняя степень выраженности»). Применение шкалы занимало от 10 до 25 мин, в зависимости от возможности пациента отвечать на поставленные вопросы. Шкала хорошо зарекомендовала себя в нашей стране, где она используется с 2009 г и включена в клинические протоколы по диагностике и лечению шизофрении [20].

*Профиль жизненных навыков (Life Skills Profile, LSP-16)* [67]

– включает 16 пунктов, каждый из которых оценивается по возрастающей шкале от 0 до 3. Более высокий балл характеризует более высокую степень дезадаптации. Кроме общего балла дезадаптации LSP-16 дает возможность подсчитать отдельно нарушения по таким показателям как социальная изоляция, самообслуживание, сотрудничество и асоциальность.

*Национальная шкала исходов (Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS)* [263]

Данная шкала разработана в 1993 г. Королевским Колледжем Психиатров для оценки состояния и социальной адаптации больных тяжелыми формами психической патологии. В настоящее время этот оценочный клинический инструмент, включающий 12 простых шкал, измеряющий уровень выраженности симптоматики, поведенческих нарушений и дезадаптации у взрослых пациентов. Шкалы заполняются после обычного обследования, как в амбулаторном, так и в стационарном учреждении и широко используются в клинических, административных и научных целях. Благодаря хорошей валидности и надежности они приняты в качестве основного инструмента для оценки услуг во многих англоязычных странах.

*Шкала позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)* [142]

Шкала была предложена в 1986 для оценки клиницистами выраженности психопатологической симптомов в процессе полу-структурированного клинического собеседования и наблюдения за больным. Инструмент состоит из 33 пунктов, оцениваемых по 7 бальной шкале, что позволяет определить тяжесть продуктивной симптоматики (7 пунктов), тяжесть негативной симптоматики (7 пунктов) и тяжесть общей симптоматики (16 пунктов). Таким образом данная шкала позволяет проводить стандартизованную оценку различных векторов психопатологической симптоматики шизофрении, определять клинический профиль больного и прослеживать динамику состояния в процессе терапии и реабилитации.

*Шкала оценки социальной и функциональной адаптации (Social and Occupational Functioning Assessment Scale, SOFAS)* [89]

Данная шкала была специально создана для выявления нарушений по 5-ой оси американской классификации DSM–IV и оценки текущего уровня функциональной адаптации в диапазоне от 0 до 100, где более низкий бал соответствует более низкой степени адаптации. В отличие от схожей шкалы Глобальной Оценки Функционирования данная шкала не включает уровень выраженности психопатологической симптоматики, а рассматривает только функциональные характеристики больного. Кроме того, она в большей степени учитывает влияние факторов внешней среды на адаптацию пациентов. Важно отметить, что шкала оценивает функционирование за определенный период времени.

*Шкала критики Бирчвуда (Birchwood Insight Scale, BIS)* [57]

Данная шкала включает 8 утверждений распределенным по трем темам: осознание болезни (т.е. насколько пациент осведомлен о наличии у него психического расстройства); атрибуция болезни (т.е. понимание симптомов болезни, как части психического расстройства); необходимость лечения. Первые две темы включают по 2 утверждения, а третья – четыре утверждения. Возможные варианты ответов – «согласен», «не уверен», «не согласен», оцениваются от 0 до 2 баллов в зависимости от совпадения с правильным ответом. Более высокие баллы соответствуют большей критики к болезни.

*Опросник отношения к лекарствам (Drug Attitude Inventory, DAI)* [127]

Данная шкала была разработана для определения комплаентности к проводимому медикаментозному лечению. Шкала включает 10 утверждений связанных с лечебным и побочным действием лекарств. Пациенту предлагается определить, согласен ли он с утверждением или нет. Согласие пациента с правильным ответом оценивается в 1 бал, более высокие баллы свидетельствуют о более позитивном отношении к лечению.

*Опросник социальных знаний (Social Knowledge Questionnaire, SKQ)* [192]

Опросник был разработан в 1996 г. специалистами Оксфордского университета для определения адекватности восприятия различных жизненных ситуаций. Опросник включает 9 вопросов, на каждый из которых предлагается 4 варианта ответов. Правильные ответы оцениваются в один балл. Высокие балы говорят о правильном восприятии ситуации пациентом.

**2.4. Источники данных**

*Статистические отчеты*

Анализ динамики основных показателей психиатрической помощи основывался на изучении специальной формы отчета по психическим расстройствам (форма №10), которая представляется в Министерство Здравоохранения каждым учреждением в начале года. Данная форма состоит из двух частей, предназначенных для отчета по стационарной и амбулаторной помощи соответственно. Форма включает демографические данные (возраст, пол, место жительства), данные о диагнозе и оказанной помощи. С целью анализа кадрового потенциала использовалась специальная форма по учету кадров, в каждом учреждении (форма №17).

*Электронная база данных*

Наряду с бумажными носителями информации (формы отчетов) при сборе данных использовалась, созданная в 2016 г. электронная база данных, которая состоит из двух связанных между собой модулей, один из которых относится к амбулаторной, а второй к стационарной помощи. База данных предусматривает получение более подробной информации об обращении за психиатрической помощью и ее результатах. Все учреждения предоставляющие услуги в области психического здоровья регулярно включают соответствующую информацию в базу данных, что позволяет в режиме реального времени получить данные на уровне индивидуального случая, на уровне учреждения и на уровне всей страны.

*Данные из медицинской документации*

В клинической части исследования, а так же при изучении рационального применения психотропных препаратов в работе использовались индивидуальные данные, содержащиеся в медицинской документации. Для больных, находящихся на стационарном лечении, это были медицинские карты стационарных больных (форма AZS 003, т.н. история болезни), а для больных, получающих амбулаторную помощь – медицинские карты амбулаторных больных (форма № 25).

**2.5. Дизайн и структура исследования**

В разных частях настоящей работы были использованы различные исследовательские дизайны:

*Кросс-секционный дизайн* – относится к исследованиям, которые проводятся в определенный момент времени и поэтому называются как одномоментные (поперечные) исследования. Чаще всего кросс-секционный дизайн применяется для изучения распространенности тех или иных явлений или выявления ассоциации между ними. Несмотря на некоторые методологические ограничения кросс-секционный дизайн является основным методом при проведении большинства социологических опросов и определении основных эпидемиологических показателей. В данном исследовании этот дизайн использовался при изучении общественного отношения к психически больным и рассмотрении вопроса о рациональном применении психотропных препаратов.

Кросс-секционный дизайн так же использовался при изучении динамики основных статистических показателей системы психического здоровья. Однако в связи с тем, что он основывался на анализе данных за прошедшие годы, его следует рассматривать как *ретроспективный*.

Для изучения факторов влияющих на институционализацию больных хроническими психическими расстройствами использовался обсервационный дизайн по типу «*случай-контроль*». Исследование случай-контроль, как правило, включают две группы лиц отличающихся по конечному признаку (исходу). Ассоциация между исходом и исследуемым фактором определяется на основе частоты наличия данного фактора или степени выраженности в основной и контрольной группе. Дизайн по типу «случай-контроль» так же относиться к ретроспективным методам исследования, поскольку проводиться оценка влияния фактора действовавшего в прошлом.

При исследовании эффективности реабилитационных мероприятий в психиатрическом стационаре был проведено *рандомизированное контролируемое испытание (РКИ)*. В соответствии с требованием для РКМ все пациенты были случайным образом, методом простой рандомизации, разделены на две группы – основную (экспериментальную) и контрольную. Таким образом, у каждого пациента имелся шанс попасть в основную или контрольную группу. Пациенты основной группы наряду со стандартным медикаментозным лечением участвовали в нескольких реабилитационных программах, включая обучение жизненным навыкам, профессиональное обучение (т.н. трудотерапия), групповые занятия психотерапией, а так же креативная арт-терапия (рисование, сценическое искусство, музыка) и когнитивная ремедиация. Пациенты контрольной группы получали только стандартное лечение и не участвовали в реабилитационных мероприятиях. Оценка с помощью психометрических методов проводилась до начала вмешательств и после их завершения.

В исследовании качества помощи лицам с длительными госпитализациями использовался метод *глубинного интервью*, который относится к качественным методам исследования. В данный метод основывался на личной беседе с респондентом (пациентом, его родственником или сотрудником больницы) которому предлагалось выразить свое мнение по стандартам оказываемой ему помощи. Все интервью проводились индивидуально в отдельной комнате и в отсутствии посторонних лиц. Ответы на вопросы записывались в специальной анкете, прилагавшийся к набору методик ВОЗ. Оценка ответов респондентов проводилась с помощью анализа данных анкет в процессе группового обсуждения каждого стандарта.

Процесс выполнения настоящего исследования включал в себя пять этапов.

*Первый этап* включал в себя знакомство с основными литературными данными, составления плана каждой части работы, выбор методик и инструментов, а так же определение основных индикаторов системы психического здоровья и критериев для отбора пациентов в исследование.

Выполнение *второго этапа* проводилось в рамках совместного проекта по исследованию общественного отношения к лицам с психическими расстройствами. Совместно с литовскими коллегами был согласован список вопросов для опросника, а так же определены квоты респондентов для каждого региона, включенного в исследование. На этом же этапе проведен опрос респондентов и осуществлен ввод ответов в статистическую программу. Одновременно был начат сбор показателей, относящийся к организации системы психического здоровья.

На *третьем этапе* в рамках разработки национальной стратегии в области кадрового обеспечения системы психического здоровья были получены данные о ресурсном обеспечении психиатрических учреждений. Параллельно проводилось исследование эффективности реабилитационных мероприятий и продолжен мониторинг динамики показателей относящихся к стационарной и амбулаторной помощи. Важной характеристикой данного этапа явилось изучение особенностей назначения психотропных препаратов. Этот процесс был разделен на две стадии – сбор информации об использовании по системе стационарной помощи и сбор информации по системе амбулаторной помощи.

*Четвертый этап* исследования проходил в контексте проекта по оценке качества помощи больным с длительным сроком госпитализации в Европейском регионе ВОЗ. В процессе работы над этим проектом по методологии ВОЗ была собрана информация об условиях оказания помощи этим пациентам, и эти данные были представлены в отдел психического здоровья Европейского Офиса ВОЗ. Кроме того, был проведен анализ социо-демографических и клинических факторов связанных с длительным лечением в психиатрическом стационаре.

На *пятом этапе* все данные полученные в ходе настоящего исследования были систематизированы, статистически обработаны и проанализированы. Так же были проведены сравнения с аналогичными исследованиями, сформулированы научные выводы и практические рекомендации. Наконец, после того как работа была оформлена в виде диссертации, была осуществлена ее подготовка к апробации и защите.

**2.6. Статистическая обработка данных**

Статистический анализ проводился с помощью пакета статистических программ IBM SPSS для Windows, 23.0 (Armonk, NY: IBM Corp.) При этом в настоящей работе использовались различные статистические методы. Так в первой части исследования, посвященной изучению общественного отношения к лицам с психическими расстройствами, анализ структуры факторов проводился в два этапа. На первом этапе, для определения количества факторов, был проведен анализ главных компонентов с использованием критерия «каменистой осыпи» и параллельного анализа. В дальнейшем был проведен исследовательский факторный анализ с установленным количеством факторов и косоугольным вращением. Минимально приемлемый уровень факторной нагрузки составлял 0.4. Так же была подсчитана внутренняя согласованность для каждого фактора (Cronbach's α). Метод многомерной линейной регрессии был использован для установления корреляции социо-демографических с каждым из выделенных факторов.

При исследовании динамики основных показателей системы психического здоровья и качества оказываемой помощи лицам с длительной госпитализацией использовались методы дескриптивной статистики, включавшей количественное описание основных статистических показателей и их репрезентацию в виде графиков и таблиц.

При изучении факторов, влияющих на институционализацию больных для категориальных (дихотомических) переменных использовался подсчет отношения шансов, а для количественных (непрерывных) переменных – критерий Стьюдента для независимых выборок (t-test). Для рассмотрения влияния социальных и клинических параметров на длительное пребывание в стационаре использовалась модель множественной логистической регрессии. Установление значений для чувствительности и специфичности длительности госпитализации и выраженности симптомов в качестве предикторов институционализации проводилось с помощью ROC-анализа [30].

При изучении особенностей назначаемого лечения, для изучения ассоциации между категориальными переменными, применялся критерий χ2, а для показателей частоты назначения лекарственных препаратов, при условии нормального распределения этих данных, использовался 95% доверительный интервал (CI). Бинарная логистическая регрессия применялась для изучения влияния независимых факторов на переменные связанные с особенностями лечения. Для перевода дихотомических переменных в ординальные использовались т.н. «фиктивные» значения (например «0» - нет, «1» - да).

В последней части работы мероприятий наряду с критерий Стьюдента (t test) для независимых групп использовался для анализа эффективности реабилитации в основной и контрольной группе, для оценки изменений в одной и той же выборке использовался критерий Стьюдента (t test) для связанных групп. Статистическая значимость для всех тестов устанавливалась на уровне р<0.05.

**III ГЛАВА**

**ИЗУЧЕНИЕ СТИГМЫ СОПРОВОЖДАЮЩЕЙ**

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА**

Одним из важнейших факторов определяющих организацию помощи людям, страдающим психическими расстройствами, является стигма. Термин «стигма» в психиатрии был впервые введен Goffman в 1963 г., что бы обозначить навешиваемые обществом ярлыки, которые «низводят индивида от уровня обычного и полноценного человека до уровня испорченного и уцененного» [113].

В настоящее время под стигматизацией подразумевают совокупность предубеждений и негативных стереотипов, вызывающих страх, отвержение, избегание и дискриминацию в отношении лиц с психическими расстройствами [81]. Как правило, эти предубеждения и стереотипы включают представления об опасности психически больных (например, больные непредсказуемы и агрессивны), их личностной ущербности (они слабые, жалкие, глупые) и социальной несостоятельности (они не могут самостоятельно жить, продуктивно работать, принимать решения) [82]. Прямыми последствиями стигматизации являются уменьшение обращения за помощью, ухудшение доступности и качества услуг, а так же социальная изоляция и маргинализация больных [190].

С другой стороны, во многих исследованиях показано, что позитивное и толерантное отношение к лицам с психическими расстройствами способствует созданию эффективной системы помощи в области психического здоровья, интеграции больных в общество и улучшению качества их жизни [42, 65].

В этой связи во многих странах мира проводятся различные кампании, направленные на преодоление стигматизации, сопутствующей психическим расстройствам [48, 56]. Более того, с 1996 г. Всемирная Психиатрическая Ассоциация инициировала широкомасштабную Международную Программу по борьбе со стигматизацией и дискриминацией связанными с шизофренией, которая к настоящему моменту охватывает 19 стран и содержит конкретные рекомендации, призванные улучшить отношение к людям с психическими расстройствами [212, 214].

Эволюция общественных взглядов в отношении больных тяжелыми психическими заболеваниями с начала проведения мероприятий по преодолению стигматизации представлена в систематическом обзоре, выполненном Schomerus G et al. [219]. Авторам этого исследования удалось установить, что, несмотря на значительное повышение осведомленности населения по вопросам психического здоровья, оно мало повлияло на улучшение восприятия лиц с психическими расстройствами и стремление интегрировать их в обществе. По мнению других исследователей, знание людей о нейробиологической природе психических заболеваний может даже усиливать убежденность в непредсказуемости поведения лиц, страдающих этими заболеваниями, которые представляются «опасными для себя и окружающих» [197]. Это предположение отчасти подтверждается данными о том, что в экономически развитых странах, имеющих более высокий уровень образования населения, обнаруживается большая тенденция к дискриминации граждан с психическими расстройствами, чем в развивающихся странах [153].

Рассматривая влияние социо-демографических факторов на отношение к людям, имеющим психические расстройства, некоторые авторы отмечают большое значение возраста, пола и образования, которыми объясняются существенные различия в ответах участников опросов [154, 283]. В этой связи важно отметить, что подавляющее большинство исследований в этой области проводилось в индустриально развитых странах Европы или Северной Америки, тогда как отношение к лицам с психическими расстройствами в других странах, в частности в Азербайджане, остается малоизученным [27].

Настоящее исследование стигмы в нашей стране проводилось впервые в рамках международного проекта «Усиление роли пользователей психического здоровья в 5 регионах Азербайджана». Данный 2-х летний проект проводился совместно с литовской организацией «Глобальная Инициатива в Психиатрии» (“Globali iniciatyva psichiatrijoje“) и местной организацией «Инициатива во имя развития» (“İnkişaf naminə təşəbbüs”). Целью проекта явилось улучшение участия пациентов и их родных в принятии решений, которые затрагивают их интересы. Одним из компонентов данного проекта явилось исследование отношения разных людей к лицам с психическими расстройствами в нашей стране.

Исследование выполнялось в 5 этапов:

На первом этапе был определен перечень вопросов и составлена анкета по изучению отношения респондентов к лицам с психическими расстройствами. На втором этапе было определено число участников опроса (sample size) – 1000 человек, что соответствует количеству респондентов в аналогичных исследованиях, проводимых в разных странах. Так же были определены квоты количества респондентов для каждой местности, где проводилось исследование. Согласно плану квота для г. Баку и пригородов, где проживает наибольшее количество населения, составила 500 человек, а для Гянджи, Шеки и Ленкарани, Кубы по 100 человек. Единственным критерием включения в исследование являлось согласие ответить на вопросы анкеты, а единственным критерием исключения – данные о том, что респондент является специалистом в области психического здоровья или пользователем их услуг (например, пациентом, проживающим в данной местности или членом его семьи). В связи с имеющимися ресурсами было решено использовать конвенциональную выборку.

На третьем этапе были определены интервьюеры – сотрудники Центра Психического Здоровья МЗ (ЦПЗ) и Республиканской Психиатрической Больницы № 1 (РПБ). Всем интервьюером были даны инструкции о цели исследования и порядке проведения опроса, а так же были розданы 1200 распечатанных анкет. Сотрудники ЦПЗ были ответственны за сбор данных у 500 респондентов, проживающих в г. Баку, а сотрудники РПБ должны были собрать данные у жителей других регионов.

Такое распределение определялось тем, что деятельность РПБ основана на региональном принципе и сотрудники этой больницы постоянно имеют тесную связь со всеми регионами республики.

На четвертом этапе был проведен опрос респондентов в Баку и регионах. Доступ к респондентам осуществлялся по методу «снежного кома», когда первая часть респондентов набиралась из числа знакомых интервьюера (друзья, родственники, соседи), которые в свою очередь распространяли анкеты среди своих знакомых. В итоге были собраны 996 заполненных анкет, таким образом, отклик на опрос составил 99,6%. На этом этапе был осуществлен ввод данных в SPSS. На пятом этапе была проведена статистическая обработка и анализ данных и подготовлен отчет.

В таблице 3.1 приведены социально-демографические данные респондентов, принявших участие в настоящем исследовании. Среди респондентов преобладали лица женского пола (χ2=30.98; df=1; p<0.001), молодого возраста (M=36.5 95%; CI=35.7; 37.4). Большинство респондентов имели высшее образование (χ2=1493.3; df=5; p<0.001) и работали в государственном секторе (χ2=677.9; df=13; p<0.001). Кроме того, подавляющее большинство участников опроса были городскими жителями (χ2=583.7; df=1; p<0.001). По семейному статусу преобладали лица, состоящие в браке (χ2=808.3; df=3; p<0.001).

На первый вопрос анкеты «Что, по Вашему мнению, свойственно человеку с проблемами психического здоровья?» респондентам были предложены 11 вариантов ответа (график 3.1).

Настораживает тот факт, что наибольшее число опрошенных 494 (49.8%) полагают, что лица с психическими расстройствами не могут отвечать за свои действия. Таким образом, почти половина опрошенных обнаруживает патерналистическую установку в отношении пациентов. Еще 334 (33.7%) респондентов рассматривают лиц с психическими расстройствами как склонных к агрессии и таким образом опасных для окружающих. С другой стороны многие респонденты – 444 (44.8%) правильно указали на то, что такие пациенты могут иметь нарушения мышления поведения или эмоций. Так же достаточное число лиц – 384 (38.7%) отметили, что пациенты могут страдать не только тяжелыми психическими расстройствами, но и депрессией.

**Таблица 3.1**

**Социо-демографические характеристики респондентов**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | | N | % |
| **Пол** | Мужчины | 410 | 41,2 |
| Женщины | 586 | 58,8 |
| **Семейное положение** | Холост | 383 | 38.3 |
| Женат/замужем | 550 | 55.0 |
| В разводе | 30 | 3.0 |
| Вдов/а | 36 | 3.6 |
| **Возраст** | <24 | 210 | 21,1 |
| 25-34 | 287 | 28,8 |
| 35-44 | 216 | 21,7 |
| 45-54 | 172 | 17,3 |
| 55-64 | 86 | 8,6 |
| 65+ | 25 | 2,5 |
| **Образование** | Начальное | 16 | 1,6 |
| Неоконченное среднее (9 классов) | 27 | 2,7 |
| Среднее | 194 | 19,5 |
| Среднее специальное | 206 | 20,7 |
| Незаконченное высшее | 127 | 12,8 |
| Высшее | 423 | 42,6 |
| **Занятость** | Руководящий работник | 94 | 9,4 |
| Предприниматель | 31 | 3,1 |
| Служащий в государственном секторе | 210 | 21,0 |
| Рабочий | 89 | 8,9 |
| Сельскохозяйственный работник, фермер | 27 | 2,7 |
| Военнослужащий (включая полицию) | 37 | 3,7 |
| Пенсионер | 37 | 3,7 |
| Домохозяйка | 144 | 14,5 |
| Безработный | 148 | 14,9 |
| Учащийся | 106 | 10,6 |
| Прочее | 73 | 7,3 |
| **Проживание** | Город | 879 | 88,3 |
| Сельская местность | 117 | 11,7 |
| **Регион** | Баку | 492 | 49,4 |
| Пригороды Баку (Абшеронский п-ов) | 105 | 10,5 |
| Гянджа | 130 | 13,1 |
| Шеки | 90 | 9,0 |
| Куба | 96 | 9,6 |
| Ленкарань | 83 | 8,3 |
| **Всего** |  | 996 | 100,0 |

**График 3.1. Характеристики людей с психическими расстройствами.**

69.6% опрошенных в своей жизни сталкивались с людьми, имеющими психические расстройства, однако лишь 8% из респондентов имели членов семьи, страдающих психическими заболеваниями; примерно столько же респондентов указали, что ни разу в жизни не встречали таких людей (график 3.2). Таким образом, можно сделать вывод, что большинство участников исследования имели определенный личный опыт знакомства с лицами с психическими расстройствами, что позволяет рассматривать их в качестве релевантной группы для исследования их отношения к таким пациентам.

С этой целью всем респондентам было предложено высказать свое отношение к утверждениям представленным в таблице 3.2.

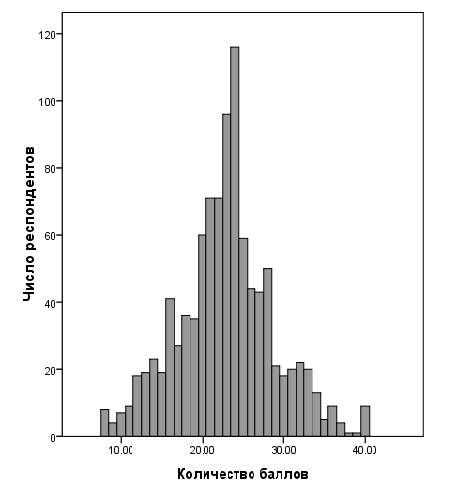
**График 3.2. Знакомство с людьми, имеющими психические расстройства.**

**Таблица 3.2**

**Мнение респондентов о жизни людей с психическими расстройствами**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *1.* | Они полностью изолированы от остального общества | Они полностью интегрированы в общество |
| *2.* | Они имеют ограниченный доступ к получению образования, обучению | Они имеют свободный доступ к получению образования, обучению |
| *3.* | Они находятся в специальных психиатрических учреждениях | Они живут в обычных семьях |
| *4.* | Им запрещено работать и зарабатывать деньги | Они могут работать и зарабатывать |
| *5.* | Им запрещено вступать в брак, рожать детей | Они могут вступать в брак, рожать детей |
| *6.* | Они могут лечиться только в специализированных медицинских учреждениях, у отдельных специалистов | Они могут посещать обычные поликлиники, и больницы для лечения |
| *7.* | В связи с болезнью их цели в жизни отличаются от целей обычных людей | Они имеют такие же цели в жизни, как и остальные члены общества |
| *8.* | Назначение им лечения должно проводиться без их согласия | Необходимо всегда спрашивать их согласие при назначении лечения |

Близость к левому столбцу таблицы оценивалась меньшим количеством баллов, а правому – большим.



**График 3.3. Распределение ответов участников.**

Таким образом, полное согласие с утверждением в левом столбце оценивалось в минимальное значение в 1 балл, а полное согласие с утверждением в правом – в 5 баллов.

Затем полученные баллы суммировались, большее число баллов характеризовало позитивное отношение к больным. Число набранных баллов могло варьировать от 8 до 40.

Как видно из графика 3.3. балы набранные респондентами соответствовали нормальному распределению (M=22.9; 95% CI=22.5-23.2).

Анализ ответов не выявил практически никаких различий в зависимости от демографических характеристик респондентов (таблица 3.3). В целом ответы респондентов можно охарактеризовать как патерналистическое отношение к лицам, страдающим психическими заболеваниями. В частности, 364 (36.4%) опрошенных полагают, что такие пациенты полностью изолированы от остального общества, 451 (45.1%) считают, что эти люди не могут получить образование, 373 (37.3%) убеждены, что люди с психическими расстройствами должны постоянно находиться в специальных учреждениях, а 227 (22.7%) – что они не способны работать и зарабатывать деньги. Крайне жесткие суждения о невозможности для больных вступать в брак и иметь детей высказали 368 (36.8%), необходимости лечения исключительно в специализированных учреждениях – 459 (45.9%) и недобровольного лечения – 402 (40.2%) респондентов. Кроме того, 482 (48.2%) опрошенных считают, что лица с психическими расстройствами имеют совершенно отличные цели в жизни, чем остальные люди.

**Таблица 3.3**

**Сравнение ответов участников в зависимости от демографических показателей (однофакторный анализ ANOVA)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **M** | **SD** | **Sum**  **of Squares** | **df** | **Mean**  **Square** | **F** | **p** |
| Пол  Мужской  Женский | 22.7  23.0 | 5.62  6.1 | 13.98 | 1 | 13.98 | 0.403 | 0.526 |
| Возрастная группа  до 30 лет  30-59 лет  старше 60 лет | 22.9  22.9  22.7 | 6.0  5.9  5.6 | 2.330 | 2 | 1.165 | 0.034 | 0.967 |
| Образование  начальное  среднее  высшее | 24.4  22.9  22.9 | 5.8  5.6  6.05 | 79.05 | 2 | 9.88 | 0.283 | 0.972 |
| Семейное положение  холост  состоит в браке  разведен/а  вдов/а | 23.1  22.8  22.6  21.7 | 5.8  5.8  7.2  6.5 | 75.14 | 3 | 25.05 | 0.721 | 0.540 |
| Место жительства  город  сельская местность | 22.9  22.8 | 5.8  6.5 | 0.252 | 1 | 0.252 | 0.007 | 0.932 |

На графике 3.4. представлены в убывающем порядке выраженные в балах представления респондентов о жизни людей с психическими расстройствами.

Не способны работать и зарабатывать

Могут работать и зарабатывать

Должны находиться в больницах

Должны жить в семьях

Не могут жениться и иметь детей

Могут жениться и иметь детей

Полностью изолированы от общества

Полностью интегрированы в общество

Лечение не требует согласия

Лечение требует обязательного согласия

Доступ к образованию ограничен

Доступ к образованию не ограничен

Должны лечиться в особых учреждениях

Могут лечиться в обычных больницах

Цели в жизни ограничены

Цели в жизни не отличаются от других

3,4

2,9

2,9

2,9

2,8

2,7

2,7

2,6

1

2

3

4

5

**График 3.4. Представления респондентов о жизни больных.**

Хотя в целом можно констатировать достаточно схожие представления респондентов о жизни лиц с психическими расстройствами, исследование выявило ряд различий при ответах на отдельные вопросы в зависимости от социально-демографических переменных (таблица 3.4). Так, респонденты женского пола проявили большую степень толерантности в вопросе о возможности психически больных вступать в брак и иметь детей. Кроме того, лица имеющие родственников, страдающих психическими расстройствами, выявили большее согласие с возможностью проживания пациентов в семьях, а не в учреждениях закрытого типа.

Наконец, респонденты лично знакомые с психически больными в большей степени подтверждают возможность занятости для пациентов.

Касаясь основных источников информации о вопросах психического здоровья 273 (27.3%) респондентов указало СМИ, а 266 (26.6%) – знакомых, родственников и коллег (χ2=848.3; df=9; p<0.001). Соответственно 109 (10.9%), 108 (10.8%) и 105 (10.5%) в качестве источников информации назвали самих лиц с психическими расстройствами, фильмы и книги, а так же самих специалистов в области психического здоровья. Другие источники информации указали 112 (11.2%) человек. Кроме того, 35 (3.5%) человек сообщили, что никогда не получали, а 26 (2.6%) – что не хотели бы получать информацию о вопросах психического здоровья. Не удивительно, что большинство таких ответов дали лица с начальным (18.8%) или неполным средним образованием (18.5%).

**Таблица 3.4**

**Представление о жизни больных и демографические данные респондентов**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | Изоляция/интеграция | Доступ к образованию | Проживание в спец. Учреждении/семье | Занятость | Возможность вступить  в брак и иметь детей | Спец. больница/больница общего профиля | Жизненные цели | Недобровольное лечение |
| **Пол** | Мужской | M | 2,9 | 2,7 | 2,9 | 3,3 | 2,8 | 2,7 | 2,6 | 2,9 |
| Женский | M | 2,9 | 2,7 | 3,0 | 3,4 | 3,0\* | 2,7 | 2,6 | 2,8 |
| **Возрастная группа** | <24 | M | 2,8 | 2,7 | 2,9 | 3,4 | 3,1 | 2,6 | 2,6 | 2,9 |
| 25-34 | M | 2,8 | 2,7 | 2,8 | 3,3 | 2,9 | 2,7 | 2,6 | 2,8 |
| 35-44 | M | 2,7 | 2,6 | 2,9 | 3,3 | 2,7 | 2,7 | 2,5 | 2,8 |
| 45-54 | M | 3,1 | 2,9 | 3,0 | 3,5 | 2,9 | 2,7 | 2,7 | 2,8 |
| 55-64 | M | 3,0 | 2,8 | 3,1 | 3,5 | 3,0 | 2,7 | 2,6 | 2,7 |
| 65+ | M | 3,0 | 2,5 | 2,8 | 3,0 | 2,6 | 2,9 | 2,5 | 2,8 |
| **Образование** | Начальное | M | 3,1 | 2,8 | 3,3 | 3,8 | 2,8 | 3,3 | 2,7 | 2,8 |
| Среднее неполное | M | 2,6 | 2,5 | 2,6 | 3,4 | 2,9 | 3,0 | 2,7 | 2,9 |
| Среднее полное | M | 3,0 | 2,7 | 2,8 | 3,3 | 2,8 | 2,8 | 2,5 | 3,1 |
| Среднее специальное | M | 2,9 | 2,8 | 3,0 | 3,4 | 2,7 | 2,8 | 2,6 | 2,7 |
| Неполное высшее | M | 2,8 | 2,7 | 3,0 | 3,4 | 3,1 | 2,9 | 2,6 | 2,8 |
| Высшее | M | 2,8 | 2,7 | 2,9 | 3,4 | 3,0 | 2,6 | 2,6 | 2,8 |
| **Проживание** | Город | M | 2,8 | 2,7 | 2,9 | 3,4 | 2,9 | 2,7 | 2,6 | 2,8 |
| Сельская местность | M | 3,0 | 2,7 | 2,9 | 3,2 | 3,0 | 2,5 | 2,6 | 2,7 |
| **Знакомство с людьми, имеющими психические расстройства** | Да, это член семьи | M | 2,7 | 2,6 | 3,3\* | 3,3 | 3,1 | 2,9 | 2,8 | 2,7 |
| Да, это сосед | M | 2,9 | 2,6 | 2,9 | 3,4 | 2,9 | 2,7 | 2,6 | 2,8 |
| Да, это знакомый/сосед | M | 2,9 | 2,8 | 3,0 | 3,5\* | 2,9 | 2,7 | 2,5 | 2,8 |
| Нет | M | 2,9 | 2,7 | 2,7 | 3,2 | 2,8 | 2,6 | 2,5 | 2,9 |

Прим.: Значимые различия на уровне p<0.05

С целью изучения актуального отношения к проблемам лиц с психическими расстройствами была составлена анкета, состоящая из 9 утверждений, и респонденты должны были указать степень своего согласия с каждым утверждением. На основании ответов был определен индекс согласия по формуле:

(3.1)

где *I* – индекс согласия, А – число респондентов полностью согласных с утверждением, а – число респондентов, скорее согласных, В – число респондентов совершенно не согласных, b – число респондентов скорее не согласных, n – общее число респондентов. Границы индекса могут варьировать от -100 (100% респондентов совершенно не согласны с утверждением) до +100 (100% респондентов полностью согласны с утверждением), знак “-“ указывает на отрицательное отношение к утверждению.

**График 3.5. Отношение к проблемам лиц с психическими расстройствами.**

Больные имеют право жениться и иметь детей

Больные дети могут учиться в обычной школе

Больные являются изгоями общества

Люди согласны учиться и работать с больными

Больные должны быть изолированы от общества

Большинство людей может общаться с больными

Больные опасны для других

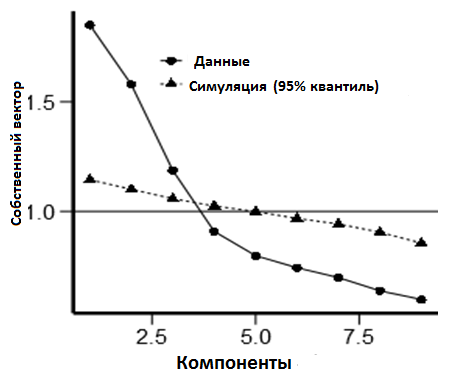
Люди с проблемами психического здоровья должны жить в обществе

В стране есть условия для интеграции больных

**График 3.6. Индекс согласия с утверждением.**

Как показало наше исследование, наибольшее несогласие респондентов вызвало утверждение «*Большинство людей способно спокойно относится к бракам людьми с проблемами психического здоровья и рождению у них детей*». Так же участники исследования не были согласны с утверждением «*Большинство людей готово к тому, чтобы их дети получали образование вместе с детьми с проблемами психического здоровья*». Таким образом, вопросы связанные с браком и детьми явились наиболее «чувствительными» факторами вызывающими общественное неприятие. Эти утверждения вызывали сильное отвержение практически у 2/3 респондентов. Так же, многие респонденты не согласились с утверждением «*Большинство людей готово учиться/работать в одном коллективе с людьми с проблемами психического здоровья*», что является свидетельством значительной стигмы. Вместе с тем, утверждения «*Распространено мнение, что люди с проблемами психического здоровья – изгои общества*» и «*Распространено мнение, что люди с проблемами психического здоровья должны быть изолированы от других людей*» не встретили одобрения у участников исследования. Умеренный положительный отклик получили утверждения «*Распространено мнение, что люди с проблемами психического здоровья должны жить в обществе*» и «*Созданные в нашей стране условия способствуют интеграции в общество людей с проблемами психического здоровья*».

С целью изучения количества факторов, характеризующих отношение к людям с психическими расстройствами, был проведен анализ главных компонент и параллельный анализ. Метод Kaiser-Meyer-Olkin (КМО) определил адекватность выборки для анализа (KMO = .636), а тест Bartlett на сферичность установил, что значительную силу корреляции между вопросами (χ² (36) = 693, 382, p <0.001).



**График 3.7. Количество факторов, полученных**

**при анализе главных компонент.**

Анализ главных компонент позволил выделить наличие трех факторов определяющих отношение общества к лицам, страдающим психическими расстройствами (график 3.7, таблица 3.5).

**Таблица 3.5**

**Процент дисперсии, ассоциирующейся с каждым фактором**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Факторы** | **Собственный вектор** | | | **Извлечение суммы квадратов факторных нагрузок** | | |
| **Всего** | **% Дисперсии** | **Кумулятивный %** | **Всего** | **% Дисперсии** | **Кумулятивный %** |
| 1 | 1,850 | 20,554 | 20,554 | 1,850 | 20,554 | 20,554 |
| 2 | 1,579 | 17,540 | 38,094 | 1,579 | 17,540 | 38,094 |
| 3 | 1,187 | 13,192 | 51,286 | 1,187 | 13,192 | 51,286 |
| 4 | ,909 | 10,099 | 61,385 |  |  |  |
| 5 | ,798 | 8,867 | 70,252 |  |  |  |
| 6 | ,743 | 8,255 | 78,507 |  |  |  |
| 7 | ,698 | 7,758 | 86,265 |  |  |  |
| 8 | ,638 | 7,084 | 93,349 |  |  |  |
| 9 | ,599 | 6,651 | 100,000 |  |  |  |

В дальнейшем был проведен исследовательский факторный анализ с установленным количеством факторов и косоугольным вращением. В результате этого анализа были получены три фактора объединявшие три группы утверждений (таблица 3.6).

Первый фактор включал следующие утверждения:

* *Большинство людей готово учиться/работать в одном коллективе с людьми с проблемами психического здоровья*
* *Большинство людей готово к тому, чтобы их дети получали образование вместе с детьми с проблемами психического здоровья*
* *Большинство людей способно спокойно относится к бракам людьми с проблемами психического здоровья и рождению у них детей*

Этот фактор можно рассматривать как представление людей о *социальной компетентности* психически больных, поскольку этот фактор относиться к таким социальным навыкам как работа, вступление в брак и воспитание детей, а так же способности детей с нарушениями психики учиться в обычной школе.

Второй фактор включал такие утверждения относящиеся к *непредсказуемости и потенциальной общественной опасности* лиц с психическими расстройствами:

* *Распространено мнение, что люди с проблемами психического здоровья должны быть изолированы от других людей*
* *Распространено мнение, что люди с проблемами психического здоровья опасны, представляют угрозу для других людей*
* *Распространено мнение, что люди с проблемами психического здоровья – изгои общества*

Этот фактор связан с распространенной точкой зрения о том, что отличаясь от других людей, психически больные могут представлять угрозу для окружающих и поэтому они должны быть изолированы общества.

**Таблица 3.6**

**Результаты исследовательского факторного анализа**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Вопросы** | **Фактор 1** | **Фактор 2** | **Фактор 3** |
| Большинство людей готово учиться/работать в одном коллективе с людьми с проблемами психического здоровья | 0.644 |  |  |
| Большинство людей готово к тому, чтобы их дети получали образование вместе с детьми с проблемами психического здоровья | 0.749 |  |  |
| Большинство людей способно спокойно относится к бракам людьми с проблемами психического здоровья и рождению у них детей | 0.727 |  |  |
| Распространено мнение, что люди с проблемами психического здоровья должны быть изолированы от других людей |  | 0.713 |  |
| Распространено мнение, что люди с проблемами психического здоровья опасны, представляют угрозу для других людей |  | 0.697 |  |
| Распространено мнение, что люди с проблемами психического здоровья – изгои общества |  | 0.548 |  |
| Большинство людей способно нормально общаться с людьми с проблемами психического здоровья |  |  | 0.657 |
| Распространено мнение, что люди с проблемами психического здоровья должны жить в обществе |  |  | 0.580 |
| Созданные в нашей стране условия способствуют интеграции в общество людей с проблемами психического здоровья |  |  | 0.553 |

Наконец, третий фактор, включал такие утверждения как:

* *Большинство людей способно нормально общаться с людьми с проблемами психического здоровья;*
* *Распространено мнение, что люди с проблемами психического здоровья должны жить в обществе;*
* *Созданные в нашей стране условия способствуют интеграции в общество людей с проблемами психического здоровья.*

Этот фактор связан с *гражданскими правами* лиц с психическими расстройствами.

**Таблица 3.7**

**Отношение к социальной компетентности больных**

**и демографические характеристики респондентов**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | **M** | **SD** | **Sum**  **of Squares** | **df** | **Mean**  **Square** | **F** | **p** |
| Пол  Мужской  Женский | 6.9  6.7 | 2.57  2.62 | 9.543 | 1 | 9.543 | 1.409 | 0.236 |
| Возрастная группа  до 25 лет  25-34 года  35-44 года  45-54 года  55-64 года  старше 65 лет | 6.3  6.6  6.8  7.4  7.8  8.4 | 2.53  2.56  2.43  2.8  2.49  2.99 | 182.56 | 5 | 36.51 | 5.516 | **0.000** |
| Образование  начальное  среднее  высшее | 7.1  6.8  6.5 | 2.57  2.45  2.71 | 87.02 | 2 | 10.88 | 1.613 | 0.117 |
| Семейное положение  холост  состоит в браке  разведен/а  вдов/а | 6.6  6.9  6.7  6.8 | 2.56  2.59  3.05  2.7 | 24.928 | 3 | 8.309 | 1.229 | 0.298 |
| Место жительства  город  сельская местность | 6.8  6.8 | 2.58  2.77 | 0.378 | 1 | 0.378 | 0.056 | 0.814 |

Таким образом, можно заключить, что отношение к психически больным формируется на основе взаимного наложения трех различных факторов – представления об их социальной компетентности (Cronbah’s α = 0.572), представления об их предсказуемости (Cronbach’s α = 0.650) и представления о необходимости соблюдения гражданских прав (Cronbach’s α = 0.621).

Как видно из таблицы 3.7. отношение к социальной компетентности больных не зависит от пола, образования, семейного положения и места жительства респондентов. Однако это отношение зависит от возраста – лица старших возрастных групп в большей степени склонны признавать тот факт, что лица с психическими расстройствами могут социально адаптироваться и выполнять свои социальные функции. По всей видимости, такому суждению способствует жизненный опыт и более толерантное отношение старшего поколения к уязвимым категориям населения.

**Таблица 3.8**

**Отношение к непредсказуемости больных и демографические характеристики респондентов**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | **M** | **SD** | **Sum**  **of Squares** | **df** | **Mean**  **Square** | **F** | **p** |
| Пол  Мужской  Женский | 7.7  8.2 | 2.48  2.62 | 54.08 | 1 | 54.08 | 8.247 | **0.004** |
| Возрастная группа  до 25 лет  25-34 года  35-44 года  45-54 года  55-64 года  старше 65 лет | 7.7  7.8  8.1  7.9  8.0  8.1 | 2.59  2.56  2.55  2.36  3.04  2.3 | 19.4 | 5 | 3.88 | 0.586 | 0.711 |
| Образование  начальное  среднее  высшее | 7.8  7.9  7.9 | 2.53  2.55  2.59 | 42.6 | 2 | 5.32 | 0.805 | 0.598 |
| Семейное положение  холост  состоит в браке  разведен/а  вдов/а | 7.9  7.9  7.8  8.8 | 2.6  2.51  2.49  2.94 | 29.92 | 3 | 9.97 | 1.511 | 0.210 |
| Место жительства  город  сельская местность | 7.9  8.1 | 2.57  2.55 | 3.9 | 1 | 3.9 | 0.591 | 0.442 |

В отличие от отношения к социальной компетентности больных, отношение к непредсказуемым действиям лиц с психическими расстройствами выявило статистически значимые различия у респондентов мужского и женского пола. Так, женщины в большей степени оценивали угрозу окружающим со стороны больных. По нашему мнению, респондентов женского пола представление о большей опасности лиц с психической патологией связано с большей настороженностью женщин в отношении насильственных действий, а так же потребностью в безопасности. По остальным демографическим характеристикам существенных отличий выявлено не было.

Говоря об отношении к правам психически больных, статистически значимые различия наблюдались в зависимости от семейного положения респондентов. В частности участники опроса, состоящие в браке, выразили более позитивное отношение к защите прав и интересов лиц, страдающих психическими расстройствами (таблица 3.9).

**Таблица 3.9**

**Отношение к правам больных и демографические характеристики респондентов**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | **M** | **SD** | **Sum of Squares** | **df** | **Mean Square** | **F** | **p** |
| Пол  Мужской  Женский | 9.2  9.3 | 2.57  2.56 | 1.57 | 1 | 1.57 | 0.239 | 0.625 |
| Возрастная группа  до 25 лет  25-34 года  35-44 года  45-54 года  55-64 года  старше 65 лет | 9.0  9.2  9.3  9.4  9.6  9.1 | 2.37  2.57  2.58  2.74  2.51  2.83 | 27.12 | 5 | 5.42 | 0.824 | 0.533 |
| Образование  начальное  среднее  высшее | 8.8  9.5  9.1 | 2.99  2.56  2.98 | 82.22 | 2 | 10.28 | 1.567 | 0.13 |
| Семейное положение  холост  состоит в браке  разведен/а  вдов/а | 9.1  9.5  8.8  8.5 | 2.53  2.57  2.64  2.6 | 52.85 | 3 | 17.62 | 2.685 | **0.045** |
| Место жительства  город  сельская местность | 9.3  9.0 | 2.57  2.5 | 12.46 | 1 | 12.46 | 1.894 | 0.169 |

Результаты многомерной линейной регрессии, представленные в таблице 3.10., подтверждают наличие определенного влияния социо-демографических характеристик на отношение к лицам с психическими расстройствами.

Как показали дальнейшие исследования лица, имеющие членов семьи, страдающих психическими расстройствами, выявляют большую уверенность в социальной компетентности пациентов (Таблица 3.11). В то же время, они в меньшей степени рассматривают своих родных в аспекте защиты их прав. Это свидетельствует о патерналистическом подходе, характеризующем отношение членов семей к лицам с психическими заболеваниями.

Интересно отметить, что в отношении непредсказуемости действий пациентов ответы респондентов не зависели от личного опыта знакомства с психически больными.

**Таблица 3.10**

**Влияние социо-демографических показателей на отношение к лицам**

**с психическими расстройствами**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | **Социальная компетентность** | | | **Непредсказуемость** | | | **Отношение к правам** | | |
| β | 95% ДИ | р | β | 95% ДИ | р | β | 95% ДИ | р |
| Пол  Женский  Мужской | 0.048  Ref | -0.224; 0.028 | 0.126 | -0.086  Ref | -0.300; -0.048 | **0.007** | -0.005  Ref | -0.136; 0.116 | 0.875 |
| Возраст  старше 60лет  30-60 лет  до 30 лет | 0.085  0.172  Ref | 0.044; 0.302  0.115; 0.395 | **0.009**  **0.001** | 0.055  0.075  Ref | -0.018; 0.143  -0.031; 0.255 | 0.092  0.125 | 0.053  0.018  Ref | -0.023; 0.258  -0.109; 0.159 | 0.106  0.713 |
| Образование  высшее  среднее  начальное | -0.086  -0.037  Ref | -0.292; 0.008  -0.455; 0.171 | 0.064  0.373 | -0.043  -0.025  Ref | -0.236; 0.084  -0.384; 0.206 | 0.352  0.554 | 0.028  0.062  Ref | 0.107; 0.203  -0.074; 0.534 | 0.542  0.138 |
| Семейный статус  состоит в браке  не состоит в браке | 0.034  Ref | -0.058; 0.192 | 0.290 | -0.013  Ref | -0.151; 0.099 | 0.685 | 0.100  Ref | 0.076; 0.325 | **0.002** |
| Место жительства  город  сельская местность | 0.007  Ref | -0.171; 0.214 | 0.823 | 0.017  Ref | -0.140; 0.245 | 0.594 | -0.028  Ref | -0.279; 0.106 | 0.376 |
| Знакомство  член семьи  сосед  знакомый  не знаком | 0.179  0.097  0.086  Ref | 0.193; 0.671  0.019; 0.177  0.004; 0.108 | **0.001**  **0.015**  **0.035** | 0.049  0.046  0.057  Ref | -0.127; 0.368  -0.123; 0.032  -0.091; 0.016 | 0.339  0.250  0.165 | -0.104  0.041  0.100  Ref | -0.437; -0.009  -0.038; 0.120  0.013; 0.119 | **0.042**  0.310  **0.015** |

**Таблица 3.11**

**Отношение к людям, имеющим психические расстройства в зависимости**

**от знакомства с ними**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Да, это член нашей семьи  M (SD) | Да, это человек, живущий по соседству  M (SD) | Да, это человек, живущий в семье моих знакомых  M (SD) | Нет,  не встречал  M (SD) | **F** | **p** |
| Социальная компетентность | 7.4 (2.64) | 6.9 (2.7) | 6.9 (2.6) | 6.3 (2.39) | 3.569 | 0.007\* |
| Непредсказуемость | 8.3 (2.73) | 7.8 (2.58) | 7.8 (2.54) | 8.1 (2.42) | 1.101 | 0.355 |
| Права человека | 8.6 (2.16) | 9.4 (2.6) | 9.6 (2.61) | 9.1 (2.44) | 3.329 | 0.01\* |

В этой связи, большое значение может иметь определение зависимости между представлениями респондентов о жизни больных и их отношением к ним. В ходе исследования была установлена позитивная корреляция между представлением о жизни больных и отношением к их социальной компетентности (r=0.298; p<0.001). Это означает, что чем больше респонденты были информированы о реальных условиях жизни лиц с психическими расстройствами, тем в большей степени они признавали способность больных к социальной адаптации.

Так же была установлена слабая отрицательная корреляция (r = -0.148; p<0.001) между представлениями участников опроса и их отношением к склонности больных к непредсказуемым действиям. Очевидно, люди лучше представляющие жизнь лиц, страдающих психическими расстройствами, в меньшей степени видят в них угрозу и необходимость их изоляции от остальных людей.

Наконец, отмечена позитивная корреляция между знаниями респондентов и отношением к правам психически больных (r=0.288; p<0.001), которая свидетельствует о том, что большее знакомство с жизнью больных подразумевает лучшее отношение к их гражданским правам и интересам.

В заключении респондентам был задан вопрос «Как Вы думаете, сколько людей в своей жизни испытывают серьезные проблемы психического здоровья?». Ответ 1 из 1000 человек выбрали 103 (10.3%), 1 из 100 человек – 202 (20.2%), 1 из 50 человек – 168 (16.8%), 1 из 10 человек – 205 (20.5%) респондентов. Еще 217 (21.7%) участников опроса признались, что затрудняются с ответом. Лишь 105 (10.5%) смогли указать правильное количество – 1 из четырех человек. Полученные данные свидетельствуют, что 90% людей не имеют достоверной информации о психических расстройствах.

Подводя итоги исследования стигмы, сопутствующей психическим расстройствам, следует остановиться на некоторых фактах, выявленных в ходе изучения общественного мнения.

Вопреки ожиданиям, данное исследование не выявило существенных различий ни по одному из факторов в зависимости от образования респондентов. Аналогичные результаты были получены в более ранних работах, где показано, что полученное образование не является предикторами позитивного или негативного отношения к психически больным [98, 260]. В то же время не нашло подтверждения данные ряда авторов о том, что социальное дистанцирование с возрастом увеличивается [42, 248]. Более того, по нашим наблюдениям, лица пожилого возраста в меньшей степени избегают пациентов с психическими расстройствами. В отличие от людей молодого или среднего возраста, пожилые люди не склонны излишне драматизировать влияние психических расстройств на социальные аспекты жизни больных и более объективно оценивают возможности пациентов учиться, работать и создавать семью. Благодаря жизненному опыту лица пожилого возраста чаще используют принцип *нормализации* в отношении людей с психическими расстройствами, когда последние воспринимаются, так же как и все остальные люди, имеющие схожие жизненные цели, потребности и отношения.

В настоящей работе, так же как и в исследовании шведских авторов [154] женщины в большей степени оценивали угрозу окружающим со стороны больных. По нашему мнению, респондентов женского пола представление о большей опасности лиц с психической патологией связано с настороженностью женщин в отношении насильственных действий, а так же большей потребностью в безопасности.

Наше исследование подтвердило выявленное в других исследованиях уменьшение социального дистанцирование при личном знакомстве с лицами с психическими расстройствами [46, 166], а так же тот факт, что уровень этого уменьшения дистанцирования коррелируют с качеством контактов с больными [38]. Так респонденты имеющие членов семьи, страдающих психическим расстройством обнаруживают наименьшую степень социального дистанцирования, но при этом они в меньшей степени рассматривают возможность толерантного отношения к больным в обществе. Это может быть связано с феноменом «само-стигматизации», наблюдаемом у членов семей психических больных [63] и патерналистическом подходе, характерному для лиц, обеспечивающих уход за больными [234].

Данные полученные в ходе настоящего исследования представляют значительный интерес с точки зрения проведения кампаний по повышению информированности населения по вопросам психического здоровья и преодолению стигмы, сопутствующей психическим расстройствам. Зависимость стигматизации от трех описанных нами факторов свидетельствует о необходимости уделить им пристальное внимание. Говоря конкретно, одна из составляющих кампании по преодолению стигмы должна быть нацелена на повышение информированности людей о социальной компетентности многих лиц, имеющих психическое расстройство. В частности, можно привести в качестве примеров многих исторических деятелей культуры и науки, страдавших психическими заболеваниями, подчеркивая их ценный вклад в развитие общества. Другая составляющая просветительской работы должна быть адресована к устранению предубеждений, связанных с опасностью исходящей от психически больных. Здесь могут быть приведены статистические данные о низком количестве правонарушений, совершаемых лицами с психическими расстройствами, по сравнению со здоровыми людьми.

Еще один компонент программы по профилактике стигмы должен быть направлен на привлечение внимания к необходимости защиты прав больных, которые является неотъемлемой частью обеспечения гражданских прав.

Кроме того, большое значение могут иметь целевые группы, среди которых проводится кампания по преодолению стигмы. К этим группам относятся работники системы здравоохранения, учителя, социальные работники, сотрудники органов правопорядка, представители гражданского общества, сотрудники органов исполнительной власти.

Важно подчеркнуть, что изменение отношения общества к наиболее уязвимым его членам способствует не только лучшей организации психиатрической и медицинской помощи, но и более высокому социальному и экономическому развитию всего общества.

**IV ГЛАВА**

**ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В СИСТЕМЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

Психическое здоровье является неотъемлемой частью и важнейшим компонентом здоровья. В Уставе ВОЗ говорится: "Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов"[16, с.1-26]. Важным следствием этого определения является то, что психическое здоровье – это состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество [15]. В этом позитивном смысле психическое здоровье является основой благополучия человека и эффективного функционирования общества.

Важными компонентами психического здоровья являются когнитивное функционирование, эмоциональное состояние, а так же поведение человека в межличностном контексте. Учитывая этот факт, укрепление, защита и восстановление психического здоровья воспринимаются индивидуумами, сообществами и социумом в целом как имеющие важное значение для развития [143, 148].

В последние годы в большинстве европейских стран вопросы психического здоровья приобрели приоритет с точки зрения общественного здравоохранения. При расчете в показателях DALY (число утраченных лет здоровой жизни) психоневрологические расстройства составляют второй по важности компонент бремени болезней в Европейском регионе ВОЗ – 19,5% от общего числа DALY [261].

По последним данным, психоневрологические расстройства занимают в Европе первое место по числу лет, прожитых с инвалидностью (показатель YLD), составляя 39,7% от суммарного значения (от всех причин) [249]. Одни только депрессивные расстройства обусловливают 13,7% YLD, став, таким образом, ведущей причиной хронических нарушений здоровья в Европе [75]. Болезнь Альцгеймера и другие формы деменции являются седьмой по важности причиной хронических состояний в Европе, обусловливая 3,8% от общей суммы YLD. На долю шизофрении и биполярного расстройства приходится по 2,3% от всех YLD [141].

На Графике 4.1. представлены данные Государственного Комитета по Статистике о заболеваемости психическими расстройствами. В 2016 г. в нашей стране количество людей с психическими расстройствами, обратившихся за помощью в связи с серьезным психическим заболеванием, нуждающимся в продолжительном лечении, составляет около 97348 человек.

**График 4.1. Число лиц с психическими расстройствами,**

**состоящих на диспансерном наблюдении.**

Как видно из графика количество больных, состоящих на диспансерном наблюдении, за последние три года снизилось примерно на 20%. Такое необычное снижение связано с тем, что в 2014 г. Центром Психического Здоровья был создан электронный реестр больных, это в свою очередь, потребовало обновления базы данных в районных поликлиниках, ответственных за проведение диспансерного наблюдения. Таким образом, многие лица, которые по разным причинам не обращались за психиатрической помощью, были сняты с диспансерного наблюдения. В итоге показатели учета психических расстройств в системе амбулаторной помощи составили 0.97%. Естественно, речь идет о тяжелых, хронических, рецидивирующих заболеваниях, поскольку лица, страдающие более легкими психическими расстройствами, не обращаются за диспансерным наблюдением и тем самым не попадают в официальную статистику.

Основными поставщиками услуг в области психического здоровья являются психиатрические кабинеты в поликлиниках и психиатрические больницы. Вместе с тем, после принятия поправок в Закон Азербайджанской Республики о «Психиатрической Помощи» врачи первичного здравоохранения получили право проводить диагностику и лечение наиболее распространенных психических расстройств [10]. С этой целью были составлены соответствующие протоколы и проведены тематические тренинги. Кроме того, значительная часть пациентов, получающих амбулаторное лечение, обращаются к частнопрактикующим специалистам.

**4.1. Анализ первичных обращений за амбулаторной психиатрической помощью**

Амбулаторные услуги больным, впервые обращающимся за помощью, в основном оказываются психиатрическими кабинетами, которые имеются в районных поликлиниках.

Как видно из Графика 4.1.1 среднее количество первичных обращений за последние десять лет составило приблизительно 5 тысяч человек (M=4998; SD=641.69). Хотя можно отметить значительные колебания в обращении за психиатрической помощью в разные годы, в целом обнаруживается тенденция к снижению случаев первичного обращения за помощью. Так если в 2007 г. число обратившихся составляло 6089 человек, то 2016 г. количество случаев первичного обращения было 3863.

**График 4.1.1. Число первичных обращений в системе**

**амбулаторной психиатрической помощи за 10 лет.**

Анализ распределения по половому признаку у больных первично обратившихся за помощью не выявил существенных различий, лица женского пола составляли 1/3 всех случаев (график 4.1.2).

**График 4.1.2. Соотношение лиц мужского и женского пола**

**среди первичных больных за 5 лет.**

На наш взгляд, меньшая обращаемость женщин не связана с какой-либо дискриминаций по гендерному признаку, а объясняется другими обстоятельствами. Во-первых, многие психические расстройства у лиц мужского пола впервые выявляются во время призыва на военную службу, тогда как освобождение от призыва требует официального обращения за психиатрической помощью и постановки на диспансерное наблюдение. Во-вторых, согласно мировой статистике, женщины чаще чем мужчины страдают менее тяжелыми аффективными и тревожными расстройствами, лечение которых не требует обращения за специализированной психиатрической помощью, поэтому эти случаи не попадают в официальную статистику [229]. В-третьих, лица мужского пола в большей степени подвержены риску возникновения тяжелых психических расстройств, включая расстройства связанные с употреблением психоактивных веществ и травматического поражения ЦНС.

Анализ возрастной динамики среди больных впервые обратившихся за психиатрической помощью за пять лет выявил интересную закономерность – соотношение пациентов до 18 лет имеет тенденцию к снижению, в то время, как соотношение больных 30 лет и старше возрастает (график 4.1.3). Так, если в 2012 г. число детей составляло 38% от общего количества первичных больных, то в 2016 г. дети составили всего 27%. За счет этого уменьшения числа детей увеличивалось процентное соотношение лиц старше 30 лет, хотя их абсолютное количество оставалось стабильным. Исходя из этих данных, можно предположить, что снижение первичной обращаемости за психиатрической помощью происходит за счет уменьшение числа лиц до 18 лет. Рассматривая эти данные в контексте реформ в здравоохранения, следует признать, что многочисленные программы, осуществляемые государством в области охраны здоровья детей и подростков, привели к снижению заболеваемости психическими расстройствами в возрастной группе до 18 лет. Указанное обстоятельство подтверждает тот факт, что почти двукратное снижение заболеваемости отмечено по таким диагнозам как органические психические расстройства и расстройства развития, соответственно 1730 и 311 в 2012 г., а в 2016 г. – 966 и 164. Эти расстройства наряду с умственной отсталостью наиболее часто диагностируются до 18 лет (График 4.1.4).

**График 4.1.3. Распределение по возрасту**

**среди первичных больных за 5 лет.**

**График 4.1.4. Распределение по диагнозам**

**среди первичных больных за 5 лет.**

Говоря о других диагнозах, следует отметить стабильные показатели по шизофрении (M= 677; SD=39.4) и расстройствам личности (M=246; SD=42.6). В то же время могут вызвать недоумение необычайно низкие показатели аффективных (M=157; SD=34.4) и тревожных расстройств (M=493; SD=81.8). Этому феномену может быть дано несколько объяснений. Во-первых, лица, страдающие наиболее распространенными расстройствами, такими как депрессия или тревожные расстройства, редко обращаются за специализированной психиатрической помощью, предпочитая получать лечение у других специалистов. Во-вторых, даже обратившись к психиатру, они по всей вероятности получат лечебно-консультативную помощь, а диспансерное наблюдение, подразумевающее наличие тяжелого или хронического психического расстройства, в отношении них проводиться не будет. Наконец, указанные диагнозы не подразумевают возможности установления группы инвалидности, получения пенсии и обеспечения бесплатными лекарствами, поэтому такие пациенты будут стремиться избегать официальной регистрации в психиатрическом кабинете районной поликлиники.

Говоря о первичной инвалидности по психическим расстройствам, следует отметить отчетливую тенденцию к снижению, которая показана на Графике 4.1.5.

**График 4.1.5. Динамика показателей первичной инвалидности по психическим расстройствам за 10 лет.**

Так если в 2007 г. 2033 лицам старше 18 лет впервые в жизни была установлена инвалидность по психическому заболеванию, то в 2016 г. этот показатель уменьшился на 23% и составил 1556 человек. При этом если в 2007 г. психические расстройства составляли 9.5% от всех заболеваний, при которых впервые в жизни устанавливалась инвалидность, то в 2016г. они составили 5.8%.

Важно отметить, что структура первичной инвалидизации по психическим расстройствам не претерпела существенных изменений (График 4.1.6). Выявленные различия касались только инвалидизации связанной с умственной отсталостью, в то время как соотношение по другим диагнозам оставалось стабильным.

**График 4.1.6. Структура первичной инвалидности за последние 5 лет.**

**4.2. Анализ первичных обращений за стационарной психиатрической помощью**

Стационарная помощь в Азербайджане проводится в десяти специализированных психиатрических больницах, исключение составляют психосоматические отделения, входящих в состав больниц общего профиля. За последние десять лет количество коек в психиатрических стационарах сократилось на 14% с 4135 в 2007 до 3535 в 2016 г., что связано с существующим общемировым трендом деинституциализации психиатрической помощи (График 4.1.7.).

**График 4.1.7. Динамика коечного фонда**

**психиатрических стационаров за 10 лет.**

Анализируя количество госпитализаций в психиатрические больницы, обращает внимание резкое уменьшение числа больных, поступивших на стационарное лечение в 2016 г. Этот факт объясняется ни чем иным как закрытием на ремонт трех психиатрических больниц в регионах. Среднее количество, поступающих на стационарное лечение, составляет 15625 больных (SD=3170.4). Примерно столько же больных (M= 15440; SD=3070.3) и выписывается из стационара в течение года (График 4.1.8).

Несмотря на различия числа больных, находящихся на стационарном лечении в разные годы, соотношение мужчин и женщин остается одинаковым 2:1 (График 4.1.9). Это обстоятельство может быть связано с тем, что по сравнению с противоположным полом лица мужского пола во время обострения состояния, представляли большую социальную опасность, требующую стационирования. Кроме того, лица мужского пола в меньше степени, чем женщины склонны придерживаться режима терапии, назначенной в амбулаторных условиях. Кроме того, средний возраст мужчин (М=35,9;SD=13.63) моложе чем у женщин (M=41,23; SD=14.9). Это объясняется тем, что процессуальные психические заболевания у мужчин, как правило, начинается раньше, чем у женщин [206].

**График 4.1.8. Число поступивших и число выписавшихся**

**стационарных больных.**

**График 4.1.9. Распределение по полу среди стационарных пациентов.**

На Графике 4.1.10, в котором представлено распределение по возрасту стационарных больных, отчетливо видно преобладание пациентов молодого возраста во все годы, кроме 2016. При этом количество пациентов более молодого и более старшего возраста остается неизменным. Уместно предположить, что сокращение поступлений в стационары произошло именно за счет лиц возрастной группы 18-30 лет. По всей видимости, это связано с особенностями призыва на военную службу, поскольку большинство психических расстройств в данной возрастной группе выявляются во время прохождения призывниками медицинской комиссии, которая направляет лиц с психическими расстройствами для диагностики и лечения в стационары.

**График 4.1.10. Распределение по возрасту**

**среди стационарных больных.**

Рассматривая распределение по диагнозам стационарных больных, было установлено, что наиболее распространенным психическим расстройством является шизофрения. Число пациентов получающих лечение в стационарах с этим диагнозом составляет 3707 (SD= 148.1) или 23.7%. Еще одним распространенным диагнозом является органические психические расстройства (М= 2711; SD= 519.04) или 17.3% случаев. Другими распространенными расстройствами являются расстройства личности – 10.9%, психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ - 8.6%, аффективные расстройства - 6.8% (график 4.1.11).

**График 4.1.11. Распределение по диагнозам среди стационарных больных.**

Как и в случае с больными получающими лечение в амбулаторных условиях обращает внимание крайне малое количество пациентов с аффективной патологией находящихся в стационаре. Естественно, не все случаи тяжелой депрессии или биполярного аффективного расстройства нуждаются в стационарной помощи, однако с учетом значительно большей распространенности этих расстройств по сравнению с шизофренией можно предположить недостаточное диагностирование аффективной патологии в стационарах. Важно отметить, что, несмотря на инвалидизирующий характер тяжелых и хронических аффективных расстройств, медико-социальные комиссии при Министерстве Труда и Социальной Защиты населения не признают их в качестве основания для установления группы инвалидности. В этой связи, по нашему предположению, лица, находящиеся на стационарном лечении и имеющие выраженное снижение функциональной адаптации, диагностируются как пациенты, страдающие расстройствами личности, шизофренией или органическими расстройствами, которые дают возможность получать пенсию по инвалидности.

С особенностями работы медико-социальных комиссий связан еще один интересный факт, который может оказывать влияние на поступление больных в стационары. До 2016 г для назначения группы инвалидности все больные должны были ежегодно в обязательном порядке проходить стационарное обследование вне зависимости от клинических показаний для госпитализации. Однако после внесения изменений в процедуры, регламентирующие работу этих комиссий было изъято положение о необходимости стационарного обследования, а группа инвалидности в зависимости от степени социальной дезадаптации устанавливалась на период не менее 5 лет или пожизненно. Следствием этого явилось резкое сокращение числа первичных госпитализаций в психиатрические больницы в 2016 г (График 4.1.12).

**График 4.1.12. Динамика первичных поступлений за 5 лет.**

Анализ соотношения первичных и повторных госпитализаций позволил установить преобладание первичных больных в системе стационарной помощи. Однако в 2016 г число первичных поступлений в стационары значительно снизилось, а число повторных госпитализаций несколько возросло. Таким образом, можно заключить, что сокращение госпитализаций происходит за счет уменьшения обращений первичных больных (график 4.1.13).

**График 4.1.13. Соотношение первичных и повторных поступлений.**

Рассматривая динамику недобровольных госпитализаций, обращает внимание снижение этого показателя с 233 в 2012 г до 147 в 2016 г. Снижение числа недобровольных госпитализаций нельзя связывать только фактом снижения обращения за стационарной помощью, поскольку и в предыдущие 2016 г годы мы можем наблюдать тенденцию к их сокращению (График 4.1.14).

**График 4.1.14. Динамика недобровольных госпитализаций.**

**4.3. Вопросы кадрового обеспечения системы психического здоровья**

Широкомасштабная реформа системы психического здоровья подразумевает развитие кадрового потенциала, который являются одним из основных компонентов оказания эффективной помощи. Успешное выполнение функциональных задач в области охраны психического здоровья непосредственно зависит от уровня квалификации кадров, включая их образование, практические навыки и отношение к профессиональным обязанностям. В этой связи жизненно необходимо проводить отбор, обучать и сохранять высококвалифицированных специалистов, которые являются самым ценным ресурсом системы психического здоровья [33].

Говоря о специалистах в области психического здоровья, в первую очередь, речь идет о психиатрах. За последние десять лет число психиатров существенно сократилось с 444 в 2007 г до 311 в 2016 г или с 5 до 3 на 100 тысяч населения. Этот показатель значительно меньше среднего числа психиатров в странах Европейского региона ВОЗ (8.5 на 100000). Из всех психиатров 236 (75.8%) работают в учреждениях системы здравоохранения, а 75 человек в других организациях или частном секторе. Важно отметить, что 149 вакансий психиатров остаются свободными (график 4.3.1).

**График 4.3.1. Сокращение числа психиатров за 10 лет.**

Из 311 психиатров 172 работают в г. Баку, а 139 человека – в регионах, таким образом, концентрация специалистов в столице составляет 7.7 на 100 тысяч населения, что намного превышает показатели в других регионах страны. Из 236 психиатров, работающих в системе здравоохранения, 114 человека работают в системе стационарной помощи, а 122 – в амбулаторных учреждениях

Важно отметить, что в 17 административных районах должности психиатров не предусмотрены, а 8 районах эти должности занимают не психиатры, а другие специалисты, чаще всего неврологи.

За прошедшие годы руководство здравоохранения предприняло большие усилия для повышения качества подготовки психиатров. Наряду с постоянно обновляемой программой резидентуры по психиатрии, введены новые правила сертификации специалистов, включая тестирование. Так же многие специалисты получили возможность прохождения образовательных программ и практики за рубежом. Вместе с тем, как и во многих других странах, работа в психиатрии является менее привлекательной, чем в других областях медицины. Вследствие стигмы, сопутствующей психическим заболеваниям, медицинские студенты реже выбирают психиатрию в качестве будущей профессии. С одной стороны это препятствует поиску и привлечению молодых специалистов в психиатрические учреждения, порождая дефицит психиатров и снижение доступности услуг в области психического здоровья. С другой стороны это не позволяет проводить отбор лучших специалистов, что сказывается на преемственности и качестве помощи.

К другим специалистам в области психического здоровья относятся клинические психологи. За последнее время можно отметить возросший интерес к этой специальности и развитие ее в нашей стране. Официальное признание профессии состоялось в 2008 г. когда в Бакинском Государственном Университете была внедрена двухгодичная программа по клинической психологии. С этого времени число клинических психологов, работающих в системе здравоохранения, увеличилось с 6 человек в 2008 г. до 74 в 2016 г., что составляет 0.7 на 100 тысяч населения. При этом практически все психологи работают в Баку. Большое значение для привлечения психологов в систему психического здоровья имело решение Министерства Здравоохранения об обеспечении штата клинического психолога в крупных медицинских учреждениях. Следует отметить, что за этот период определился круг должностных обязанностей клинических психологов, который включает выявление когнитивных, эмоциональных и поведенческих проблем, обследование с использованием психологических тестов, оказание консультативной и психотерапевтической помощи, а так же участие в реабилитации и экспертной работе.

Большая роль в системе психического здоровья отводится психиатрическим медсестрам. В 2016 г. количество медсестер в психиатрических учреждениях составило 609 человек или 6.2 на 100 тысяч населения, а число свободных вакансий составляет 99. Позитивным фактом является то, что в столице работают 229 медсестер, а в регионах – 380. Вместе с тем, подавляющее число (до 80%) медсестер работают в системе стационарной помощи. Самой большой проблемой в подготовке сестринских кадров для психиатрии является образование. В отличие от своих коллег в других странах, где психиатрические медсестры получают образование на уровне бакалавриата и выше, в нашей стране образование медсестер ограничивается двумя годами среднего учебного заведения. В этой связи психиатрические медсестры не могут принимать самостоятельные решения и выполнять функции, которые выполняют медсестры в других странах.

Наконец, в Азербайджане существует большая потребность в привлечении в систему психического здоровья социальных работников и специалистов в области реабилитации. В некоторых университетах существуют программы подготовки специалистов по социальной работе, однако их деятельность в области психического здоровья официально не определена. Во многих странах социальные работники выполняют важные функции, включающие выявление потребностей и социальных проблем у лиц с психическими расстройствами, составление плана выздоровления, в который входят кратковременные и долговременные цели, широкий спектр социальных вмешательств, а так же работа с семьями. Говоря о специалистах в области реабилитации психически больных, в первую очередь, следует отметить их роль в развитии жизненных навыков, профессиональном обучении и поддержании занятости.

К сожалению, нерешенность вопроса о включении этих специалистов в список медицинских специальностей не позволяет использовать их знания и навыки в системе психического здоровья. Реализация этих задач требует последовательного комплексного подхода с участием различных государственных организаций. Благодаря этому подходу можно осуществлять планирование, регламентацию, набор и обучение специалистов, что в конечном итоге приведет к качественному росту кадрового потенциала системы психического здоровья. Кроме того, огромное значение имеет использование опыта тех стран, где эти специалисты были успешно интегрированы в психиатрические учреждения и работают для удовлетворения разнообразных потребностей лиц с психическими расстройствами, членов их семей и общества в целом.

Рассматривая динамику основных показателей психиатрической помощи и кадрового обеспечения в системе психического здоровья в нашей стране, обнаруживается явное сходство со странами с развивающейся экономикой, в которых имеются известные трудности во внедрении новых услуг [277]. В первую очередь речь идет о принятии стратегических решений, призванных устранить недостатки в организации психиатрической помощи [80]. К сожалению, процесс принятия решений основанных на принципах доказательной медицины, который является «золотым стандартом», по ряду объективных причин применяется не во всех случаях, что создает т.н. «переходный пробел» между научными доказательствами и повседневной практикой [119]. Ни для кого не секрет, что подавляющее большинство исследований, направленных на выработку стратегических решений, проводятся в индустриально развитых странах, тогда как в странах со средним уровнем дохода, к которым относится наша страна, число таких исследований очень незначительно [253, 265]. Кроме того, система психического здоровья значительно отличается от остальной системы здравоохранения. Во-первых, поскольку в рамках психического здоровья рассматриваются различные по своей тяжести и течению состояния – от легких форм нарушения адаптации до тяжелых случаев деменции – априори невозможно применение «универсального» подхода, а требуется принятия сразу множественных решений. Во-вторых, как показало наше исследование, улучшение показателей психического здоровья не может быть достигнуто в рамках одной системы здравоохранения – требуется значительное участие других секторов, включающих социальное обеспечение, образование, занятость, жилищное обеспечение и др. [252]. Наконец, значительные трудности создает неопределенность значительного числа нозологий, находящихся на границе психиатрии, психологии и неврологии, в отношении которых имеются противоречия и ведутся споры [216]. В этой связи следует признать справедливым мнение некоторых авторов, указывающих на то, что многие услуги не могут быть внедрены не из-за своего внутреннего содержания, а из-за непредсказуемости системы вокруг них [240].

Важным итогом изучения показателей психиатрической помощи в нашей стране является подтверждение необходимости развития т.н. внебольничной помощи, которая, рассматривая пациентов с перспективы общественного здравоохранения, создает условия для оказания доступной, преемственной, мультидисциплинарной помощи широкому пласту пациентов, которые в настоящий момент не охвачены традиционными службами психического здоровья.

Создание внебольничных учреждений психического здоровья будет способствовать не только комплексному подходу к лечению и реабилитации больных с тяжелыми и хроническими психическими расстройствами, но и расширит возможности для использования семейной и социальной поддержки с целью интеграции больных в обществе.

Наконец, развитие внебольничной помощи подразумевает внедрение программ, основанных на принципах доказательной медицины, что в свою очередь повышает результативность и экономическую эффективность услуг в области психического здоровья.

**V ГЛАВА**

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПОМОЩИ ЛИЦАМ, НАХОДЯЩИМСЯ**

**НА ДЛИТЕЛЬНОМ СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ**

В 2015 г. Европейское региональное бюро ВОЗ приступило к изучению условий лечения лиц с длительными сроками госпитализации в психиатрических учреждениях, с целью ликвидации серьезных пробелов в оказании стационарной помощи. Необходимость данного исследования связана с участившимися фактами отсутствия лидерства, нечеткого разграничения обязанностей между различными секторами, слабой системой обеспечения качества и ограниченных кадровых ресурсов. Кроме того, систематическая нехватка количественных данных, информации о потребностях и условиях, созданных для больных, находящихся длительное время в специализированных психиатрических больницах, является серьезным препятствием для развития эффективной помощи. Наша страна вместе с еще 38 странами, входящими в Европейский регион ВОЗ, приняла участие в данном исследовательском проекте. На первом этапе проекта осуществлялось определение количества и характеристик психиатрических стационаров, предназначенных для длительного пребывания взрослых с хроническими нарушениями психического здоровья, а на втором этапе проводилась оценка качества услуг в этих учреждениях.

В качестве инструмента был выбран Набор методик ВОЗ для оценки качества помощи в учреждениях по охране психического здоровья и соблюдения прав человека в них [280]. Так же данный инструмент позволяет отчетливо генерировать полученные данные с целью разработки и внедрения необходимых мероприятий. Данный набор содержит три компонента:

* Инструкции по применению методик ВОЗ, которые детально описывают все этапы проведения оценки
* Инструменты по оценки, включающие формы опроса, формы наблюдений и проверки документации
* Инструменты по составлению отчета, которые представлены в двух вариантах – отчетность по учреждению и отчетность по стране

Набор методик ВОЗ охватывает пять широких тем относящихся к качеству помощи и соблюдению прав человека в психиатрических учреждениях. Каждая тема содержит несколько стандартов, которые в свою очередь включают критерии, соответствующие каждому стандарту. Все темы, стандарты и критерии оцениваются по четырех-бальной шкале

* Удалось достичь полностью – наивысший бал, присуждается в случаях, когда имеются фактические данные, указывающие на то, что удалось достичь полного соблюдения критерия, стандарта или полного успеха в области, на которой сосредоточена оценка
* Удалось частично достичь – имеются фактические данные, указывающие на то, что удалось достичь соблюдения критерия, стандарта или успеха в области, на которой сосредоточена оценка, но необходимо некоторое улучшение результатов
* Приступили к достижению – устанавливается в случаях наличия фактических данных, указывающих на то, что предпринимаются шаги для того, чтобы достичь соблюдения критерия, стандарта или успеха в области, на которой сосредоточена оценка, но необходимо значительное улучшение результатов
* Не приступали к достижению - нет данных о достижении критерия, стандарта или темы

В случае если тема, стандарт или критерий неприменим к данному учреждению (например, невозможно оценить спальные помещения в амбулаторных учреждениях), то делается соответствующая запись о неприменимости оценки.

На сегодняшний день в Азербайджане 1168 пациентов находятся на длительном лечении (свыше 1 года) в психиатрических учреждениях. Основные характеристики этих больных представлены в Таблице 5.1. Следует отметить, что 89% таких пациентов находиться на лечении в ПБ№1 МЗ АР. В этой связи данное учреждение было выбрано для оценки качества услуг лицам, находящимся на лечении в психиатрических отделениях длительное время.

**Таблица 5.1**

**Социо-демографические характеристики больных, находящихся**

**на длительном стационарном лечении**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Шеки** | **Нахичевань** | **Гянджа** | **КПБ № 2 Баку** | **Казах** | **Сальян** | **ПБ№ 1 МЗ** |
| **Пол**  Мужской  Женский | 7  5 | 10  5 | 9  - | 4  - | 6  10 | 33  42 | 659  378 |
| **Возраст**  <21  21-30  31-40  41-50  51-60  >60 | -  -  3  4  3  2 | -  4  2  7  2  - | -  -  1  5  3  - | 1  -  1  2  -  - | -  2  1  5  5  3 | -  4  11  38  17  5 | 32  103  186  331  263  122 |
| **Период лечения**  1-3 years  3-5 years  5-10 years  >10 years | 12  -  -  - | 13  1  -  1 | 8  1  -  - | 2  2  -  - | 4  12  -  - | 12  20  28  15 | 441  344  184  68 |
| **Диагноз**  Орг р-ва  Шизофрения  Р-ва личности  Отставание в развитии | -  12  -  - | 1  10  -  4 | 2  7  -  - | -  4  -  - | 1  11  -  4 | 3  62  2  8 | 155  703  27  141 |

В соответствии с исследовательским протоколом ВОЗ были отобраны 12 отделений в Психиатрической Больнице № 1 МЗ АР, из которых 3 отделения были женскими, 6 мужскими, 1 смешанное, а еще 2 были предназначены для принудительного лечения пациентов мужского пола, совершивших правонарушения. Определение качества услуг включало оценку санитарно-гигиенических условий в отделениях, проверку медицинской документации, а так же интервьюирование самих пациентов, членов их семей и персонала, оказывающего им помощь. Критериями для включения пациентов в исследование были:

* Зрелый возраст – старше 18 лет и моложе 65 лет
* Установленный диагноз тяжелого хронического психического расстройства (за исключением, деменции, отставания в интеллектуальном развитии, употребления психоактивных веществ)
* Длительность пребывания в стационаре не меньше одного года
* Выраженное снижение функциональной адаптации и наличие признаков инвалидности в связи с текущим психическим расстройством
* Способность и согласие участвовать в исследовании

Все собеседования с пациентами проводились индивидуально в специально выделенной комнате. Собеседование с членами семей больных так же проводилось в приватных условиях во время посещения ими своих родственников. Персонал отделений с которым проводилось собеседование включал – 5 врачей-психиатров, 2 клинических психологов, 3 старших медсестер, 8 процедурных медсестер, 3 сестер-хозяек, 9 санитаров.

Наблюдения и собеседования с участниками исследования проводились в течении шести рабочих дней. Ежедневно двое интервьюеров проводили опрос 6-7 пациентов, их родственников или персонала в отобранных отделениях. Собеседования с респондентами в среднем продолжались около одного часа, при этом собеседования с пациентами длились дольше, чем с членами семей или персоналом отделений. Если респондент испытывал трудности в понимании вопроса, то ему давались соответствующие разъяснения.

В целом все респонденты проявили открытость к коммуникации, хотя некоторые работники из числа младшего медицинского персонала выражали опасения, ошибочно принимая опрос за официальную проверку. В этой связи 6 из запланированных интервью с медицинским персоналом не были проведены. Остальные участники исследования выражали интерес к ознакомлению с его результатами и возможностью улучшить качество помощи больным с длительными сроками госпитализации.

В таблице 5.2 представлена информация о проведении собеседования.

**Таблица 5.2**

**Число собеседований проведенных**

**в Психиатрической Больнице №1 МЗ АР**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Отделение** | **Число персонала** | **Общее число больных** | **Число больных находящихся в стационаре свыше 1 года** | **Персонал** | **Пациенты** | **Члены семьи** |
| 1-е женское | 23 | 95 | 49 | 3 | 3 | 1 |
| 2-е женское | 19 | 82 | 42 | 2 | 3 | 1 |
| 4-е женское | 24 | 99 | 69 | 2 | 3 | 2 |
| 7-е мужское | 18 | 52 | 15 | 3 | 3 | - |
| 8-е мужское | 19 | 21 | 20 | 2 | 3 | 1 |
| 15-е мужское | 17 | 51 | 40 | 3 | 3 | 2 |
| 16-е мужское | 17 | 59 | 24 | 3 | 3 | - |
| 17-е мужское | 19 | 59 | 29 | 2 | 3 | 1 |
| 18-е мужское | 22 | 70 | 62 | 2 | 3 | - |
| смешанное | 23 | 49 | 45 | 3 | 3 | 2 |
| Судебное общего режима | 24 | 102 | 77 | 2 | 3 | 1 |
| Судебное усиленного режима | 18 | 41 | 26 | 3 | 3 | 1 |

После сбора данных была проведена встреча специалистов, проводивших собеседования и наблюдения, в ходе обсуждения давалась экспертная оценка выполнения критерия, стандарта и темы в каждом отделении. Таким образом, оценка отделения основывалась на совместном решении экспертов. Оценка стандарта определялась исходя из общего количества баллов, набранных по критериям, оценка темы – вытекала из баллов, набранных по стандартам, относящимся к данной теме. Общая оценка всех отделений определялась преобладающим количеством баллов, присужденных каждому отделению. При невозможности точного определения преобладающего количества баллов, было принято решение выставлять более низкий балл. Случаи оценки полностью достигнутых критериев, стандартов и тем, а так же случаи когда выполнение их еще не было инициировано, как правило, не вызывали экспертных разногласий. В то же время отсутствие четких различий между частичным достижением и инициированным достижением затрудняли вынесение итоговой оценки. В этих случаях так же устанавливался более низкий балл.

**5.1.** **Тема 1. Право на достаточный жизненный уровень**

**(Статья 28 КПИ)**

В соответствии с Набором методик ВОЗ Тема 1 включает следующие стандарты:

* Стандарт 1.1. Хорошее физическое состояние помещения. К этому стандарту относятся такие критерии как нормальный ремонт помещений, условия для лечения лиц с физической инвалидностью, адекватное освещение, теплоснабжение и вентиляция, наличие системы противопожарной безопасности.
* Стандарт 1.2. Наличие достаточного личного пространства и удобство спальных помещений для пациентов. Этот стандарт включает наличие достаточного пространства для сна, отдельных спальных помещений для больных, отличающихся по возрасту и полу, свободный выбор времени для сна и пробуждения, приватность, чистое постельное белье, наличие тумбочек для хранения личных вещей.
* Стандарт 1.3. Соответствие санитарно-гигиеническим требованиям. В этот стандарт описывает гигиену и работу санузлов, возможность раздельного пользования ими пациентами мужского и женского пола, наличие условий для купания инвалидов
* Стандарт 1.4. Обеспечение пациентов питанием, чистой питьевой водой, одеждой, отвечающей их потребностям и предпочтениям. Критериями, обеспечивающими выполнения данного стандарта, являются хорошее качество еды и воды, которые соответствуют требованиям здорового питания и культуральным предпочтениям, наличие специальных помещений для хранения, приготовления и приема пищи, возможность носить привычную одежду, а так же предоставление одежды в случае необходимости.
* Стандарт 1.5. Уважение к свободе и приватности общения пациентов. К данному стандарту относятся возможность пользоваться средствами коммуникации без цензуры, конфиденциальность общения пациентов, свободный выбор языка для общения, возможность принимать посетителей и общаться с другими пациентами.
* Стандарт 1.6. Предоставление гостеприимной, удобной и стимулирующей среды, способствующей активному участию и взаимодействию. Стандарт включает планировку отделений, мебель, оборудование, условия для проведения досуга.
* Стандарт 1.7. Возможность пациентов вести полноценную жизнь и быть вовлеченными в социальную деятельность. Критериями для стандарта являются возможность взаимодействия с другими пациентами, участие в семейных мероприятиях (свадьбы, похороны и пр.), занятия полезной деятельностью, получение информация и доступ к мероприятиям, приводящимся внутри и за пределами учреждения.

Практически во всех отделениях можно было констатировать выполнение стандартов, относящихся к Теме 1, однако для полного достижения целей данной темы требуются некоторые улучшения (График 5.1.1). Общей проблемой для всех отделений является недостаточный учет потребностей пациентов с нарушениями двигательных функций. Хотя персонал отделений был достаточно подготовлен для помощи таким пациентам и был готов по первому требованию оказывать эту помощь, пациенты с физическими ограничениями испытывали трудности в самообслуживании.

Следует отметить, что некоторые аспекты условий пребывания больных, такие как режим сна и прием пищи, зависели от внутреннего распорядка в отделениях. Например, время сна и пробуждения больных были связаны с раздачей лекарственных препаратов. Другие виды деятельности зависели от имеющегося оборудования. В частности особенности водоснабжения в больнице позволяют пользоваться душей только в порядке очереди. Вместе с тем как минимум 3 раза в неделю пациенты могут посещать банный комплекс, имеющийся на территории больница. Хотя ни пациенты, ни персонал не предъявлял жалобы в связи с гигиеническими процедурами, гипотетически, пациенты не могут пользоваться душевыми в любое предпочтительное для них время.

Во всех отделениях у пациентов имеются тумбочки для хранения личных вещей, однако планировка отделения не позволяет расположить тумбочки со стороны кроватей. Кроме того, их конструкция не предусматривает возможность запирать их на ключ.

Особую проблему представляет общение пациентов по телефону – многие пациенты жаловались на отсутствие постоянного доступа к телефонной связи, а так же на то, что персонал, прежде чем предоставить такой доступ, выясняет, кому и зачем будет звонить пациент. По словам персонала, ограничение телефонных разговоров связано с тем, что звонки пациентов, особенно находящихся в психотическом состоянии, могут беспокоить абонентов. В этой связи, медицинский персонал сообщал о нередких случаях, когда пациенты звонили разным людям и организациям, сообщая шокирующие новости. Наконец, согласно статье 23.2. Закона АР о Психиатрической Помощи администрация психиатрических больниц может ограничивать использование телефона и других средств коммуникации пациентами, находящимися на стационарном лечении [10].

**График 5.1. Достижение стандартов и Темы 1.**

В каждом отделении имелся прогулочный дворик, при этом время прогулок варьирует от сезона года. Во время прогулок пациенты имеют возможность общаться друг с другом. В то же время, в силу культуральных особенностей, персонал не способствует общению пациентов с лицами противоположного пола, если последние не являются их родственниками или сотрудниками учреждения. При расспросе персонал сообщал о жалобах членов семей, особенно родителей молодых пациенток, которые были недовольны общением их дочерей с пациентами мужского пола.

Из оборудования во всех отделениях имелся доступ к телевидению, при этом данного оборудования было явно недостаточно для организации досуга пациентов.

Важно отметить, что несколько раз в течении года пациенты участвуют в мероприятиях, организованных вне стен больницы. К таким мероприятиям относятся художественные выставки, концерты, экскурсии, спортивные соревнования. С 2012 руководство больницы при сотрудничестве с посольством Федеративной Республики Германии ежегодно организует театральные постановки пациентов, участвующих в реабилитации.

Как показывают наблюдения, условия пребывания пациентов могут отличаться в различных отделениях. Например, некоторые пациенты сообщили, что они могут свободно перемещаться по территории больницы и выходить за ее пределы, использовать в любое время мобильные телефоны, тогда как другие указывали на существующие ограничения. По мнению персонала, такие различия связаны с тяжестью состояния больных, возможностью совершения непредсказуемых действий, наличием критики к состоянию и контроля над своим поведением, а так же отношением с другими людьми.

Важно отметить, что интервьюируемые пациенты и члены их семей в связи с Темой 1 сообщали о позитивных аспектах, таких как хороший ремонт, чистота, качественная пища и пр.

**5.2. Тема 2. Право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья (Статья 25 КПИ)**

Данная тема объединяет в себе следующие стандарты:

* Стандарт 2.1. Учреждения доступны для всех нуждающихся в лечении и помощи. Данный стандарт рассматривает принцип равенства в оказании помощи вне зависимости от пола, национальной и религиозной принадлежности, социального статуса. Так же к нему относятся возможность получать необходимое лечение в учреждение или направление в другое учреждение в случае необходимости и недопущение дискриминации при поступлении, пребывании и выписке из стационара.
* Стандарт 2.2. Наличие соответствующих навыков у персонала и оказание качественных услуг в области психического здоровья. В соответствии с этим стандартом персонал должен уметь оказывать консультативную, лечебную и реабилитационную помощь, способствующую самостоятельной жизни больных и интеграции их в обществе. Кроме того персонал должен иметь информацию о ресурсах помощи, знать основные виды медикаментозного лечения, хорошо понимать и соблюдать права больных и выражать свое мнение об оказываемой помощи, включая ее улучшение.
* Стандарт 2.3. Лечение психосоциальная реабилитация и другие услуги являются частью плана выздоровления, который составляется совместно с пациентом и улучшает его способность к самостоятельной жизни в обществе. Как видно из описания стандарта, его основным компонентом является наличие плана выздоровления, который включает медицинские и социальные задачи лечения, предпочтения пациента в отношении оказываемой помощи, доступ к реабилитационным услугам и другим видам поддержки.
* Стандарт 2.4. Доступность и рациональное использование лекарственных препаратов. В данный стандарт входит наличие в учреждении основных лекарственных препаратов, соответствие препаратов потребностям пациентов, правильный выбор их дозировки, информирование пациентов о цели назначения препаратов, возможных побочных явлениях и альтернативных методах лечения, включая психотерапию.
* Стандарт 2.5. Адекватные услуги в области соматического и репродуктивного здоровья. К этому стандарту относятся регулярные физические обследования больных, программы вакцинации, хирургические и другие вмешательства, проводимые в самом учреждении или в других учреждениях, куда пациенты могут быть направлены, а так же информирование по вопросам физического и репродуктивного здоровья.

Оценка качества выявила в целом выполнение задач Темы 2, при этом некоторые аспекты могли бы быть улучшены (График 5.2.1). Все пациенты имели равный доступ к оказываемым услугам, никаких фактов дискриминации по полу, возрасту, наличию инвалидности, национальной и религиозной принадлежности выявлено не было. Все прошедшие интервью психиатры, психологи и старшие медсестры были хорошо информированы по вопросам охраны прав пациентов, чего нельзя сказать о других сотрудниках. Так, средний младший медперсонал имел недостаточно знаний о правах лиц с инвалидностью.

В больнице имелись медикаменты, относящиеся к различным типам психотропных препаратов – нейролептикам, антидепрессантам, транквилизаторам, антиконвульсантам и пр. Все участвовавшие в опросе психиатры, которые являются специалистами обладающие исключительным правом назначения психофармакотерапии, показали хорошие знания принципов лечения и профилактики побочных эффектов лекарственной терапии.

Вместе с тем, анализ медицинской документации выявил случаи несоответствия назначаемой терапии c принятыми в стране клиническими протоколами – в некоторых из этих случаев доза препаратов превышала необходимую норму. Кроме того, более половины интервьюированных пациентов обладали адекватной информацией о назначенном медикаментозном лечении. Хотя пациенты в принципы могут обсуждать свои предпочтения относительно препаратов, в конечном итоге, решение о назначении конкретных медикаментов принимается врачом, а не совместно с пациентом. С другой стороны, как показывает опрос членов семей больных, многие пациенты в силу тяжести своего состояния не обнаруживают достаточно компетенции и полностью делегируют принятие решения своим врачам. Следует отметить, что план лечения фокусируется только на фармакотерапии, тогда как психосоциальные потребности, которые важны для выздоровления, в него не включаются.

За исключением больных, находящихся на принудительном лечении, все пациенты, поступая в стационар, подписывают форму добровольной госпитализации и информированное согласие на лечение. В то же время лишь некоторые из пациентов сообщили, что им были даны четкие и полные разъяснения, касающиеся их прав. Следует отметить, что пациенты в отделениях принудительного лечения были лучше информированы о своих правах, юридических процедурах и законном представительстве. По мнению персонала и самих пациентов, эта информация была ими получена в ходе следствия и судебного разбирательства в связи с совершенным правонарушением.

**График 5.2.1 Достижение стандартов и Темы 2.**

В пяти отделениях пациенты участвовали в программе реабилитации, включавшей развитие жизненных навыков, трудотерапию и арт-терапию. При этом такие пациенты выражали более позитивное отношение к условиям в больнице и лечению. К сожалению, нехватка специалистов в области реабилитации не позволяет охватить этими программами все отделения.

Еще одним фактором, связанным с позитивным отношением у пациентов, является внедрение новых подходов к оказанию помощи. Особенно это было заметно в тех отделениях, где с пациентами работали мультидисциплинарная команда специалистов.

Наблюдение выявило хорошие связи больницы с другими провайдерами услуг в области здравоохранения. Наряду с регулярным физическим обследованием, больные с сопутствующей соматической патологией имели доступ к бесплатным медицинским вмешательствам, проводимым в самой больнице или за ее пределами. Несмотря на эффективное взаимодействие с различными учреждениями внутри системы здравоохранения, сотрудничество с другими секторами было недостаточным. Так, следует указать, что усилия администрации по установлению партнерства с организациями, ответственными за социальную помощь, жилищное обеспечение и занятость не могли завершиться успехом, ввиду недостаточно развитой деятельности этих служб в плане оказания помощи лицам с психическими заболеваниями.

**5.3. Тема 3. Право на реализацию своей правоспособности, право на свободу и личную неприкосновенность (Статьи 12 и 14 КПИ)**

К Теме 3. относятся следующие стандарты:

* Стандарт 3.1. Приоритетность предпочтений пациентов относительно места и формы лечения. Данный стандарт подразумевает участие пациентов в определении учреждения, оказывающего помощь, содействие выписки пациентов из стационара, учет мнения пациентов при назначении лечения и составлении плана выздоровления.
* Стандарт 3.2. Процедуры и мероприятия по недопущению содержания и лечения пациентов без добровольного информированного согласия. В стандарте описываются госпитализация и лечение на основе добровольного информированного согласия, уважение персоналом мнения пациентов в отношении лечебных мероприятий, право на отказ от лечения, система документирования и отчетности обо всех случаях недобровольного лечения, информирование пациентов о процедурах обжалования недобровольного лечения, обеспечение доступа к юридической помощи в случае недобровольного лечения.
* Стандарт 3.3. Реализация пациентами правоспособности и обеспечение юридической помощи. Критерии, входящие в данный стандарт, описывают уважение к правам пациентов со стороны персонала, предоставление информации об их в устной и письменной форме, предоставление доступной информации об обследовании, диагнозе и лечении, которая необходима для принятия информированного решения. Так же в этом стандарте описывается возможность пациента назначать своего представителя для делегирования решений по лечебным и социальным вопросам и сотрудничество персонала с лицами, представляющими интересы пациента, а так же помощь в выборе такого лица. При этом, основным методом является помощь пациенту в принятии решений и недопустимость принятия решений вместо пациента.
* Стандарт 3.4. Право на конфиденциальность и доступ к медицинской информации. В соответствии с данным стандартом информация об оказании помощи является конфиденциальной, и только пациенты обладают доступом ко всей информации, содержащейся в медицинской документации. Кроме того, пациенты обладают правом без цензуры включать свое мнение, комментарии и другую информацию в медицинскую документацию.

В отличие от предыдущих лет можно констатировать определенны прогресс в достижении Темы 3, однако многие стандарты и критерии, связанные с этой темой нуждаются в существенном улучшении. Основное беспокойство вызывает факт отсутствия четких процедур выписки больных, утративших социальные и родственные связи. Сами пациенты и персонал приводили немало примеров, когда родственники не соглашались принимать обратно в семьи пациентов, после окончания их лечения в больнице. В этих случаях администрация больницы сталкивалась с дилеммой – выписывать пациента с высокой вероятностью того, что он останется на улице или оставлять его в стационаре при отсутствии медицинских показаний. Подавляющее большинство пациентов сообщили, что желали бы выписки, но у них нет места, куда бы они могли отправиться после этого. Многие респонденты из числа родственников испытывали смущение при расспросах о праве пациентов на выписку. Среди причин отказа от совместного проживания с пациентом они указывали неблагоприятные жилищные условия, несогласие других членов семьи, отсутствие материальных возможностей, негативный опыт прошлых выписок, нестабильное состояние пациентов.

С 2015 г. По инициативе администрации больницы все удостоверения личности, утраченные в прошлом пациентами, были восстановлены. Так же, постоянно ведется переписка с местными органами исполнительной власти и правоохранительными организациями по восстановлению прав пациентов на жилье. Несмотря на длительность и трудоемкость этого процесса, во многих случаях удается добиться успеха.

Главным препятствием в реализации правоспособности пациентов является неразвитость механизмов обеспечения юридической помощью для защиты интересов пациентов в различных организациях. В отличие от больных находящихся на принудительном лечении система предоставления бесплатных юридических услуг лицам с психическими расстройствами отсутствует.

Некоторые пациенты указывали, что они делегировали полномочия по решению лечебных, финансовых, юридических и прочих вопросов своим родственникам, знакомым или общественным организациям. В этих случаях персонал активно сотрудничает с представителями пациентов. Вместе с тем имеется не мало примеров полной утраты отношений с семьей и социальным окружением, когда пациенты не имели возможности обращаться к кому-либо для решения своих проблем. К сожалению, у администрации больницы отсутствуют ресурсы, для приглашения человека со стороны, чтобы представлять интересы пациента (график 5.3.1).

**График 5.3.1. Достижение стандартов и Темы 3.**

Все пациенты имели доступ к информации, содержащейся в медицинской документации, за исключением случаев, когда эта информация представляла угрозу для самого пациента или окружающих. Все пациенты при выписке из больницы могли получать эпикриз или иные, предусмотренные законом медицинские документы.

Среди позитивных аспектов следует отметить сотрудничество персонала с организациями и лицами, занимающимися правозащитной деятельностью, соблюдение конфиденциальности, понимание администрацией важности вопросов защиты прав пациентов и готовность к улучшению ситуации.

**5.4. Тема 4. Свобода от пыток и жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, от эксплуатации, насилия и надругательства (Статьи 15 и 16 КПИ)**

Тема 4 объединяет следующие стандарты:

* Стандарт 4.1. Недопущение вербального, психологического, физического и сексуального насилия и пренебрежения к физическим или эмоциональным потребностям. В стандарте рассматриваются уважительное и гуманное обращение с пациентами, недопущение любых форм насилия и пренебрежительного отношения к потребностям пациентов со стороны медперсонала, меры по предотвращению этих явлений, оказание всесторонней помощи пациентам, столкнувшимся с жестоким обращением.
* Стандарт 4.2. Замена изоляции и фиксации пациентов альтернативными методами де-эскалации потенциального кризиса. Выполнение этого стандарта связано с избеганием применения изоляции и физического ограничения больных, знакомство и применение персоналом альтернативных методов разрешения кризиса, определение совместно с пациентом пусковых механизмов кризиса и выбор методов вмешательства, включение этих методов в план выздоровления, а так же запись и отчет обо всех случаях проведения ограничительных методов.
* Стандарт 4.3. Применяемые в учреждениях ЭСТ, психо-хирургические вмешательства и другие процедуры, которые могут приводить к необратимым изменениям в организме, назначаются только на основе добровольного информированного согласия пациента. Критерии, входящие в данный стандарт описывают наличие процедур добровольного информированного согласия, основанных на доказательствах клинических протоколов, недопущение применения ЭСТ без анастезии или в отношении несовершеннолетних, а так же запрет на аборт или стерилизацию без согласия пациента.
* Стандарт 4.4. Запрет на проведение медицинских или научных экспериментов без информированного согласия. Кроме необходимости получения информированного согласия в данный стандарт входит недопущение любой формы поощрения персонала в обмен за отбор пациентов на исследование, а так же запрет на проведение экспериментов, угрожающих здоровью пациентов и необходимость одобрения исследования независимым этическим комитетом.
* Стандарт 4.5. Меры по предотвращению пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения. Данный стандарт предусматривает возможность подачи жалобы на жестокое или унижающее достоинство обращение с пациентом, недопущение ответных действий в отношении пациента, предъявляющего жалобы, возможность конфиденциальной встречи со своим законным представителем, доступность юридической помощи, дисциплинарное или уголовное наказание лиц совершивших противоправные действия в отношении пациентов. Наконец, необходим регулярный мониторинг учреждения со стороны независимого органа на предмет недопущения жестокого обращения с больными.

На основании опросов и наблюдений можно констатировать, что Тема 4 была в целом достигнута и лишь некоторые аспекты могут быть улучшены (График 5.4.1). В процессе оценки не было выявлено фактов, свидетельствующих о какой-либо форме насилия или пренебрежения в отношении пациентов. Подавляющее большинство пациентов позитивно отзывалось о персонале, подчеркивая хорошее отношение и поддержку. Естественно, уровень эмпатии у разных сотрудников был разным, но в целом персоналом поддерживалась атмосфера заботы и участия.

Хотя во многих отделениях имелись изоляторы, на момент проведения опроса лишь один пациент с острыми психотическими симптомами находился в изоляторе. На практике изоляция больных применялась очень редко, в качестве последнего средства и в большинстве экстренных случаев персоналу удавалось выводить пациентов из кризиса при помощи медикаментов.

Вне зависимости от добровольности поступления все пациенты имели возможность в любое время обращаться с жалобами к администрации по любым вопросам, вызывающим недовольство. В каждом отделении имеется «ящик жалоб», который регулярно проверяется руководством больницы. В ходе опроса пациенты сообщили о некоторых сотрудниках, которые были уволены за неправильное поведение в отношении больных. Кроме того, Аппарат Омбудсмена проводит регулярный мониторинг случаев жестокого обращения с пациентами.

**График 5.4.1 Достижение стандартов и Темы 4.**

ЭСТ осуществляется в больницы в исключительно редких случаях по настоянию самих пациентов и никогда не используется без анестезии и миорелаксации. Никто из опрошенных пациентов не сообщил об использовании ЭСТ в отношении их самих или других больных. Психо-хирургические или другие медицинские вмешательства, способные вызвать необратимые последствия, а так же изъятия органов для трансплантации запрещено законом и никогда не проводилось в стране. Так же в психиатрических учреждениях никогда не проводились аборты или стерилизация больных.

Единственным недостатком, относящимся к Теме 4., является отсутствие доступа к бесплатным юридическим услугам, который необходим при подаче жалоб в различные инстанции.

**5.5. Тема 5. Право на самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество (Статья 19 КПИ)**

К Теме 5 относились следующие стандарты:

* Стандарт 5.1. Помощь в обеспечении пациентов жильем и необходимыми финансовыми средствами для проживания в обществе. Данный стандарт рассматривает информирование персоналом пациентов о возможности жизни в обществе и получения материальной поддержки, помощь в обеспечении жильем, помощь в получении пособий по инвалидности и других льгот, предусмотренным законодательством.
* Стандарт 5.2. Доступ к образованию и трудоустройство. Этот стандарт предусматривает информирование пациентов о возможностях получения образования и работы, помощь в получении начального, среднего и специального образования, помощь в устройстве на оплачиваемую работу.
* Стандарт 5.3. Помощь в реализации права на участие в политической и общественной жизни. В соответствии с данным стандартом персонал должен предоставлять пациентам информацию, необходимую для полноценного участия в политической и общественной жизни, включая участия в выборах различных уровней. Кроме того, должны быть созданы условия для объединения пациентов в различные политические, религиозные и общественные организации, включая пользовательские организации.
* Стандарт 5.4. Поддержка участия пациентов в социальных, культурных, религиозных и развлекательных видах деятельности. Так же как и в предыдущем стандарте, персонал должен предоставлять информацию о доступных социальных, культурных, религиозных и развлекательных мероприятиях, а так же содействовать участию пациентов в этих мероприятиях.

Исходя из имеющихся данных, можно заключить, что деятельность, направленная на достижение Темы 5 уже начата, но еще далека от выполнения. Несмотря на наличие законодательства по обеспечению специальных форм социального жилья для инвалидов и людей, оставшихся без крова, эффективные механизмы жилищного обеспечения лиц, имеющих инвалидность по психическим заболеваниям, отсутствуют. Таким образом, не все пациенты, выписавшись из стационара, имеют доступ к безопасному жилью. В то же время пациенты с психической патологией, имеющие право на получение пенсии по инвалидности, обеспечиваются администрацией больницы необходимой документацией, которая представляется в медико-социальные комиссии, ответственные за пенсионное обеспечение.

Возможности для получения оплачиваемой работы для пациентов очень ограничены в связи с отсутствием программ трудоустройства лиц с психическими расстройствами. В ряде случаев персонал оказывает помощь в трудоустройстве пациентов, а некоторые из пациентов, участвующих в реабилитации, остаются работать в больнице после выписки (график 5.1.1).

**График 5.5.1. Достижение стандартов и Темы 5.**

Образовательные программы доступны только для детей и подростков и не предназначены для взрослых пациентов. Кроме того, практически все больные имели как минимум начальное или неполное среднее образование. Получение среднего специального и высшего образования пациентами с инвалидностью по психическим расстройствам представляется крайне затруднительным, поскольку поступление в колледж или университет происходит на конкурсной основе, а специальные места в образовательных учреждениях для пациентов не предусмотрены.

В некоторых отделениях пациенты были информированы о прошедших в стране парламентских и президентских выборах и некоторые из них принимали участие в голосовании. Вместе с тем, большинство пациентов проявляли незначительный интерес к участию в политической деятельности.

В больнице организованы развлекательные мероприятия, обычно приуроченные к различным праздникам. В 2012-2014 гг. в больнице осуществлялся проект ЕС по усилению роли пользователей услуг в области психического здоровья. Практически все пациенты в той или иной степени были информированы об этом проекте, а пациенты из трех отделений активно участвовали в нем.

Подводя итог этой части исследования, хотелось бы отметить, что участие нашей страны в крупном проекте ВОЗ расширила наши знание в области современных требований и стандартов стационарной психиатрической помощи. Апробированный в работе набор методик «WHO QualityRights Tool Kit» показал высокую информативность и надежность в оценке условий и услуг, предоставляемых в стационарах, что делает целесообразным его применения в целях мониторинга учреждений психического здоровья. В этой связи может быть рекомендовано проведение аналогичного исследования в других психиатрических учреждениях страны, для получения достоверной информации о качестве оказываемой помощи и проблемах в ее обеспечении. Эта информация на регулярной основе будет обновляться, устанавливая новые задачи для совершенствования организации психиатрической помощи

Важно отметить, что являясь унифицированным инструментом, предназначенным для использования во всем мире, данные полученные в ходе исследования могут быть сравнены с результатами аналогичных исследований, выполненных в других странах. В перспективе это позволит более объективно подходить к принятию региональных и международных планов действий по охране психического здоровья и развитию услуг в этой области.

Говоря о нашей стране, следует указать, что, несмотря на принятие КПИ более 10 лет назад, ее внедрение осуществлялось в основном в системе социальной защиты. При этом медицинские учреждения, и психиатрические учреждения в частности, оказались в стороне от этого процесса. В то же время, широкое использования набора методик ВОЗ в перспективе будет способствовать созданию интегративной модели оказания услуг в области психического здоровья и формированию межведомственного сотрудничества между учреждениями психиатрической помощи и социальными службами.

В заключение так же важно отметить, что условия оказания помощи находятся в процессе постоянных изменений. Только за последний год были открыты несколько новых отделений, внедрены новые программы помощи, осуществлен тренинг по защите прав пациентов для медицинского персонала. Все это открывает большие перспективы для успешной реализации КПИ в нашей стране.

**VI ГЛАВА**

**ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ ВЛИЯЮЩИХ**

**НА ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЮ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

В предыдущей главе, посвященной оценке качества помощи больным, находящимся на длительном стационарном лечении было установлено, что примерно 10% госпитализированных пациентов по различным причинам вынуждены оставаться в больнице после окончания активного лечения. Такая же ситуация характерна не только для Азербайджана, но и для других стран Европейского региона ВОЗ, где институциональная модель по-прежнему остается доминирующей в системе психического здоровья, несмотря на недвусмысленные доказательства ее несоответствия стандартам качества и соблюдения прав человека [275].

За последние годы отношение к лечению в психиатрических стационарах становится предметом острых дискуссий, в которых одни участники отстаивают легитимность госпитализации в качестве медицинской процедуры, а другие рассматривают ее как акт социальной стигматизации, связанный с неискоренимым наследием прошлого [163].

Хотя во многих случаях развитие новых форм помощи позволяет снизить количество госпитализаций в психиатрические больницы, для значительной части пациентов лечение в стационаре не имеет альтернативы [247]. В этой связи международные эксперты настоятельно рекомендуют сократить длительность стационарного лечения, поскольку длительное стационирование, сопряженное с социальной изоляцией и утратой автономии, является крайне нежелательным выбором для пациентов [280]. В контексте организации стационарной помощи длительность госпитализации является одним из основных индикаторов, который относится как к показателям, характеризующим процесс оказания помощи, так и показатели, относящиеся к ее конечным результатам [221]. Кроме того, требование сокращения срока стационарного лечения как одна из целей политики в области психического здоровья являться неотъемлемой частью реформы психиатрической помощи, затронувшей практически все развитые страны [94].

Процесс деинституционализации – т.е. перевод основного объема услуг из стационаров во внебольничные учреждения, привел не только к сокращению коечного фонда психиатрических больниц, но и уменьшению продолжительности стационарного лечения [284]. Естественно, итоги деинституционализации значительно различаются между странами в зависимости от организации системы здравоохранения и социальной помощи, а так же национальных традиций и наличия кадрового потенциала [100]. В этом плане стремление к сокращению длительности лечения является своего рода драйвером развития ресурсной базы, что обусловлено необходимостью уменьшения расходов на стационарную помощь [167].

На сегодняшний день продолжительность стационарного лечения отличается большой вариативностью не только между странами, но и в пределах одной страны [59]. Например, анализ поступлений в психиатрические больницы Англии за 10 лет показывает, что при средней продолжительности лечения 15 дней 9% госпитализаций продолжаются 90 дней, а еще 1% - больше одного года [238].

Наряду с несомненными положительными аспектами деинституционализации существует ряд факторов, связанных с негативными последствиями сокращения сроков стационарного лечения, самым существенным из которых являются повторные госпитализации. По данным нескольких крупных исследований после сокращения коек и изменения процедур поступления и выписки больных показатели повторных госпитализаций больных шизофренией увеличились до 50% [123]. Эти повторные стационирования получили название феномена «вращающейся двери» [250], и они, по мнению некоторых исследователей, обусловлены наличием специфического контингента психиатрических пациентов, объективно нуждающихся в длительном стационировании. Таким образом, частые повторные госпитализации являются своего рода заменой длительного пребывания на стационарном лечении [122]. В других случаях повторные поступления могут быть связаны с несоблюдением режима поддерживающей терапии – в одном из исследований показано, что больные шизофренией выявляют низкую комплаентность к медикаментозному лечению особенно в первую неделю после выписки [189].

Кроме того, как показывает опыт, повторные поступления зачастую связаны не с медицинскими показаниями, а с конфликтными ситуациями в семьях больных. Внутрисемейными обстоятельствами может объясняться двукратное увеличение риска совершения суицида у пациентов мужского пола непосредственно после выписки из больницы [124], который так же рассматривается как негативное последствие деинститционализации. Действительно, многие пациенты, возвращаясь домой, сталкиваются с недостаточной поддержкой и пониманием со стороны членов семьи, они могут заново погружаться в проблемные отношения с ними, что в свою очередь приводит к суицидальным действиям.

Конфликты с семейным и социальным окружением так же могут провоцировать агрессию больных, выписанных из психиатрических больниц. В исследованиях, проведенных в США показано, что насильственные действия в течение года после прекращения лечения в стационаре наблюдаются у 4.5% до 27.5% больных [228]. Естественно, насильственные действия и другие правонарушения могут приводить к частным обращениям к правоохранительным органам, что так же описывается в качестве негативного эффекта деинституционализации [255].

В то же время имеется немало исследований, опровергающих данные о негативных последствиях сокращения сроков стационарного лечения. Так в исследовании, выполненном в крупных больницах на юге Китая, где были внедрены новые правила, нацеленные на сокращение срока пребывания больных в стационаре, не было зафиксировано учащения случаев повторных госпитализаций больных после выписки [285].

В другом исследовании, посвященном изучению на протяжении 7-9 лет динамических изменений состояния пациентов, выписывающихся после длительного пребывания в больницах в ходе деинституционализации, было показано существенное улучшение социальных и функциональных показателей по сравнению с пациентами, остающимися в стационарах [150].

Однако главными аргументами сторонников деинституционализации остаются плохие условия в психиатрических учреждениях для длительного пребывания больных, нехватка и недостаточная квалификация персонала, слабый контроль со стороны государства и гражданского общества, частые нарушения прав человека, стигма и дискриминация в отношении больных, находящихся на длительном лечении.

Отдельной проблемой является ухудшение показателей физического здоровья у больных, не выписывающихся из стационаров. В исследовании греческих авторов приведены данные о значительном повышении риска развития сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний по мере увеличения периода пребывания в стационаре [92].

Во многих случаях длительной госпитализации особое значение преобретает вопрос о целесообразно продолжения стационарного лечения. В частности в Великобритании был предложен специальный термин «задерживающаяся выписка» (delayed discharge), под которой понимают «*удлинение срока госпитализации на период превышающий необходимый, при отсутствии объективных факторов обуславливающих задержку выписки*» [112]. По данным когорных исследований до 60% больных с длительными сроками госпитализации не нуждаются в стационарном лечении и могли бы быть выписаны при наличии соответствующих условий для жизни в обществе [128].

Наконец, институционализация больных подразумевает высокий уровень расходов на их лечение. Не случайно во многих странах руководящие органы здравоохранения и структуры, ответственные за финансирование системы психического здоровья, проявляют значительный интерес к сокращению сроков стационарного лечения в контексте уменьшения расходов на дорогостоящую стационарную помощь. Важным аргументом в дискуссии выступает тот факт, что койки занятые пациентами, остающимися в стационаре без клинических показаний, обуславливают переполненность психиатрических отделений и создают проблемы с доступом к стационарной помощи больным, нуждающимся в краткосрочном интенсивном лечении [243].

В связи с возрастающей актуальностью длительность стационарного лечения является предметом многочисленных исследований, призванных уяснить роль различных факторов в институционализации больных психическими расстройствами.

Большинство исследований рассматривают три группы переменных: 1) социо-демографические характеристики больных (пол, возраст, этническое происхождение, степень социальной поддержки); 2) клинические характеристики (диагноз, выраженность симптоматики, тип стационирования, коморбидность, лечение); 3) характеристики самого учреждения (тип стационара, качество помощи). Так, было установлено, что географическое расположение учреждения, например удаленность от места жительства пациентов или центра города, оказывает большое влияние на длительность пребывания больных. Так же было показано, что диагноз не играет определенной роли в институционализации больных, поскольку диагностические категории являются гетерогенными в плане разнообразия психопатологических симптомов и социальной дезадаптации [74, 259].

В шведском пилотном исследовании было установлено, что психопатологические симптомы могут объяснить менее 10% вариации в продолжительности стационарного лечения [125]. С другой стороны определенные ассоциации были выявлены при использовании деменсионального подхода, основанного на измерении общего уровня выраженности симптомов и функциональной адаптации [97].

Имеющиеся разногласия подчеркивают тот факт, что институционализация психически больных является трудно прогнозируемым явлением, в котором участвуют множество факторов [60]. Существенным недостатком многих исследований является кросс-секционный дизайн и небольшая выборка пациентов [129], в этих случаях поддающаяся объяснению вариация не превышает 20-30% [244]. Так же во многих исследованиях не учитываются такие важные факторы как наличие жилья, куда больные могли бы вернуться после выписки [245] или отсутствие источников дохода, не позволяющее больному самостоятельно жить в обществе.

В этой связи целью этого раздела нашего исследования явилось определение прогностического значения социальных и клинических факторов в институционализации больных хроническими психическими расстройствами.

Участниками исследования явились пациенты, страдающие тяжелыми психическими расстройствами, проходившие стационарное лечение в Психиатрической Больнице №1 МЗ. Пациенты отбирались из двух мужских и двух женских отделений. Все отобранные пациенты были разделены на две группы в зависимости от того подвержены ли они институционализации или нет. Под институционализацией в данном исследовании понималось непрерывное пребывание в стационаре сроком более одного года. Таким образом, одна группа представляла пациентов с относительно короткими сроками госпитализации, которые по окончании стационарного лечения будут выписаны домой, а вторая состояла из больных, по каким-либо причинам не выписывающихся из стационара.

Из настоящего исследования были исключены моложе 18 лет, пациенты, находившиеся на принудительном лечении по решению суда в связи с совершением уголовного преступления, лица с расстройствами интеллекта, а так же пациенты, у которых основным диагнозом являлся употребление психоактивных веществ. Таким образом, в группу выписывающихся больных вошли 70 пациентов (34 мужчин – 48.6% и 36 женщин – 51.4%), а в группу остающихся в стационаре – 68 пациентов (34 мужчин – 50% и 34 женщин – 50%).

На основании данных предыдущего исследования было подсчитано, что из 7211 мужчин и 3714 женщин проходивших лечение в ПБ№1 МЗ 728 мужчин (10%) и 440 женщин (11.8%) не были выписаны из больницы (OR= 1.2; 95% CI [1.05; 1.36]). Таким образом, пациенты вне зависимости от пола имеют практически равные шансы быть не выписанными из больницы. Поэтому стратификация больных по гендерному признаку не проводилась.

Демографические и клинические данные были получены при изучении медицинской документации пациентов (Таблица 6.1).

При рассмотрении социо-демографических переменных под отсутствием жилья принималось ситуация, в которой человек не имел, постоянного, безопасного, конвенционального места для проживания, вне зависимости от срока его пребывания в больнице и от имеющегося жилья у членов его семьи. Пациенты, поступившие в больницу из регионов страны, идентифицировались как проживающие в регионе, а пациенты, поступившие из Баку – как городские жители.

Под отсутствием источников доходов понималось отсутствие регулярного поступления денежных средств, необходимых для удовлетворения основных потребностей. Не состоящими в браке считались холостые, разведенные и вдовые пациенты. Число родственников устанавливалось из количества членов семьи, с которыми пациент находиться в регулярном общении и которые участвуют в оказании помощи. Конфликт с законом означал совершение в прошлом пациентом противоправных действий, признанных таковыми соответствующем решением суда, повлекшее за собой пребывание в исправительном учреждении или на принудительном лечении. Конфликты между членами семьи определялись вне зависимости от участия в них самого пациента. Агрессивное поведение, включало физические и вербальные проявления агрессии в период поступления или пребывания пациента в стационаре. Резистентность к лечению определялась как отсутствие изменений или уменьшение выраженности симптомов менее чем на 50% от начального числа баллов по Краткой шкале психотических симптомов (Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS).

**Таблица 6.1**

**Социо-демографические характеристики участников исследования**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Переменные** | **Остающиеся пациенты (%)** | **Выписывающиеся пациенты (%)** |
| Пол  Мужчины  Женщины | 34 (50)  34 (50) | 34 (48.6)  36 (51.4) |
| Возраст М (SD) | 49,9 (10.84) | 42.0 (11.48) |
| Место жительства  Баку  Регионы | 28 (41.2)  40 (58.8) | 46 (65.7)  24 (34.3) |
| Занятость  Никогда не работали  Работали | 49 (72.1)  19 (27.9) | 43 (61.4)  27 (38.6) |
| Семейное положение  Холостые  Женаты  Разведены  Вдовые | 39 (57.3)  11 (16.2)  16 (23.5)  2 (3.0) | 35 (50.0)  16 (22.9)  18 (25.7)  1 (1.4) |
| Наличие жилья  Имеется  Отсутствует | 50 (73.5)  18 (26.5) | 10 (14.3)  60 (85.7) |

Низкая комплаентность к лечению выражалась в несоблюдении врачебных предписаний, касающихся времени, дозы, частоты приема лекарственных препаратов в период до последнего поступления в стационар.

Длительность госпитализации вычислялась как разница между датой поступления и датой включения пациента в настоящее исследование. Длительность ремиссии обозначалась как временной интервал между последней выпиской из больницы и последним поступлением на стационарное лечение.

Оценка психического состояния пациента производилась специалистами, которые не были информированы, к какой группе относится тот или иной пациент. При обследовании пациента просили предоставить информацию, которая отсутствовала в медицинской документации (например, просили указать число родственников, участвующих в оказании помощи, наличие конфликтных отношений в семье, контакты с амбулаторной службой до настоящего поступления и пр.) (таблица 6.2).

**Таблица 6.2**

**Сравнение демографических и клинических характеристик у больных выписывающихся и остающихся в стационаре**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | **Остающиеся пациенты**  **N (%)** | **Выписывающиеся пациенты**  **N (%)** | **OR (95% CI)** | **p** |
| Отсутствие жилья | 50 (73.5) | 10 (14.3) | 16.7 (7.1; 39.3) | 0.001 |
| Проживание в регионе | 40 (58.8) | 24 (34.3) | 2.7 (1.4; 5.5) | 0.004 |
| Отсутствие источников дохода | 62 (91.2) | 26 (37.1) | 17.5 (6.6; 46.0) | 0.001 |
| Никогда не работал | 49 (72.1) | 43 (61.4) | 4.1 (2.0; 4.4) | 0.001 |
| Не состоит в браке | 57 (83.8) | 54 (77.1) | 1.5 (0.6; 3.6) | 0.324 |
| Употреблял психоактивные в-ва | 14 (20,6) | 14 (20.0) | 0.96 (0.4; 2.2) | 0.931 |
| Конфликт с законом | 6 (8.8) | 3 (4.3) | 2.2 (0.5; 9.0) | 0.290 |
| Конфликты в семье | 60 (88.2) | 43 (61.4) | 4.7(1.9; 11.4) | 0.001 |
| Агрессивное поведение | 63 (92.6) | 33 (47.1) | 14.1 (5.1; 39.3) | 0.001 |
| Диагноз шизофрении | 67 (98.5) | 58 (89.2) | 13.9 (1.7; 109.9) | 0.013 |
| Резистентность к лечению | 44 (64.7) | 4 (5.7) | 30.2 (9.8; 93.2) | 0.001 |
| Низкая комплаентность к лечению | 47 (69.1) | 13 (18.6) | 9.8 (4.4; 21.7) | 0.001 |
| Отсутствие контактов с врачом | 66 (91.7) | 58 (82.9) | 6.8 (1.5; 31.8) | 0.014 |
|  | **M (SD)** | **M (SD)** | **t** | **р** |
| Возраст | 49,9 (10.84) | 42.0 (11.48) | -4.158 | 0.001 |
| Число родственников | 1.5 (1.58) | 3.8 (2.48) | 6.441 | 0.001 |
| Возраст начала болезни | 24.34 (5.75) | 24.33 (7.16) | -0.009 | 0.993 |
| Длительность болезни | 25.1 (10.1) | 17.3 (9.93) | -4.608 | 0.001 |
| Число госпитализаций | 6.0 (6.26) | 5.77 (4.56) | -0.246 | 0.806 |
| Длительность госпитализации | 65.0 (51.3) | 2.36 (1.93) | -10.207 | 0.001 |
| Длительность ремиссии | 3.5 (7.8) | 14.4 (13.4) | 5.851 | 0.001 |
| BPRS до лечения | 48.5 (7.95) | 45.7 (10.52) | -1.778 | 0.078 |
| BPRS после лечения | 32.2 (9.58) | 17.3 (8.9) | -9.467 | 0.001 |

Как и следовало ожидать большинство больных, не выписывающихся из больницы, не были обеспечены постоянным местом проживания, куда они могли бы вернуться после окончания лечения. Для этих пациентов больница играла роль суррогатного жилья, маскирующего бездомность, поскольку в случае выписки из стационара самым вероятным исходом для них явилось бы остаться на улице. Практически все из числа институализированных пациентов не имели никаких источников дохода, При этом большинство выписывающихся пациентов имели доступ к материальным средствам, позволявший удовлетворить базовые потребности. Тот факт, что многие остающиеся в больнице пациенты никогда не работали, является существенным препятствием для получения пенсии по инвалидности, достаточной для автономного проживания в обществе.

Хотя число лиц, не состоящих в браке, среди больных постоянно находящихся в стационаре было меньше чем среди выписывающихся пациентов, различия между группами по семейному статусу не достигали уровня статистической значимости. Отличий так же не было выявлено и в отношении употребления психоактивных веществ и конфликтов с законом.

При высоком уровне институционализации в семьях пациентов чаще отмечались проблемные отношения, приводящие к конфликтам. У таких пациентов гораздо чаще отмечались эпизоды агрессивного поведения во время поступления в стационар.

Несмотря на то, что в группе выписывающихся больных самым распространенным был диагноз «Шизофрения», у 12 человек отмечались другие диагнозы хронических психических расстройств, которые практически не встречались среди пациентов, не выписывающихся из больницы.

Длительность заболевания у больных, остающихся в стационаре, составляла в среднем 25 лет, тогда как у выписывающихся пациентов она равнялась 17 годам.

Вопреки ожиданиям сравнение в группах не выявило статистически значимых различий в зависимости от возраста начала болезни и числу предшествующих госпитализаций. В то же время средняя продолжительность интервала между госпитализациями у больных с длительным сроком пребывания в стационаре не превышала 3-4 месяцев, а у пациентов, выписывающиеся из больницы, интервал между повторными поступлениями продолжался более одного года. Следует отметить, что для больных, остающихся в стационаре, были характерны низкая комплаентность к лечению и более низкий доступ к амбулаторной помощи до поступления в стационар.

Говоря о факторах, связанных с лечением в стационаре, следует отметить, что больше половины больных, остающихся в больнице, выявляли низкую чувствительность к проводимой терапии, что так же отличало их от выписывающихся пациентов, среди которых резистентность отмечалась в единичных случаях.

Для выявления ассоциации между институционализацией пациентов и социо-демографическими характеристиками была использована бинарная логистическая регрессия. В конечную модель наилучшим образом объяснявшую статистически значимую ассоциацию вошли следующие переменные: отсутствие жилья, отсутствие источников дохода, число родственников, конфликты в семье и низкая комплаентность к лечению (Таблица 6.3).

Данная модель объясняет 77.5% вариации связанной с институционализацией больных и правильно классифицирует 89.1% случаев - (86.8% остающихся и 91.4% выписывающихся больных).

Вторая модель, так же основанная на бинарной логистической регрессии, рассматривает ассоциацию между клиническими переменными и отсутствием выписки из стационара. Эта модель включает такие параметры, как продолжительность болезни, длительность интервала между госпитализациями, резистентность к лечению, а так же агрессивное поведение. В соответствии с этой моделью может быть объяснены 74.5% вариации и правильно классифицированы 87.0% случаев (85.3% остающихся и 88.6% выписывающихся больных).

**Таблица 6.3**

**Конечная модель логистической регрессии, рассматривающей влияние социальных параметров на длительное пребывание в стационаре**

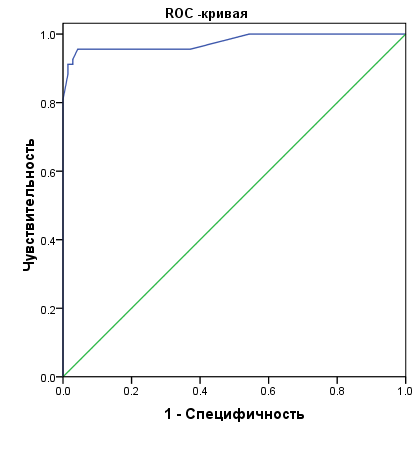
|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Переменные** | **B** | **SE** | **Wald** | **p** | **OR (95% CI)** |
| Отсутствие жилья | 2.771 | 0.718 | 14.892 | 0.000 | 15.97  (3.91; 65.26) |
| Отсутствие источников дохода | 1.378 | 0.665 | 4.291 | 0.038 | 3.97  (1.1; 14.62) |
| Число родственников посещающих пациента | -0.519 | 0.210 | 6.083 | 0.014 | 0.59 (0.39; 0.9) |
| Конфликты в семье | 2.763 | 0.856 | 10.424 | 0.001 | 15.85  (2.96; 84.85) |
| Низкая комплаентность к лечению | 2.155 | 0.635 | 11.518 | 0.001 | 8.63 (2.49; 29.96) |
| χ2= 115.316; df=5; p<0.001; Nagelkerke R2 =0.755 | | | | | |

**Таблица 6.4**

**Конечная модель логистической регрессии o влиянии клинических параметров на длительное пребывание в стационаре**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Переменные** | **B** | **SE** | **Wald** | **p** | **OR (95% CI)** |
| Продолжительность болезни | 0.110 | 0.031 | 12.457 | 0.000 | 1.116  (1.05; 1.19) |
| Длительность ремиссии | -0.121 | 0.033 | 13.391 | 0.000 | 0.886 (0.83; 0.94) |
| Резистентность к лечению | 3.501 | 0.839 | 17.413 | 0.000 | 33.15 (8.32; 360.5) |
| Агрессивное поведение | 2.416 | 0.724 | 11.137 | 0.001 | 11.21  (2.71; 46.31) |
| χ2= 112.995; df=4; p<0.001; Nagelkerke R2 =0.745; | | | | | |

Институционализированные больные оставались без выписки свыше 5 лет, а длительность стационарного лечения у выписывающихся больных составляла 2.5 месяца. В этой связи был проведен графический анализ предельной продолжительности госпитализации, после которой для пациента возрастает вероятность остаться в больнице (график 6.1).

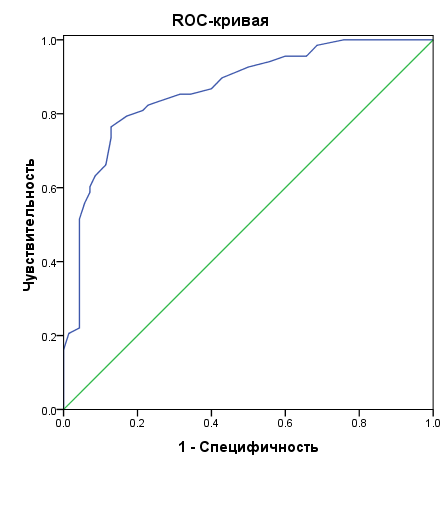
****

**График 6.1. ROC анализ длительности госпитализации.**

Анализ ROC-кривой показал, что наиболее оптимальной точкой отсчета является 3.5 месяца лечения в стационаре, при этой величине чувствительность составляет 0.956, а специфичность – 0.814. Площадь под кривой равняется 0.98 (95% CI [0.95; 1.0]). Исходя из имеющихся данных можно предположить, что доля остающихся больных составляет (prevalence) 10% от всех стационарных больных в этом случае позитивное прогностическое значение длительности стационарного лечения составляет 0.982, а негативное – 0.998.

Так же был осуществлен ROC анализ выраженности симптомов, который показал, что оптимальным значением является 24.5 баллов по BPRS после лечения, при котором чувствительность определяется как 0.794, а специфичность - как 0.829.

Площадь под ROC-кривой составляет 0.867 (95% CI [0.807;0.927]), что показано на графике 6.2. При институциализации 10% пациентов позитивное прогностическое значение BPRS составляет 0.693, а негативное - 0.973.



**График 6.2. ROC анализ выраженности симптомов по BPRS после лечения.**

Как показало наше исследование, институционализация больных является сложным и неоднозначным феноменом, участие в котором принимают множество факторов. Например, в некоторых работах указано отсутствие различий по длительности пребывания в стационаре у бездомных больных и пациентов, имеющих адекватное жилье [170]. По нашим данным отсутствие жилья является основным препятствием для их выписки после завершения стационарного лечения. Так же наши данные не выявили значимой ассоциации между институционализацией и полом. При этом в одних исследованиях указывается на то, что принадлежность к мужскому полу ассоциируется с более продолжительными госпитализациями [76], а в других – с более короткими [79]. C большей определенностью можно говорить в отношении возраста пациентов – так же как и в других исследованиях [101], старший возраст позитивно ассоциировался институционализацией пациентов.

Настоящее исследование отчасти подтверждает гипотезу о более высоком риске институционализации у пациентов, проживающих в географически более отдаленном месте от расположения больницы [182], поскольку количество жителей регионов было больше среди пациентов, остающихся в стационаре.

По поводу источников дохода в литературе высказывается мнение, что получение социального пособия по инвалидности обуславливает более длительный срок госпитализации [231], тогда как его отсутствие связано с сокращением периода стационарного лечения [126]. Несоответствие этих данных с результатами нашего исследования могут объясняться значительными различиями в системе финансирования стационарной помощи и пенсионном обеспечении лиц с психическими заболеваниями. В этой связи интерес представляет исследование немецких авторов, в котором показано, что лица, не имевшие первичного источника дохода, обнаруживали большую вероятность длительной госпитализации [54]. Кроме того, в этом же исследовании отсутствие занятости в преморбидном периоде указано в качестве важного предиктора институционализации.

Аналогично другим исследованиям в данном исследовании нашел подтверждение тот факт, что семейные и родственные отношения во многом определяют возможности выписки пациента после стационарного лечения [101, 131]. В нашем исследовании так же установлена обратная ассоциация между числом родных непосредственно участвующих в оказании помощи пациенту и вероятностью оставления его в больнице. При этом полученные нами данные указывают, что наличие близких родственников не дает гарантий от институционализации больных, если между членами семьи имеют место проблемные отношения. В британском исследовании выявлено, что во многих таких семьях решение оставить пациента в больнице сопровождается облегчением бремени болезни и снижением уровня фрустрации [136].

В нашем исследовании не было установлено связи между институционализацией пациентов и употреблением психоактивных веществ, хотя в некоторых исследованиях указывается на более короткие сроки госпитализации у больных, употреблявших алкоголь или наркотики [79]. Некоторые авторы рассматривают конфликт с законом в качестве предиктора длительного стационирования, однако, наше исследование опровергает этот вывод [159].

В то же время нашли подтверждение данные предыдущих исследований о связи агрессивного поведения пациентов, в частности применения методов ограничения и изоляции [284] с длительной госпитализацией.

Говоря о роли клинических показателей, важно отметить, что более ранние исследования указывали на отсутствие связи между длительным пребыванием в стационаре и диагнозом [172]. Наши данные свидетельствуют о том, что больные шизофренией имеют больше шансов остаться без выписки. При этом нужно учитывать тот факт, что в обеих исследуемых группах большинство больных составляли пациенты именно с этим диагнозом.

В настоящем исследовании было установлено важное прогностическое значение чувствительности/резистентности к лечению. В аналогичных исследованиях, где за основу брался 50% критерий уменьшения симптоматики, так же была установлена связь между резистентностью и длительностью стационирования [137, 194]. На наш взгляд вопросы чувствительности и резистентности следует рассматривать в контексте комплаентности к назначенной терапии в промежутке между госпитализациями. В этом вопросе мы солидаризируемся с австрийскими исследователями считающими, что низкая комплаентность к лечению до поступления в стационар является не только предиктором худшей чувствительности к лечению, но и фактором дальнейшей институционализации больных [207].

Как показало наше исследование, низкая комплаентность к лечению может быть обусловлена затрудненным доступом к амбулаторной помощи и соответственно отсутствием контактов со специалистами работающими в системе внебольничной помощи. В этой связи можно привести когортное исследование американских авторов, в котором содержаться ясные доказательства уменьшения сроков стационарного лечения, у больных, получавших регулярное амбулаторное лечение [200].

Полученные нами данные не подтвердили, описанное некоторыми авторами, прогностическое значение возраста начала болезни для последующей институционализации [108]. Возможно это связано с тем, что в субъектами предыдущих исследований являлись только лица молодого возраста. Вместе с тем мы могли констатировать, что продолжительность болезни может в определенной степени оказывать некоторое влияние на длительное пребывание пациентов в стационаре.

По нашим данным общее число повторных госпитализаций играет существенной роли для институционализации пациентов. Следует отметить, что в литературе так же нет однозначного мнения по этому вопросу [134].

Наше исследование подтверждает прогностическое значение срока госпитализации для определения дальнейшей судьбы пациентов. В частности, при рассмотрении этого показателя можно правильно предсказать институционализацию 98% находящихся на лечении больше 3.5 месяцев.

Касаясь вопроса о тяжести психопатологических симптомов, следует указать, что наши данные расходятся с мнением других исследователей о том, что выраженность симптомов по шкале BPRS позитивно коррелирует со сроком госпитализации [210]. В нашем исследовании у выписывающихся и остающихся больных баллы по этой шкале при поступлении в стационар не выявляли статистически значимых различий. С другой стороны, результаты повторного тестирования могут предсказать, что 70% больных у которых значения по BPRS после лечения были выше 24.5 останутся без выписки. Увеличение длительности пребывания у больных с более высокими баллами по BPRS после лечения отмечено и в других исследованиях [77].

Естественно, кроме отмеченных факторов значение для институционализации больных могут иметь тип учреждения, навыки персонала, а так же политика государства, проводимая в области психического здоровья. В частности в исследовании, проведенном в Японии, было показано, что в учреждениях использующих инновационные подходы, число больных выписавшихся в течение 360 дней составляет 98.7%, тогда как в учреждениях более традиционного типа этот показатель составляет 85.7% [186]. Различия могут объясняться тем фактом, что в инновационных учреждениях широкое внедрение получил индивидуализированный план выздоровления пациентов, который учитывает все аспекты помощи, включая факторы, потенциально препятствующие выписки из стационара. Более того, как показывает международный опыт при организации стационарной помощи целесообразно разделение учреждений на учреждения для кратковременного и долговременного стационарного лечения.

Так же следует отметить широко распространенную практику многих стран, где согласно существующим нормативам пациенты не могут оставаться в стационаре свыше определенного срока (обычно 90 дней). В этих случаях имеется известный риск увеличения повторных стационирований, которые в каком-то смысле являются заменой длительной госпитализации. С целью уменьшения подобного риска были созданы специализированные экстренные отделения. Чаще всего в этих отделениях применяется т.н. «модель сортировки», которая подразумевает обследование пациента, пребывание в течение 24 часов и последующее перенаправление к другим службам. В большинстве случаев эта модель препятствует неоправданной госпитализации больных. Вторая «лечебная модель» предоставляет возможность краткосрочного стационарного лечения на период от 5 до 14 дней. Преимуществом данной модели является тесная связь с системой внебольничной помощи, куда больные могут быть направлены для продолжения лечения.

Говоря о международном опыте, важно подчеркнуть, что длительные сроки стационирования характерны для пациентов недобровольно госпитализированных в больницу. При этом решение о недобровольной госпитализации должно на регулярной основе пересматриваться по истечении определенного срока. Эти нормы, содержащиеся и в нашем законодательстве, в известной мере предотвращают длительную госпитализацию. Вместе с тем, специфической проблемой для нашей страны является тот факт, что большинство пациентов, находящихся длительное время в больнице, формально лечатся на добровольной основе, т.е. сроки их лечения не определены законом, что в свою очередь создает условия для пребывания в стационаре на неограниченное время. В действительности подавляющее большинство участвовавших в данном исследовании больных с длительными сроками госпитализации хотели бы и могли бы быть выписаны из больницы. Однако отсутствие соответствующих положений и механизмов четкого выполнения действующего законодательства создает значительные препятствия для выписки.

Даже если предположить, что по какой-то причине в один момент эти пациенты будут выписаны из больницы, очевидно, что без соответствующей поддержки они не смогут самостоятельно жить в обществе. Опыт деинституционализации, имевший место во многих развитых странах, наглядно показывает, что для нормального проживания в обществе лица с психическими расстройствами должны иметь доступ к альтернативным видам помощи включая амбулаторное лечение, реабилитацию, жилищное обеспечение, занятость, материальное обеспечение, а так же поддержку их повседневной деятельности и самообслуживания. Ярким примером создания системы помощи лицам с психическими расстройствами является опыт Италии, где после закрытия всех психиатрических больниц услуги пациентам оказывает целая сеть сотрудничающих друг с другом учреждений внебольничной помощи [85]. При этом в оказании стационарной помощи могут участвовать как государственные, так и частные учреждения, которые финансируются из одного источника. Наличие такой смешанной системы дает возможность пациенту самостоятельно выбрать учреждение стационарной помощи, что определяет высокий уровень конкуренции между учреждениями. Эта конкуренция за получение финансирования приводит к уменьшению длительности стационарного лечения. В одном из исследований было показано, что средняя продолжительность лечения в частных клиниках составляла 40 дней, лечение в центрах психического здоровья – 37 дней, в университетских клиниках – 18 дней, а в психиатрических отделениях больниц общего профиля – 12 дней [109]. Примечательно, что ни в одном из видов учреждений больные не находились больше трех месяцев. Более того, при решении вопросов финансирования указанных учреждений органы здравоохранения отдают приоритет менее затратным краткосрочным госпитализациям и амбулаторным формам помощи.

Говоря о нашей стране в контексте перехода к страховой медицине, необходимо учитывать оправданное стремление страховых организаций уменьшить расходы на стационарное лечение больных, при отсутствии объективных показаний для продолжения госпитализации. В этом случае имеется необходимость создания четких механизмов препятствующих пребыванию на стационарном лечении дольше необходимого срока.

Хотелось бы еще раз подчеркнуть, что на наш взгляд, деинституционализация не должна рассматриваться как чисто механическое сокращение срока пребывания в стационаре. Сокращение длительности госпитализации является необходимым, но не единственным условием для деинституционализации. Не менее важным является внедрение программ по подготовке пациентов к выписке из стационара, к которым относятся предоставление домашних отпусков, повышение комплаентности к лечению, развитие жизненных навыков и другие действия, направленные на увеличение возможностей для самостоятельного проживания. Эти и другие мероприятия более детально изучены в других разделах настоящей работы.

Еще одним непременным условием является организация внебольничной системы помощи. На сегодняшний день альтернативные виды помощи доступны только в столице и нескольких крупных городах страны, тогда как значительное число остающихся в стационаре больных являются жителями регионов, где эти услуги недоступны. Ослабление социальных и родственных связей приводит к утрате жилья, а отсутствие работы и источников дохода обуславливает невозможность приобретения жилья и самостоятельной жизни вне стен стационара. Наличие такого «порочного круга» свидетельствует в пользу необходимости создания специальных общежитий для пациентов лишенных жилья. К сожалению, в настоящее время эта задача не может быть решена исключительно в рамках системы здравоохранения. Для ее решения требуется совместное участие различных организаций, включая социальные службы, местные органы исполнительной власти, а так же организации занимающиеся защитой прав и интересов граждан. Несмотря на масштабность этой задачи, экономическое и социальное развитие нашей страны открывает большие возможности для проведения деинституционализации больных с тяжелыми психическими расстройствами.

**VII ГЛАВА**

**РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ СТАЦИОНАРНОЙ И АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ**

Одной из актуальных задач в организации психиатрической помощи является рациональное использование лекарственных препаратов [273]. Согласно Всемирной Организации Здравоохранения рациональное использование лекарственных препаратов определяется как «*получение пациентами медикаментов в соответствии с их клиническими потребностями, в дозах отвечающих индивидуальным требованиям, в течение адекватного периода времени, а так же по наименьшей стоимости для самих пациентов и для общества в целом*» [278]. За последние годы в психиатрии получили широкое распространение исследования использования лекарств, в которых рассматриваются вопросы «*продажи, распределения, выписки и применения лекарств в обществе с особым акцентом на медицинские, социальные и экономические последствия*» [268]. Необходимость проведения таких исследований диктуется быстрым ростом научных знаний и медицинских технологий, способствующих появлению на рынке все новых и новых лекарственных препаратов, что вызывает опасения в связи с возрастающей стоимостью лечения. Кроме того, исследования в области рационального использования препаратов позволяют: а) описать существующие практики лечения; b) проводить сравнительный анализ работы специалистов и учреждений; с) осуществлять периодический мониторинг качества фармакотерапии; d) изучить влияние лечения на конечные результаты оказываемой помощи [272].

В связи с огромным значением лекарственной терапии во многих странах были разработаны основанные на принципах доказательной медицины клинические рекомендации/протоколы по использованию медикаментов при лечении различных психических расстройств. Как правило, соответствие назначаемого лечения клиническим рекомендациям регулярно контролируется соответствующими структурами здравоохранения или страховыми компаниями, однако, не являются исключениями и случаи нецелесообразного назначения лекарственной терапии [116]. В Азербайджане имеется большая вероятность нерационального использования лекарственных препаратов, поскольку, принятые в стране клинические протоколы носят не обязательный, а рекомендательный характер. Важно отметить, что большинство исследований, связанных с назначением психотропных препаратов, проводятся в западных странах [55, 147], тогда как в нашем регионе изучение этих вопросов не проводилось.

Все исследования в области рационального использования медикаментов в психиатрии можно условно разделить на несколько категорий в зависимости от специфики изучаемого аспекта. В частности это могут быть крупные международные или национальные исследования, проводимые на уровне всего населения, которые дают возможность определить роль контекстуальных факторов, таких как особенности организации и финансирования системы психического здоровья [177, 230, 236]. К другой категории относятся исследования по использованию целых классов психотропных препаратов или отдельных лекарственных средств [106, 119, 189, 193]. В связи с внедрением в практику новых психотропных препаратов в указанной категории исследований нередко рассматривается вопрос о целесообразности использования традиционных нейролептиков и антидепрессантов. С одной стороны, имеющиеся клинические рекомендации подчеркивают необходимость назначения более безопасных лекарств нового поколения в качестве препаратов первого выбора для лечения психических расстройств [105]. С другой стороны, согласно Американской Психиатрической Ассоциации различия между препаратами первого и второго поколения имеют «ограниченную клиническую значимость», тогда как стоимость лечения новыми препаратами намного выше [90].

Еще одной категорией являются исследования лекарственных назначений при определенных психических расстройствах или отдельным группам пациентов (например, детям и подросткам, беременным или пожилым пациентам) [96, 144, 195, 184]. В данной категории исследований большое внимание уделяется вопросу полифармакотерапии – одновременному назначению двух и более психотропных препаратов одному и тому же пациенту [29.]. Несмотря на то, что клинические руководства настоятельно рекомендуют монотерапию для лечения различных психических расстройств, назначение полифармакотерапии является скорее правилом, чем исключением [104, 110].

Необходимо отметить, что перечисленные категории исследований не всегда учитывают очевидные различия в назначении препаратов в зависимости от типа учреждения, где пациенты получают лечение. В этой связи большой интерес представляют изучение использования психотропных препаратов в системе первичной и специализированной помощи [138, 237]. К сожалению, наибольшее количество публикаций посвящено назначению психотропных препаратов в системе амбулаторной помощи, тогда как их использование в психиатрических больницах не получило достаточного освещения в литературе и лишь несколько из современных исследований можно отнести к стационарной помощи [185, 172].

Целью данного раздела исследования явилось изучение тенденции в назначении психотропных препаратов у больных, получающих стационарное или амбулаторное лечение в Азербайджане. В задачи исследования входило: a) описать основные характеристики назначения психотропных препаратов и их соответствие с принятыми в стране клиническим протоколами; b) установить факторы, влияющие на выбор препаратов, режим дозирования и применение полифармакотерапии; c) определить основные проблемы, препятствующие рациональному использованию психотропных препаратов и пути их решения.

Настоящее исследование является кросс-секционным, обсервационным, ретроспективным, выполненным на основе информации о пациентах, получающих стационарное лечение в Психиатрической Больнице №1 МЗ АР (ПБ№1) или амбулаторное лечение в Центре Психического Здоровья МЗ АР (ЦПЗ).

В соответствии с рекомендациями ВОЗ [272] были отобраны 1226 больных, из которых 626 пациентов находились на стационарном лечение в ПБ №1, а 600 больных получали помощь в ЦПЗ. Критериями исключения из исследования являлись возраст пациентов младше 18 лет, наличие диагнозов задержка в умственном развитии (F7) или психические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (F2), наличие противопоказаний для проведения лекарственной терапии (например, гиперсензитивность или аллергические реакции), а так же отсутствие лекарственных назначений на момент проведения исследования. Обо всех пациентах, вошедших в исследование, была собрана информация, включавшая возраст, пол, диагноз, длительность заболевания, число госпитализаций, длительность настоящего стационирования. Так же были получены данные о врачах, назначивших лечения, к которым относились опыт работы в психиатрии и число пациентов, получающих лечение в данный момент времени.

Информация о назначенном пациенту лечении собиралась однократно в процессе включения его в исследование. На основе изучения медицинской документации определялись количество психотропных препаратов, их наименования, режим приема и режим дозирования. Под психотропными препаратами в данном исследовании подразумеваются медикаменты, использующиеся для лечения психических расстройств. Все психотропные препараты классифицировались как антипсихотики, антидепрессанты, анксиолитики (включавшие бензодиазепиновые и небензодиазепиновые транквилизаторы), стабилизаторы настроения и прочие. К традиционным препаратам были отнесены антипсихотики первого поколения (нейролептики) и три- и тетрациклические антидепрессанты, к новым препаратам – атипичные антипсихотики и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина/норадреналина. Рекомендуемая доза препарата (DDD) устанавливалась на основе Анатомо-Терапевтической Химической Классификации (АТС) [271]. Суточная доза препарата (TDD) рассчитывалась суммированием доз препарата, получаемым пациентом в течение 24 часов. Высокой считалась доза препарата, при которой соотношение TDD к максимальной DDD было больше 1. Монотерапия рассматривалась в тех случаях, когда пациент получал всего один препарат, относящийся к определенному классу психотропных препаратов. Назначение двух и более препаратов относящихся к одному классу определялась как полифармакотерапия. Расчета дозы антипсихотиков при полифармакотерапии производился на основе конвертации доз препаратов в хлорпромазиновые эквиваленты (CPZeq).

В таблице 7.1 представлены демографические и клинические характеристики пациентов вошедших в настоящее исследование.

Обращает внимание тот факт, что количество лиц мужского пола среди стационарных больных почти в два раза превышает число женщин, тогда как среди амбулаторных пациентов, отобранных из ЦПЗ, преобладали лица женского пола. Такое распределение имеет статистически значимый характер (χ2= 79.9461; df=1; p<0.001) и оно связано с большей обращаемостью мужчин за стационарной помощью.

В выборке из ПБ№1 преобладали больные среднего возраста (М= 44.9; 95% CI [44.03; 45.81]), наибольшее число пациентов относились к возрастной группе 45-60 лет (χ2= 316.75; df=3; p<0.001). В выборке из ЦПЗ большинство возраст большинства больных не превышал 45 лет (М= 37.3; 95% CI [36.18; 38.35]), особенно часто встречались лица молодого возраста (χ2=126.3675; df=3; p<0.001).

Таким образом, различия по возрасту между стационарными и амбулаторными пациентами были статистически значимыми (t=10.75; df=1224; p<0.001).

Хотя самым распространенным диагнозом в обеих группах являлся диагноз шизофрении, в стационарной группе соотношение больных шизофренией к остальным диагнозам было значительно выше, чем в амбулаторной, где значительно чаще встречались пациенты с аффективными расстройствами и другими диагнозами (χ2= 602.31; df=4; p<0.001). Большинство стационарных пациентов страдали имеющимся заболеванием в течение многих лет (М= 17.1; 95% CI [16.2; 18.03]), тогда как длительность заболевания в амбулаторной группе была короче (М=10.7; 95% CI [5.67; 15.82]). Указанные различия носили статистически значимый характер (t=18.89; df=1158; p<0.001).

**Таблица 7.1**

**Демографические и клинические характеристики пациентов**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Характеристики пациентов** | **Пациенты из ПБ№1**  **N (%)** | **Пациенты из ЦПЗ**  **N (%)** |
| Пол  Мужской  Женский | 410 (65.5)  216 (34.5) | 240 (40)  360 (60) |
| Возраст  18-29  30-44  45-60  старше 60 | 68 (10.9)  204 (32.6)  316 (50.5)  38 (6.1) | 191 (31.8)  223 (37.2)  141 (23.5)  45 (7.5) |
| Диагноз  Шизофрения  Аффективные расстройства  Органические расстройства  Расстройства личности  Прочие | 530 (84.7)  7 (1.2)  50 (8.0)  9 (1.4)  30 (4.8) | 98 (16.3)  139 (23.2)  92 (15.3)  58 (9.7)  213 (35.5) |
| Длительность заболевания  до 1 года  1-3 года  3-5 лет  5-10 лет  свыше 10 лет | 18 (2.9)  44 (7.0)  39 (6.2)  117 (18.7)  408 (65.2) | 186 (31.0)  123 (20.5)  59 (9.8)  77 (12.8)  155 (25.8) |
| Число госпитализаций  Первая  Вторая  Третья  Четвертая  Пятая  > 5 | 83 (13.3)  121 (19.3)  152 (24.3)  103 (16.5)  51 (8.1)  116 (18.5) | 188 (74.3)  48 (19.0)  10 (4)  7 (2.7)  -  - |

Большинство пациентов из ПБ №1 неоднократно находились на стационарном лечении, и настоящей госпитализации, как правило, ей предшествовали не менее 2-х эпизодов предыдущего лечения в больнице (М=3.9; 95% CI [3.68; 4.11]). Среди больных в амбулаторной группе число стационирований было значительно меньше (М=0.39; 95% CI [0.23; 0.54]) (t=31.423; df=1224; p<0.001).

В стационарной группе большая часть пациентов находилась на стационарном лечении от одного года до трех лет (χ2=131.2; df=5; p<0.001), а в амбулаторной группе подавляющее большинство пациентов никогда не госпитализировались. Как следует из таблицы 7.2 в назначениях больных, находящихся на стационарном лечении, наиболее широко представлен класс антипсихотиков. На момент проведения исследования в больнице чаще всего назначались хлорпромазин и галоперидол в различных лекарственных формах. При лечении стационарных больных предпочтение отдавалось типичным нейролептикам. Из атипичных антипсихотиков преобладали назначения рисперидона.

Говоря об антидепрессантах, следует отметить, что лишь 14% стационарных больных имели в назначениях антидепрессанты. При этом наиболее широко использовались трициклические антидепрессанты, в частности, амитриптилин, тогда как антидепрессанты нового поколения стационарным больным практически не назначались. Выбор амитриптилина в качестве терапии депрессивных состояний обусловлен возможностью его инъекционного введения [29].

Лишь небольшая часть стационарных больных имела в назначениях стабилизаторы настроения. Чаще всего использовались карбомазепин и вальпроат натрия. Однако из медицинской документации не всегда можно было прийти к заключению о том, применялись ли они в качестве нормотимика или антисудорожного средства.

**Таблица 7.2**

**Препараты, применяемые у стационарных больных**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Препараты** | **Шизофрения** | **Аффективные расстройства** | **Органические расстройства** | **Расстройства личности** | **Прочие расстройства** |
| **Антипсихотики:**  Хлорпромазин  Галоперидол  Галоперидола деконоат  Трифлюоперазин  Флюфеназина деконоат  Перициазин  Левомепромазин  Тириодазин  Клозапин  Cульпирид  Рисперидон  Рисперидон конста  Kветиапин  Оланзапин | 230 (43.4%)  173 (32.6%)  55 (10.4%)  147 (27.7%)  29 (5.5%)  15 (2.8%)  3 (0.6%)  2 (0.4%)  36 (6.8%)  10 (1.9%)  163 (30.8%)  18 (3.4%)  2 (0.4%)  5 (0.9%) | 4 (57.1%)  0 (0%)  0 (0%)  1 (14.3%)  0 (0%)  0 (0%)  1 (14.3%)  0 (0%)  0 (0%)  0 (0%)  5 (71.4%)  0 (0%)  0 (0%)  0 (0%) | 19 (38.0%)  2 (4.0%)  0 (0%)  12 (24.0%)  0 (0%)  3 (6.0%)  0 (0%)  0 (0%)  4 (8.0%)  2 (4.0%)  18 (36.0%)  0 (0%)  0 (0%)  2 (4.0%) | 8 (88.9%)  2 (22.2%)  3 (33.3%)  1 (11.1%)  1 (1.1%)  1 (11.1%)  0 (0%)  0 (0%)  1 (11.1%)  0 (0%)  4 (44.4%)  0 (0%)  0 (0%)  0 (0%) | 11 (36.7%)  5 (16.7%)  1 (3.3%)  2 (6.7%)  1 (3.3%)  1 (3.3%)  0 (0%)  0 (0%)  2 (6.7%)  1(3.3% )  10 (33.3%)  0 (0%)  0 (0%)  1 (3.3%) |
| **Антидепрессанты:**  Кломипрамин  Амитриптилин  Эсциталопрам | 4 (0.8%)  66 (12.5%)  0 (0%) | 0 (0%)  4 (57.1%)  0 (0%) | 2 (4.0%)  1 (2.0%)  1 (2.0%) | 0 (0%)  6 (66.7%)  0 (0%) | 0 (0%)  3 (10.0%)  0 (0%) |
| **Нормотимики:**  Вальпроат натрия  Литий  Карбамазепин | 26 (4.9%)  1 (0.2%)  25 (4.7%) | 2 (28.6%)  0 (0%)  0 (0%) | 9 (18.0%)  0 (0%)  10 (2.0%) | 1 (11.1%)  0 (0%)  4 (44.4%) | 3 (10.0%)  0 (0%)  3 (10.0%) |
| **Транквилизаторы:**  Феназепам  Диазепам  Альпразолам  Клоназепам | 166 (31.3%)  15 (2.8%)  1 (0.2%)  1 (0.2%) | 2 (28.6%)  1 (14.3%)  0 (0%)  0 (0%) | 19 (38.0%)  2 (4.0%)  0 (0%)  1 (2.0%) | 4 (44.4%)  0 (0%)  0 (0%)  0 (0%) | 18 (60.0%)  1 (3.3%)  0 (0%)  0 (0%) |

Примечательно, что терапию литием получал всего один пациент. По-видимому, это связано с тем, что использование лития требует регулярного мониторинга его концентрации в крови, тогда как проводимые в больнице лабораторные анализы не включают измерение лития.

Из имеющихся в стационаре транквилизаторов предпочтение отдавалось фенозепаму, который отсутствует в клинических протоколах по диагностике и лечению различных психических расстройств. Широкое использование фенозепама объясняется включением его в список основных препаратов, поставляемых в больницы.

Назначение психотропных препаратов амбулаторным пациентам существенно отличались от медикаментов, используемых в стационарах (таблица 7.3).

Так, более половины больных, получавших амбулаторную помощь, антипсихотические препараты не назначались. Из амбулаторных больных, имевших в назначениях антипсихотики, наиболее часто использовался рисперидон – его получали 90 человек (35.6%). Почти равное число больных принимали кветиопин и оланзапин, соответственно 55 (21.7%) и 50 (19.8%) человек. Еще 30 (11.9%) пациентов имели в назначениях арипипразол. Другие антипсихотические препараты получали 28 (11%) амбулаторных больных.

Достаточно широко в назначениях амбулаторных больных был представлен класс антидепрессантов. При этом, в отличие от системы стационарной помощи, предпочтение отдавалось антидепрессантам второго поколения. Наиболее широко использовались эсциталопрам, сертралин и венлафаксин. Самым менее используемым препаратом был тразодон, поскольку его назначение у врачей ассоциируется с наркологической практикой.

Самым популярным стабилизатором настроения являлся ламотриджин, который в наименьшей степени связан с риском возникновения побочных явлений.

**Таблица 7.3**

**Препараты, применяемые у амбулаторных больных**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Препараты** | **Шизофрения** | **Аффективные расстройства** | **Органические расстройства** | **Расстройства личности** | **Прочие расстройства** |
| **Антипсихотики:**  Рисперидон  Кветиапин  Оланзепин  Арипипразол  Клозапин  Сульпирид  Амисульпирид  Галоперидол  Палиперидон  Перициазин  Трифлуперазин | 42 (42.8%)  16 (16.3%)  24 (24.5%)  8 (8.2%)  5 (5.1%)  -  -  1 (1.0%)  2 (2.0%)  1 (1.0%)  1 (1.0%) | 7 (5%)  10 (7.2%)  12 (8.6%)  5 (3.6%)  1 (0.7%)  5 (3.6%)  -  -  -  -  - | 21 (22.8%)  12 (13%)  8 (8.7%)  -  2 (2.2%)  1 (1.1%)  1 (1.1%)  -  -  -  - | 2 (3.4%)  8 (13.8%)  4 (6.9%)  1 (1.7%)  1 (1.1%)  -  -  -  -  -  - | 18 (8.4%)  9 (4.2%)  6 (2.8%)  16 (7.5%)  2 (1.0%)  6 (2.8%)  -  -  -  -  - |
| **Антидепрессанты:**  Циталопрам  Эсциталопрам  Сертралин  Агамелатин  Флуоксетин  Флувоксамин  Дулоксетин  Миртазапин  Пароксетин  Тразадон  Венлафаксин  Амитриптилин  Кломипрамин | 1 (1.0%)  25 (25.5%)  11 (11.2%)  5 (5.1%)  2 (2.0%)  1 (1.0%)  2 (2.0%)  3 (3.0%)  -  -  8 (8.2%)  1 (1.0%)  5 (5.1%) | 7 (5.0%)  80 (42.4%)  16 (11.5%)  8 (5.8%)  6 (4.3%)  -  5 (3.6%)  14 (10.1%)  3 (2.2%)  -  15 (10.8%)  2 (1.4%)  3 (2.3%) | 3 (3.3%)  17 (18.5%)  26 (28.3%)  7 (7.6%)  1 (1.1%)  -  1(1.1%)  5 (5.4%%)  1 (1.1%)  1 (1.1%)  6 (6.5%)  1 (1.1%)  3 (3.3%) | -  25 (43.1%)  8 (13.8%)  1 (1.7%)  1 (1.7%)  -  -  6 (10.3%)  3 (5.2%)  -  6 (10.3%)  -  - | 2 (1.0%)  96 (45.1%)  18 (8.4%)  5 (2.3%)  13 (6.1%)  8 (3.7%)  10 (4.7%)  13 (6.1%)  22 (10.3%)  -  24 (11.3%)  2 (1.0%)  5 (2.3%) |
| **Нормотимики:**  Литий  Габапентин  Вальпроат  Ламотриджин  Карбомазепин | 1 (1.0%)  -  14 (14.3%)  16 (16.3%)  - | 4 (2.8%)  1 (0.7%)  9 (6.5%)  18 (12.9%)  6 (4.3%) | 1 (1.1%)  2 (2.2%)  38 (41.3%)  9 (9.8%)  6 (6.5%) | 1 (1.7%)  6 (10.4%)  15 (27.6%)  12 (20.7%)  6 (10.4%) | 1 (0.5%)  23 (10.8%)  17 (8.0%)  27 (13.6%)  13 (6.1%) |
| **Транквилизаторы:**  Альпрозолам  Клонозепам  Фенозепам  Гидроксизин | -  2 (2.0%)  1 (1.0%)  - | 6 (4.3%)  4 (2.8%)  1 (0.7%)  4 (2.8%) | 2 (2.2%)  2 (2.2%)  1(1.1%)  - | -  -  -  - | 25 (11.7%)  5 (2.3%)  -  9 (4.2%) |

Из транквилизаторов чаще всего назначался альпрозолам. Меньше всего пациентов получали фенозепам, который, как отмечено выше, часто назначается стационарным пациентам.

В таблице 7.4 рассматривается соотношение доз лекарственных препаратов, назначаемых стационарным больным дозам рекомендованным ВОЗ. Высокие дозы (TDD/DDD > 1) были характерны для назначений галоперидола и флюфеназин декaноата, остальные препараты назначались в рекомендованных или меньших дозах.

**Таблица 7.4**

**Соответствие назначения препаратов классификации АТС/DDD**

**у стационарных больных**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Препараты** | **ATC**  **код** | **N (%)** | **PDD,**  **мг** | **DDD, мг** | **PDD/DDD** |
| Хлорпромазин | N05AA01 | 272 (43.5%) | 86.5 | 300 | 0.29 |
| Галоперидол | N05AD01 | 182 (29.1%) | 12.4 | 8 | 1.55 |
| Галоперидол деконаат | N05AD01 | 59 (9.4%) | 2.32 | 3.3 | 0.70 |
| Трифлюоперазин | N05AB06 | 163 (26.0%) | 11.7 | 20 | 0.58 |
| Флюфеназин деконаат | N05AB02 | 31 (5.0%) | 2.68 | 1 | 2.68 |
| Перициазин | N05AC01 | 20 (3.2%) | 53.6 | 50 | 1.07 |
| Левомепромазин | N05AA02 | 4 (0.6%) | 31.3 | 300 | 0.10 |
| Тиоридазин | N05AC02 | 2 (0.3%) | 72.5 | 300 | 0.24 |
| Клозапин | N05AH02 | 43 (6.9%) | 56.4 | 300 | 0.18 |
| Сульпирид | N05AL01 | 13 (2.1%) | 275 | 800 | 0.34 |
| Рисперидон | N05AX08 | 200 (31.9%) | 4.04 | 5 | 0.81 |
| Рисперидон конста | N05AX08 | 18 (2.9%) | 2.41 | 2.7 | 0.89 |
| Kетипин | N05AH04 | 2 (0.3%) | 200.0 | 400 | 0.50 |
| Оланзапин | N05AH03 | 8 (1.3%) | 10.0 | 10 | 1.0 |
| Кломипрамин | N06AA04 | 6 (1.0%) | 62.5 | 100 | 0.62 |
| Амитриптилин | N06AA09 | 80 (12.8%) | 56.0 | 75 | 0.74 |
| Эсциталопрам | N06AB10 | 1 (0.2%) | 20 | 10 | 2.0 |

Среди амбулаторных больных, так же как и среди стационарных больных, превышение рекомендованной дозы относилось к назначению галоперидола – его получали 2 пациента (Таблица 7.5). Кроме того, у двух больных, лечившихся палиперидоном отмечалось превышение суточной дозы этого препарата.

**Таблица 7.5**

**Соответствие назначения препаратов классификации АТС/DDD**

**у амбулаторных больных**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Препараты** | **ATC**  **код** | **N (%)** | **PDD,**  **мг** | **DDD,**  **мг** | **PDD/DDD** |
| Респиредон | N05AX08 | 90 (15) | 2.2 | 5 | 0.44 |
| Палиперидон | N05AX13 | 2(0.3) | 5.2 | 2.5 | 2,08 |
| Оланзапин | N05AH03 | 50 (9) | 7.3 | 10 | 0.73 |
| Клозапин | N05AH02 | 10 (1.6) | 42.5 | 300 | 0.14 |
| Кветиапин | N05AH04 | 55 (9.2) | 115 | 400 | 0.29 |
| Арипипразол | N05AX12 | 30 (5) | 9.2 | 15 | 0.6 |
| Сульпирид | N05AL01 | 12 (2) | 113 | 800 | 0.14 |
| Амисульпирид | N05AL05 | 1 (0.2) | 200 | 400 | 0.5 |
| Галоперидол | N05AD01 | 2 (0.3) | 12.5 | 8 | 1.56 |
| Трифлуперазин | N05AB06 | 1 (0.2) | 15 | 20 | 0.75 |
| Эсциталопрам | N06AB10 | 221 (36.8) | 13.5 | 10 | 1.35 |
| Циталопрам | N06AB04 | 13 (2.2) | 16,2 | 20 | 0,8 |
| Сертралин | N06AB06 | 79 (13.2) | 57,7 | 50 | 1,15 |
| Флуоксетин | N06AB03 | 24 (4.0) | 22,9 | 20 | 1,14 |
| Флувоксамин | N06AB08 | 8 (1.3) | 23 | 100 | 0,23 |
| Венлафаксин | N06AX16 | 59 (9.8) | 1,1 | 100 | 0,01 |
| Дулоксетин | N06AX21 | 18 (3.0) | 31,7 | 60 | 0,53 |
| Пароксетин | N06AB05 | 29 (4.8) | 20 | 20 | 1 |
| Агамелатин | N06AX22 | 26 (4.3) | 25 | 25 | 1 |
| Миртазапин | N06AX11 | 41(6.8) | 27,1 | 30 | 0,9 |
| Тразадон | N06AX05 | 1(0.2) | 50 | 300 | 0,16 |
| Amitriptyline | N06AA09 | 6 (1) | 40,8 | 75 | 0,54 |
| Clomipramine | N06AA04 | 17(2.8) | 57,4 | 100 | 0,57 |

Важно отметить, что в группе амбулаторных больных имела место применение антидепрессантов в дозах незначительно превышающих рекомендованные суточные дозы. Амбулаторные больные получали повышенные дозы флуоксетина, сертралина и эсциталопрама. Дальнейший анализ показал, что повышенные дозы указанных препаратов назначался больным с тревожными расстройствами и резистентными депрессиями.

Из стационарных пациентов монотерапию принимали 293 больных (46.8%), еще 244 человека (39.0%) получали лечение двумя, а 64 (10.2%) – тремя и более антипсихотическими препаратами (Таблица 7.6).

**Таблица 7.6**

**Особенности назначения препаратов стационарным пациентам**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Шизофрения**  **N (%)** | **Аффективные расстройства**  **N (%)** | **Органические расстройства**  **N (%)** | **Расстройства личности**  **N (%)** | **Прочие расстройства**  **N (%)** |
| Число антипсихотиков (AP)  Один  Два  Три и больше | 257 (48.5%)  210 (36.9%)  56 (10.5%) | 3 (42.8%)  4 (57.1%)  4 (57.1%) | 21 (42.0%)  19 (38.0%)  1 (2.0%) | 2 (22.2%)  3 (33.3%)  4 (44.4%) | 10 (33.3%)  8 (26.7%)  3 (10.0%) |
| Среднее число АP (95% ДИ) | 1.63  (1.56; 1.69) | 1.67  (1.12; 2.21) | 1.24  (1.02; 1.46) | 2.22  (1.58; 2.86) | 1.67  (1.33; 2.00) |
| Дозы АP в CPZeq  <300 mg  301-600 mg  601-1000 mg  >1000 mg | 177 (33.8%)  219 (41.9%)  101 (19.3%)  26 (5.0%) | 2 (28.5%)  5 (83.3%)  0 (0%)  0 (0%) | 20 (48.8%)  20 (48.8%)  1 (2.4%)  0 (0%) | 3 (33.3%)  2 (22.2%)  3 (33.3%)  1 (11.1%) | 5 (23.8%)  12 (57.1%)  3 (14.3%)  1 (4.8%) |
| Средние дозы АP в CPZэкв M (95% CI) | 494.53  (459.56;529.5) | 395.83  (254.6;537.0) | 263.00  (206.8;319.2) | 787.78  (157.6;1591.3) | 301.73  (191.4;405.1) |
| Монотерапия AP  Только FGA  Только SGA | 258(94.5%)  99 (36.3%) | 4 (100%)  4 (100%) | 18 (62.1%)  14 (48.3%) | 7 (100%)  4 (57.1%) | 10 (50.0%)  7 (35.0%) |
| Полифармакотерапия  FGA+FGA  FGA+SGA  SGA+SGA | 397 (74,0%)  91 (17.2%)  217 (40.9%) | 6 (85.7%)  4 (66.7%)  5 (83.3%) | 29 (58.0%)  12 (24.0%)  24 (48.0%) | 9 (100%)  4 (44.4%)  4 (44.4%) | 14 (46.7%)  6 (20.0%)  13 (43.3%) |
| Общее число психотропных препаратов  (95% CI) | 2.22  (2.14; 2.29) | 3.00  (1.85; 4.14) | 2.34  (2.13; 2.55) | 3.88  (2.7; 5.1) | 2.13  (1.66; 2.6) |

Таким образом, в большинстве случаев соблюдалось требование протоколов по использованию монотерапии (M=1.58; 95% CI [1.52; 1.64]). Среди пациентов получавших монотерапию, количество лиц принимавших FGA -158 (53.9%) незначительно превышало число лиц -135 (46.1%), которым назначались SGA (χ2=1.8; df=1; p=0.179). Из пациентов получавших полифармакотерапию 180 человек (54.1%) принимали только FGA, 117 больных (35.1%)– комбинацию FGA и SGA, а 36 пациентов (10.8%) – не менее двух SGA (χ2=93.89; df=2; p<0.001).

При конвертации суммарных доз антипсихотиков в CPZeq было установлено, что 276 больных (44.1%) принимали препараты в средних суточных дозах 300-600 мг (M=469.4; 95% CI [437; 501.7]), 183 человека (29.2%) получали лечение малыми дозами (CPZeq <300 мг), а 167 пациентов (26.7%) – высокими дозами (CPZeq > 600 мг).

В группе амбулаторных больных подавляющее большинство лиц получали монотерапию антипсихотическими препаратами (χ2= 225.775; df=1; p<0.001). Среднее число антипсихотических препаратов у больных, которым они назначались (M=1.02; 95% CI [0.99, 1.09]) было меньше, чем в стационарной группе (t=5.323; df=682; p<0.001). Практически все пациенты в амбулаторной группе получали антипсихотики в малых и средних дозах. Лишь у 10 больных доза в CPZeq превышала 600 мг/сут. При этом не было выявлено ни одного случая превышения дозы больше 1000 мг/сут. Важно отметить, что более низкие дозы антипсихотических препаратов у амбулаторных больных по сравнению со стационарными больными достигали уровня статистической значимости (t=5.169; df=682; p<0.001) [31].

В отличие от стационарных больных лишь 18 пациентов, получавших амбулаторную помощь, имели в назначениях FGA, из них 14 принимали их в комбинации с SGA. Следует так же отметить, что прием двух и более SGA не свойственен амбулаторным больным (таблица 7.7).

Амбулаторные пациенты в среднем получали 2 психотропных препарата, что было меньше чем в стационарной группе (t=7.159; df=1224; p<0.001).

**Таблица 7.7**

**Особенности назначения препаратов амбулаторным пациентам**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Шизофрения**  **N (%)** | **Аффективные расстройства**  **N (%)** | **Органические расстройства**  **N (%)** | **Расстройства личности**  **N (%)** | **Прочие расстройства**  **N (%)** |
| Число антипсихотиков (AP)  Один  Два  Три и больше  Нет в назначениях | 92 (93.9%)  4 (4.1%)  1 (1.0%)  - | 36 (25.9%)  5 (3.6%)  -  98 (70.5%) | 44 (47.8%)  1 (1.1%)  -  47 (51.1%) | 17 (29.3%)  -  -  41 (70.7%) | 50 (23.5%)  6 (2.8%)  -  157 (73.7%) |
| Среднее число АP (95% CI) | 1.02 (0.95, 1.1) | 0.3 (0.22, 0.4) | 0.5 (0.4, 0.6) | 0.3 (0.2, 0.4) | 0.26 (0.2, 0.32) |
| Дозы АP в CPZeq  <300 mg  301-600 mg  601-1000 mg  >1000 mg | 57 (58.2%)  32 (32.6%)  9 (9.2%)  - | 36 (87.8%)  5 (12.2%)  -  - | 37 (84.1%)  7 (15.9%)  -  - | 13 (81.3%)  3 (18.7%)  -  - | 48 (87.3)  6 (10.9%)  1 (1.8%)  - |
| Средние дозы АP в CPZэкв M (95% CI) | 277 (244, 310) | 165 (130, 200) | 172 (141, 202) | 179 (130, 226) | 168 (134, 202) |
| Монотерапия AP  Только FGA  Только SGA | 4 (4.1%)  92 (93.9%) | -  37 (88.1%) | -  44 (97.8%) | -  16 (100%) | -  50 (89.3%) |
| Полифармакотерапия  FGA+FGA  FGA+SGA  SGA+SGA | -  2 (2.2%)  3 (3.2%) | -  5 (11.9%)  - | -  1 (2.2%)  - | -  -  - | -  6 (10.7%)  - |
| Общее число препаратов  (95% CI) | 2.09 (1.9, 2.2) | 1.8 (1.6, 1.96) | 2 (1.9, 2.1) | 1.9 (1.7, 2.0) | 1.9 (1.8, 2.0) |

Результаты статистического анализа проведенного методом логистической регрессии позволил установить, что у стационарных больных высокие дозы антипсихотических препаратов ассоциировались с принадлежностью пациентов к мужскому полу, диагнозом шизофрении, пребыванием на стационарном лечении менее одного года, использованием нейролептиков первого поколения, а так же полифармакотерапией (Таблица 7.8).

**Таблица 7.8**

**Факторы, связанные с применением высоких доз антипсихотиков**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **β** | **Wald** | **p** | **OR** | **95% CI** |
| Мужской пол | 0.85 | 16.35 | <0.001 | 2.35 | 1.55; 3.55 |
| Диагноз шизофрения | 1.14 | 15.16 | <0.001 | 4.11 | 2.02; 8.36 |
| Стационирование менее одного года | 0.84 | 20.5 | <0.001 | 2.31 | 1.61; 3.32 |
| Полифармакотерапия | 1.04 | 28.64 | <0.001 | 2.84 | 1.94; 4,16 |
| Лечение только FGA | 0.65 | 7.63 | 0.006 | 1.91 | 1.21; 3.02 |

В свою очередь назначение полифармакотерапии было связано с мужским полом, более молодым возрастом пациентов, длительностью заболевания менее пяти лет, первичным стационированием, пребыванием в стационаре менее одного года и применением антипсихотиков первого поколения (Таблица 7.9).

**Таблица 7.9**

**Факторы, связанные с применением полифармакотерапии**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **β** | **Wald** | **p** | **OR** | **95% CI** |
| Мужской пол | 1.19 | 45.72 | <0.001 | 3.29 | 2.33; 4.65 |
| Молодой возраст | 0.71 | 8.14 | 0.004 | 2.03 | 1.25; 3.31 |
| Длительность болезни менее 5 лет | 0.65 | 8.17 | 0.004 | 1.92 | 1.23; 3.0 |
| Первичное стационирование | 0.61 | 12.12 | <0.001 | 1.84 | 1.31; 2.59 |
| Стационирование менее одного года | 0.65 | 15.94 | <0.001 | 1.92 | 1.39; 2.65 |
| Лечение только FGA | 2.66 | 64.54 | <0.001 | 14.37 | 7.5; 27.53 |

В группе амбулаторных пациентов изучение зависимости дозы антипсихотических препаратов с социо-демографическими и клиническими характеристиками больных, не выявило статистически значимой связи по таким показателям как возраст, пол, длительность заболевания и число предшествующих госпитализаций. Однако диагноз и число антипсихотиков являлись статистически значимыми предикторами суммарной суточной дозы антипсихотических препаратов (Таблица 7.10).

**Таблица 7.10**

**Связь дозы с диагнозом и количеством антипсихотиков**

**у амбулаторных больных**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Независимая переменная** | **B** | **SE** | **β** | **t** | **p** | **95% CI** | |
| **Константа** | -15.925 | 42.173 |  | -0.38 | 0.706 | -98.984 | 67.135 |
| **Диагноз шизофрения** | 94.021 | 16.999 | 0.318 | 5.53 | 0.000 | 5.53 | 127.5 |
| **Число препаратов** | 187.47 | 41.447 | 0.26 | 4.52 | 0.000 | 105.84 | 269.1 |
| R2= 0.200; N= 253; F (df = 2; df = 252) = 31.272; p < 0.001 | | | | | | | |

В таблице 7.10 показано, что предсказываемая суточная доза в CPZeq равнялась -15.925 + 94.021 (ДИАГНОЗ) + 187.47 (ЧИСЛО ПРЕПАРАТОВ), где диагноз кодировался как 1 = шизофрения, 0 - иной диагноз, а число препаратов определялось как общее количество антипсихотиков, которые пациент принимал на момент проведения исследования. Таким образом, больные шизофренией получали на 94 мг CPZeq больше, чем пациенты с другими диагнозами, а доза препарата увеличивалась на 187.47 мг в CPZeq с каждым добавленным антипсихотиком.

Анализ методом бинарной логистической регрессии для установления связи полифармакотерапии с социо-демографическими и клиническими факторами не выявил существенного влияния возраста и пола больных, а так же длительности их заболевания и числа предшествующих госпитализаций на лечение двумя и более препаратами. В то же время результаты анализа указывают на наличие статистически значимой ассоциации между диагнозом шизофрения и лечением FGA и полифармакотерапией (χ2=9.433; р=0.009).

Как видно из таблицы 7.11 лечение FGA в 17 раз, а наличие диагноза шизофрения почти в 8 раз повышает шансы применения одновременно нескольких антипсихотических препаратов.

**Таблица 7.11**

**Связь клинических характеристик с полифармакотерапией**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **β** | **Wald** | **p** | **OR** | **95% CI** |
| **Лечение FGA** | 2.829 | 7.274 | 0.007 | 16.931 | 2.167; 132.311 |
| **Диагноз шизофрения** | 2.046 | 4.396 | 0.036 | 7.736 | 1.143; 52.378 |

Как показало настоящее исследование, несмотря на то, что принятые в стране клинические протоколы содержат четкие рекомендации о применении минимально эффективных доз атипичных антипсихотиков в качестве монотерапии при шизофрении или других психотических расстройствах, эти рекомендации часто не всегда соблюдаются в стационарах. В отличие от стран Европейского Союза, где еще десять лет назад атипичные антипсихотики практически вытеснили препараты первого поколения, в Азербайджане более половины стационарных больных продолжают получать традиционные нейролептики. Здесь, так же как и в других странах со средним уровнем дохода главным фактором, определяющим назначение психотропных препаратов, является государственное обеспечение стационаров медикаментами, нацеленное на сокращение стоимости лечения.

Кроме того, нередко выбор в пользу нейролептиков первого поколения связан с большей уверенностью специалистов в большей эффективности традиционных антипсихотиков, предшествующим опытом лечения конкретных пациентов, возможностью парентерального введения препарата.

В то же время, как показало настоящее исследование, в системе амбулаторной помощи применяются преимущественно атипичные антипсихотические препараты. Существующие различия между амбулаторной и стационарной практикой могут объясняться субъективным мнением многих врачей о целесообразности назначения атипичных антипсихотиков при менее тяжелых расстройствах, тогда как в более острых состояниях врачи склонны больше полагаться на классические нейролептики. Кроме того, как отмечено выше, различия между стационарной и амбулаторной практикой могут быть обусловлены стремлением сократить расходы на лечение в государственных больницах, где предпочтение отдается более дешевым антипсихотикам первого поколения. Одновременно, менее затратная амбулаторная помощь в большей степени ориентирована на эффективность, снижение риска развития экстрапирамидных симптомов и комплаентность к лечению. В этом отношении атипичные антипсихотические препараты обладают преимуществом перед традиционными нейролептиками.

Хотя большинство назначений антипсихотических препаратов осуществлялось в рекомендуемых дозах, более ¼ стационарных пациентов получали высокие дозы медикаментов. Полученные данные подтвердили предположение о том, что пациенты с диагнозом шизофрении имеют более высокий риск лечения высокими дозами нейролептиков. Так же в отношении стационарных больных нашли подтверждения данные об ассоциации высоких доз антипсихотиков с принадлежностью к мужскому полу и более короткими сроками госпитализации. В основе этой ассоциации, по-видимому, лежит не основанные на доказательствах убеждения специалистов о большей выраженности симптомов у мужчин, а так же о возможности достижения быстрого терапевтического эффекта с помощью высоких доз антипсихотиков.

Говоря о режиме дозирования в амбулаторной практике, следует отметить, что здесь пациенты получали антипсихотики в относительно небольших дозах – меньших, чем рекомендовано в клинических протоколах. Это обстоятельство может быть связано с тем, что в клинических испытаниях, на которых основываются действующие протоколы, назначаются дозы рекомендуемые компаниями-разработчиками лекарственных препаратов, тогда как обычное амбулаторное лечение позволяет обойтись более низкими дозами антипсихотиков. Так же как и у стационарных больных, более высокие дозы антипсихотиков ассоциируется с диагнозом шизофрении, тогда как многие пациенты, находящиеся на амбулаторном лечении, часто имеют другие диагнозы, поддающиеся лечению низкими дозами антипсихотиков. Следует так же отметить, что в отличие от стационарных пациентов, большинство амбулаторных больных, находясь в ремиссии, получают поддерживающую терапию меньшими дозами препаратов, которые ассоциируется с лучшей переносимостью лечения и функциональной адаптацией больных.

И у стационарных и у амбулаторных больных была выявлена связь между использованием высоких доз препаратов и полифармакотерапией. Вопреки утверждениям об отсутствии влияния возраста и пола на назначение двух и более антипсихотиков [111], в данном исследовании выявлена положительная ассоциация полифармакотерапии с молодым возрастом и принадлежностью к мужскому полу у стационарных больных. Так же было отмечено, что меньшая длительность заболевания, первичное стационирование и более короткий срок пребывание в больнице увеличивают шансы применения полифармакотерапии. Указанные особенности, характерные для острого периода заболевания, могут объяснять тенденцию к назначению двух и более антипсихотиков, тогда как после стабилизации течения болезни выбор делается в пользу монотерапии.

Несколько иную картину в отношении полифармакотерапии можно наблюдать у амбулаторных больных. Хотя в этой группе так же можно наблюдать ассоциацию полифармакотерапии с диагнозом шизофрении и лечением традиционными нейролептиками. Однако, в отличие от стационарных больных, в амбулаторной практике не выявлена зависимость выбора препарата от социо-демографических характеристик больных или длительности их заболевания.

Так же как и у стационарных больных, наиболее часто используемым у амбулаторных пациентов атипичным антипсихотиком был рисперидон. Вместе с тем в системе амбулаторной помощи гораздо чаще назначались и другие антипсихотические препараты.

Тоже самое справедливо и в отношении антидепрессантов, анксиолитических и нормотимических препаратов – в амбулаторной практике используется намного больше наименований этих медикаментов. Разнообразие назначаемых психотропных препаратов в амбулаторной практике может быть обусловлено более благоприятными условиями для их использования и большими возможностями персонализировать лечение.

В заключение данного раздела исследования хотелось бы отметить необходимость обеспечения рационального использования лекарственных препаратов в системе психиатрической помощи и преемственность в их назначении. В связи с реформой здравоохранения в нашей стране и переходом к модели страховой медицины врачи-психиатры, работающие в стационарах, остались в подчинении Министерства Здравоохранения, тогда как врачи-психиатры, работающие в амбулаторных учреждениях, перешли в систему медицинских территориальных подразделений (TƏBİB). В отличие от других специалистов амбулаторных и стационарных учреждений, входящих в систему медицинских территориальных подразделений, нахождение психиатров в двух структурах ставит задачу обеспечения преемственности лекарственных назначений. В этой связи оптимальным решением явилось бы внедрение мониторинговых процедур на предмет соответствия лекарственной терапии стандартам рационального использования психотропных препаратов.

Еще одной задачей является регулярное обновление клинических протоколов по лечению психических расстройств. Важность осуществления этой работы диктуется появлением новых лекарственных препаратов, а так же развитием новых подходов к оказанию помощи в области психического здоровья. Как было отмечено выше, клинические протоколы в нашей стране носят не обязательный, а рекомендательный характер, что с одной стороны приводит к противоречиям между рекомендуемым в протоколах современным лечением и лекарственным обеспечением государственных учреждений, с другой стороны это создает известные сложности для контроля по использованию психофармакотерапии. Поэтому придание клиническим протоколам обязательного характера позволит устранить эти сложности и противоречия.

Наконец, в нашей стране регулярно проводятся тренинги по применению тех или иных лекарств в практике лечения психических расстройств, которые организуют представители фарминдустрии. Чаще всего участниками этих тренингов являются специалисты, работающие в специализированных психиатрических учреждениях. В то же время врачи-психиатры работающие в системе первичного здравоохранения, особенно в регионах, не всегда имеют возможность участвовать в этих тренингах. В этой связи необходимо обратить внимание на расширяющиеся возможности дистантного образования. Обеспечение участия этих специалистов с использованием компьютерных технологий, могло бы стать хорошей альтернативой для получения новых знаний в области назначения лекарственных препаратов.

**VIII ГЛАВА**

**АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

В настоящее время под термином «реабилитация» в психиатрии подразумевается помощь лицам с тяжелыми психическими расстройствами, направленная на увеличение их способности успешно функционировать и получать удовлетворение в условиях, которые они считают предпочтительными и с наименьшим количеством профессионального вмешательства [43].

Истоки психиатрической реабилитации восходят к работам Paul и Lentz, разработавших в конце 1970-х программы социального обучения больных с длительными сроками пребывания в психиатрических больницах. Первоначально психосоциальная реабилитация рассматривалась как набор услуг, технически и философски отличающихся от психиатрического лечения. Сам термин «психосоциальный» предполагал концентрацию внимания на взаимодействии личности со средой. Однако этот термин нельзя признать достаточно корректным, поскольку слишком широкое толкование его нередко приводит к неверному толкованию [201]. Более правильным следует считать термин «психиатрическая реабилитация», который исключает искусственное разделение психиатрической помощи и психосоциальных сервисов [93]. В практическом аспекте лечение и реабилитация взаимосвязаны и направлены на достижение одних и тех же задач – уменьшение симптомов болезни, улучшение адаптации и качества жизни. Поэтому реабилитацию, так же как и другие виды лечения, нужно рассматривать в качестве вмешательств, имеющих конечной целью выздоровление пациента.

Единственным отличием реабилитации от других методов лечения, таких как фармакотерапия и психотерапия, является отсутствие строгой теоретической базы основанной на биологических или психологических концепциях [47]. Поэтому принято считать, что в основе реабилитации лежат принципы эклектичности и прагматизма, а самым распространенным способом ее развития является метод «проб и ошибок».

Несмотря на то, что теория психиатрической реабилитации находится в процессе становления, уже сегодня можно выделить ее основные характеристики:

*Самоопределение* – основная роль в процессе выздоровления принадлежит самому пациенту, который являясь активным участником реабилитационных программ, определяет способы решения своих проблемм [179].

*Направленность на реальность* – пациенты, так же как и все остальные люди, имеют свои потребности (материальные, социальные, духовные) и реабилитационные мероприятия проводятся для удовлетворения этих потребностей в повседневной жизни [204].

*Акцент на сильных сторонах личности* – как показано в Главе 3 из-за стигмы пациенты нередко получают негативную информацию от окружения о своей слабости и неприспособленности в жизни. В то же время позитивная философия подразумевает, что каждый человек обладает сильными сторонами личности, помогающими в достижении поставленных целей.

*Развитие навыков* – несмотря на различия в подходах и методах, любая программа реабилитация должна способствовать развитию и применению навыков необходимых для социальной адаптации. Оценка развития навыков в большей степени основывается на ситуационном анализе, нежели на формальном тестировании [62].

*Изменение среды и поддержка* – важность развития собственных навыков пациента не исключает необходимость использования внешних ресурсов. Поэтому приспособление окружающей среды к потребностям пациента и всесторонняя поддержка имеют большое значение для повышения вероятности успеха реабилитации.

*Интеграция реабилитации с другими видами лечения* – исторически альянс между психиатрией и психиатрической реабилитацией был достаточно сложным. Как показывают многие исследования подавляющее большинство больных нуждающихся в реабилитации, так же нуждаются и в психотропных медикаментах. Поэтому современные реабилитационные программы должны учитывать комплексные вмешательства [174].

*Мультидисциплинарный командный подход* – успешное осуществление реабилитационных мероприятий невозможно без участия специалистов, представляющих различные области психического здоровья. Скоординированная деятельность психиатров, психологов, социальных работников, медсестер и специалистов в области трудовой реабилитации крайне важна для выздоровления пациентов.

*Преемственность помощи* – поскольку тяжелые психические расстройства относятся к хроническим состояниям, ограниченные во времени вмешательства являются не эффективными и пациенты нуждаются в длительной помощи. В этой связи вмешательства должны быть последовательными и неограниченными во времени [258].

*Направленность на выздоровление* – конечной целью реабилитации является выздоровление, поэтому все программы вмешательства должны быть направлены на достижение этой цели, стимулируя автономию, уверенность в себе и оптимизм.

В отличие от традиционного плана лечения, указывающего на желаемые результаты, которые должны быть достигнуты с использованием определенных медикаментов, реабилитационный план рассматривает определяемые самим пациентом цели выздоровления, включая развитие определенных навыков и ресурсов. Нередко, план лечения и план реабилитации представляют собой единый документ, который называют «планом выздоровления» [84].

В основе реабилитационного плана лежат результаты обследования психосоциального функционирования пациента. Кроме диагноза, имеющего меньшее значение для реабилитации, более важным являются социальные и личностные связи с окружением, а так же наличие социальных навыков, позволяющих выполнять социальные функции в обществе. Отдельными областями обследования являются выраженность определенных симптомов, социальная адаптация, ролевое функционирование, когнитивные функции, навыки самообслуживания, приверженность лечению, качество жизни [83].

В зависимости от результатов обследования определяются краткосрочные цели, связанные с развитием определенных навыков или ресурсов. Эти цели должны быть описаны в измеряемом формате, быть конкретными и ограниченными во времени. Естественно, у пациента может быть множество различных потребностей, поэтому большое значение имеет их приоритетность, например, некоторые навыки должны быть достигнуты раньше, чем другие. В отличие от традиционного лечения большое значение имеют мотивационные аспекты и ответственность, как пациента, так и членов команды за успех реабилитации.

В конечном итоге основной целью реабилитации является приобретение и развитие навыков определенного поведения в определенных обстоятельствах. Приобретение и развитие навыков, прежде всего связано с процессом обучения, при котором определенные поведенческие стратегии используются правильным способом и достаточно часто, что делает похожим реабилитацию на образовательный процесс [181].

Больные тяжелыми психическими расстройствами испытывают два вида трудностей – во-первых, они могут быть демотивированы постоянными неудачами, во-вторых, они могут сталкиваться с необходимостью одновременно справляться с несколькими задачами, которые отягощены наличием симптомов болезни. Таким образом, важной задачей реабилитации является обучение навыкам необходимым для успешной адаптации.

В основе обучения лежат принципы бихейвиоризма, а именно, методы вознаграждения и наказания, которые одинаково эффективны в формировании или предотвращении определенного поведения. По этическим стандартам в реабилитации больных в реабилитации применяются только методы вознаграждения, которые призваны поощрять социально значимое поведение и прогресс в приобретении необходимых навыков.

Еще одной важной составляющей бихейвиоризма является *моделирование*, которое основано на теории социального научения [50]. Согласно этой теории обучение социальному поведению происходит в процессе наблюдения. В реабилитации моделирование используется как мощный инструмент для достижения определенных целей пациента. Нередко специалисты в области реабилитации выступают в качестве моделей формирующих социальное поведение у пациентов. В этой же роли могут выступать и другие пациенты, добившиеся успеха в реабилитации, что служит доказательством возможности выздоровления.

Говоря о конкретных программах реабилитации, в первую очередь следует отметить программы, направленные на *развитие социальных навыков*. Социальные навыки включают три основных компонента – обретение навыков, проработка навыков и применение навыков [124]. Нехватка социальных навыков является одной из самых больших проблем у лиц с тяжелыми психическими расстройствами, которая уменьшает автономию пациентов и приводит к социальной изоляции [149]. С другой стороны, развитие этих навыков позволяет больным определять свои цели в жизни, использовать различные социальные стратегии поведения, решать проблемы во взаимоотношениях.

Одной из самых эффективных программ в реабилитации является *Обучение Жизненным Навыкам*, которое включает обретение, совершенствование и удержание навыков по самообслуживанию, соблюдению гигиены, общению с окружающими, ведению хозяйства и другой деятельности, необходимой для социальной адаптации. Обучение этим навыкам проходит в форме уроков и выполнения домашних заданий, с помощью которых полученные навыки закрепляются. Еще до начала обучения составляется индивидуальная программа, которая принимает во внимания особенности стиля обучения конкретного пациента. Являясь важным компонентом социальной компетентности, освоенные навыки способствуют принятию социальной роли, будь то приятель, сосед или работник, что в конечном итоге, уменьшает уровень стресса при межличностном взаимодействии и предотвращает обострение болезни. Другим компонентом обретения навыков является окружающая среда. Например, усваивая навыки приготовления пищи под наблюдением персонала в больнице или дневном стационаре, вовсе не означает возможность применения этих навыков при самостоятельном проживании. В этой связи в реабилитации произошла смена установки от «обучи и размести» к «размести и обучи». Таким образом, обучение пациентов должно происходить в их естественном окружении с участием их близких. Кроме того, для удержания полученных навыков их необходимо постоянно использовать, поэтому задачей специалистов в области реабилитации является регулярное определение сохранения жизненных навыков.

Еще одной формой реабилитации является *профессиональное обучение*. Освоение определенной специальностью позволяет значительно увеличить шансы пациента найти работу и получить постоянный источник дохода. Как правило, лица, имеющие тяжелые психические расстройства, могут освоить многие виды профессий и успешно работать, обеспечивая свои потребности. Естественно в выборе профессионального обучения необходимо исходить из интереса и способностей самого пациента, что позволяет ему длительное время быть востребованным на рынке труда. Во многих странах были приняты соответствующие законы, закрепляющие рабочие места для лиц с психическими расстройствами, которые адаптируют условия работы к функциональным возможностям пациентов. В нашей стране имеются немало примеров, когда пациенты, участвовавшие в профессиональной реабилитации, были привлечены в качестве работников в предприятия малого бизнеса или сферу услуг.

Эффективной программой реабилитации является *Когнитивная ремедиация*, которая направлена на устранение когнитивных нарушений, таких как обработка информации, истощаемость внимания, ухудшение краткосрочной памяти, планирования и принятия решений. При проведении когнитивной ремедиации широко используются повторяющиеся упражнения и поведенческие подкрепления. С развитием современных технологий, большую популярность приобрели компьютерные программы, направленные на восстановление когнитивных функций [86]. Когнитивной ремедиации предшествует нейропсихологическое тестирование, позволяющее определить какие конкретно когнитивные функции затронуты болезнью. На основании этих тестов составляется индивидуализированная программа, включающая упражнения для восстановления нарушенных функций. Хотя конечные результаты когнитивной ремедиации недостаточно изучены, этот вид реабилитации вызывает большой интерес у исследователей [164].

Большое значение в процессе реабилитации имеют *семейные вмешательства*, которые направлены на снижение бремени болезни в семьях, посредством развития навыков у членов семьи по решению различных проблем пациента, включая определение ранних признаков обострения, повышения приверженности лечению, развитию эффективных навыков общения с пациентом. Главным компонентом семейных вмешательств является психоэдюкация – “предоставление систематической, структурированной, дидактической информации о болезни и ее лечении, которая позволяет пациентам и членам семьи лучше справляться с последствиями болезни” [178]. Указанная информация включает описание симптомов болезни, методов лечения и профилактики обострений, а так же рекомендации по решению практических вопросов оказания помощи. Естественно, семейные вмешательства не ограничиваются психоэдюкацией, они так же включают обучение практическим навыкам ухода за пациентом.

Наконец, в процессе реабилитации используются методы *Когнитивно-поведенческой терапии*, которая может проходить как в индивидуальном, так и в групповом формате [89]. Обычно психотерапевтические техники направлены на повышение самооценки пациента, удержания мотивации к изменением, уменьшению стресса, связанного с болезнью.

В связи с началом развития реабилитации в Азербайджане большой интерес представляет оценка эффективности вмешательств на клинические и социальные показатели больных, проходящих курс реабилитации.

В исследование были включены 35 больных шизофренией – 18 мужчин и 17 женщин, среднего возраста (M = 43,34; SD = 11,101), проходивших реабилитацию в ПБ №1МЗ АР. Контрольную группу составили 39 больных шизофренией – 20 мужчин и 19 женщин, в возрасте 18 – 54 года (M=40,56; SD=11,346), получавших стандартное стационарное лечение и не участвовавших в реабилитационных мероприятиях.

Как видно из таблицы 8.1. клинические и социальные показатели в группах на момент начала исследования были практически идентичны. Практически половина пациентов в обоих группах были холосты, подавляющее большинство не работали, средний возраст начала болезни был одинаковым, так же как и длительность болезни. Незначительные различия касались числа госпитализаций и длительности стационирования.

Для определения выраженности психопатологической симптоматики использовалась шкала PANSS, включающая тяжесть продуктивных симптомов (P), тяжесть негативных симптомов (N) и тяжесть общих симптомов (G), встречающихся при шизофрении. Уровень социальной дезадаптации оценивался по шкале SOFAS. Развитие определенных навыков рассматривалось с помощью шкалы LSP-16, а общая оценка психосоциальных проблем проводилась по шкале HONOS.

**Таблица 8.1**

**Демографические и клинические показатели в основной**

**и контрольной группах**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели** | **Пациенты** | |
| **Участвовавшие в реабилитации** | **Не участвовавшие**  **в реабилитации** |
| **Пол (%)**  **Мужчины**  **Женщины** | 18 (51,4)  17 (48,6) | 20 (51,3)  19 (48,7) |
| **Возраст M (SD)** | 43,3 (11,1) | 40,6 (11,3) |
| **Занятость (%)**  **Работает**  **Не работает** | 4 (11,4)  31 (88,5) | 2 (5,1)  37 (94,9) |
| **Семейное положение (%)**  **Не состоит в браке**  **Состоит в браке**  **Состоит в разводе**  **Вдов/а** | 17 (48,6)  10 (28,6)  8 (22,9)  0 (0) | 20 (51,3)  5 (12,8)  13 (33,3)  1 (2,6) |
| **Возраст начала болезни (SD)** | 31 (6,9) | 30 (8,4) |
| **Длительность болезни (SD)** | 12,3 (8,1) | 10,7 (7,8) |
| **Число госпитализаций (SD)** | 2,9 (1,8) | 3,6 (3,8) |
| **Пребывание в больнице (SD)** | 3,3 (3,2) | 1,9 (2,2) |

Сравнение психосоциальных параметров в основной и контрольной группах не выявило статистически значимых различий у пациентов до начала реабилитации (Таблица 8.2). Пациенты, вошедшие в основную группу наряду с медикаментозным лечением, были привлечены в несколько реабилитационных программ, включая обучение жизненным навыкам, профессиональное обучение (т.н. трудотерапия), групповые занятия психотерапией, а так же креативная арт-терапия (рисование, сценическое искусство, музыка). Пациенты, вошедшие в контрольную группу получали стандартную фармакотерапию.

Оценка результатов, проводившаяся спустя три месяца после начала реабилитации, выявила выраженное улучшение показателей по всем шкалам LSP-16, за исключением шкалы сотрудничества (График 8.1). Результаты по шкале сотрудничества практически у всех пациентов изначально были положительные, что естественно, поскольку в противном случае они не участвовали бы в реабилитации и не вошли бы в данное исследование.

**Таблица 8.2**

**Психосоциальные показатели в основной и контрольной группах**

**до начала реабилитации**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | **Основная группа** | **Контрольная группа** | **t** | **df** | **p** |
| ***M (SD)*** | |
| **LSP-16** | | | | | |
| Социальная изоляция | 6,23 (2,24) | 6,28 (2,57) | -0,788 | 72 | 0,625 |
| Самообслуживание | 4,74 (2,37) | 4,84 (2,68) | -0,802 | 72 | 0,826 |
| Сотрудничество | 0,81 (1,03) | 0,78 (1,41) | 0,627 | 72 | 0,845 |
| Асоциальность | 3,65 (1,65) | 3,44 (1,87) | 0,766 | 72 | 0,476 |
| LSP (общий бал) | 15,01 (4,92) | 14,72 (6,32) | 0,549 | 72 | 0,233 |
| **HONOS** | | | | | |
| Проблемы поведения | 1,21 (1,22) | 1,17 (1,08) | 0,989 | 72 | 0,455 |
| Ухудшение здоровья | 1,54 (1,14) | 1,22 (1,33) | 1,227 | 72 | 0,232 |
| Симптоматика | 3,93 (1,52) | 3,48 (1,96) | 0,764 | 72 | 0,269 |
| Социальные проблемы | 5,36 (3,95) | 4,73 (3,47) | 0,227 | 72 | 0,637 |
| HONOS  (общий балл) | 10,33 (4,41) | 10,04 (4,69) | 0,768 | 72 | 0,651 |
| **SOFAS** | | | | | |
| Общий балл | 51,75(13,33) | 52,38 (14,23) | 0,374 | 72 | 0,929 |
| **PANSS** | | | | | |
| Позитивные симптомы | 7,53 (2,16) | 7,24 (2,57) | 0,883 | 72 | 0,841 |
| Негативные симптомы | 10,05 (3,18) | 9,77 (4,88) | 0,787 | 72 | 0,652 |
| Общие симптомы | 13,29 (4,37) | 13,85 (5,11) | 0,934 | 72 | 0,514 |

Рассматривая изменения в процессе реабилитации по шкале HoNOS, можно отметить выраженное снижение симптоматики и уменьшение социальных проблем больных шизофренией (График 8.2). В то же время уровень поведенческих проблем, а так же показатели физического здоровья не выявили статистически значимых различий. Эти факты объясняются тем, что изначально показаниями для участия в реабилитации являлись отсутствие выраженных нарушений поведения, в противном случае больные не могли бы участвовать в реабилитационных программах, а так же нормальное физическое состояние пациентов.

**График 8.1. Показатели по шкале LSP-16**

**у больных проходивших реабилитацию.**

На графике 8.3. показано изменения по шкале PANSS в процессе реабилитации. Как и в случае с HoNOS у больных отмечалось выраженное уменьшение позитивных симптомов шизофрении, что на наш взгляд связано с большей приверженностью больных к лечению. Кроме того, было выявлено снижение уровня негативных и общих симптомов шизофрении, которое было связано с развитием социальных навыков и активизацией эмоциональных, мотивационных и когнитивных процессов. Среди негативных симптомов наиболее заметные улучшения по шкале PANSS касались уменьшения эмоциональной сглаженности (N2), малообщительности (N3) и социально-апатической отгороженности (N4). Из общих симптомов улучшение затронуло уровень тревоги (G2) и напряженности (G4), двигательную активность (G7), социальное взаимодействие (G8), критическое отношение к своему состоянию (G12), волевую сферу (G13) и социальную активность (G16).

**График 8.2. Показатели по шкале HoNOS**

**у больных проходивших реабилитацию.**

Сравнение результатов лечения у больных, участвовавших в реабилитационных мероприятиях и пациентов, получавших стандартное лечение, выявило статистически значимые различия (Таблица 7.3). В частности у больных проходивших реабилитацию показатели всех разделов шкалы LCP-16 были лучше чем в контрольной группе. По шкале HоNOS различия относились только к выраженности психопатологической симптоматики. Этот факт нашел отражение в более заметном снижении всех видов симптомов по шкале PANSS у пациентов в основной группе. Показатели по шкале SOFAS в обеих группах были практически одинаковыми.

Отсутствие статистически значимых различий по этим шкалам может объяснятся недостаточным периодом наблюдения, поскольку оценка проводилась спустя три месяца от начала реабилитации, тогда как для получения выраженного эффекта в плане улучшения социальной адаптации требуется больше времени.

**График 8.3. Показатели по шкале PANSS**

**у больных проходивших реабилитацию.**

Как было отмечено выше, важной частью реабилитационного процесса являлась программа психоэдюкации, в которой принимали участие все пациенты, входившие в основную группу, а так же члены их семей.

Психоэдюкация проводилась в групповом формате и включала следующие компоненты:

* Расширение знаний пациентов об их диагнозе, причинах возникновения, симптомах, течении и лечении заболевания;
* Снижение тревоги и беспокойства в связи с имеющимся заболеванием, путем предоставления эмоциональной поддержки и усиления мотивации пациентов к выздоровлению;
* Усиление социальной компетенции и выработка конструктивных стратегий преодолевающего поведения.

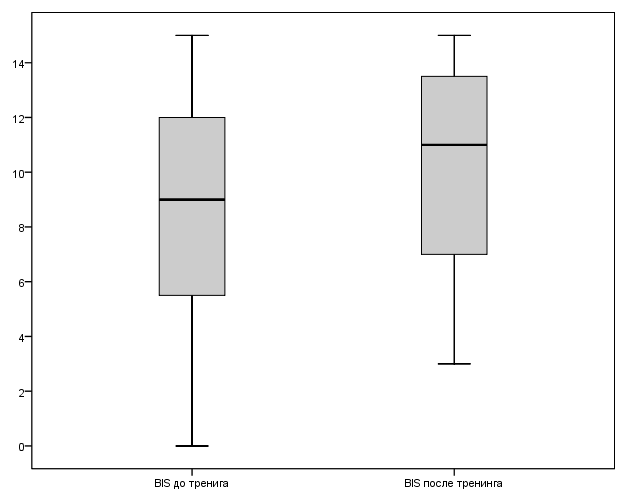
**Таблица 8.3**

**Психосоциальные показатели в основной и контрольной группах спустя 3 месяца после проведения реабилитации**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | **Основная группа** | **Контрольная группа** | **t** | **df** | **p** |
| *M (SD)* | |
| **LCP-16** | | | | | |
| Социальная изоляция | 4,43 (2,46) | 6,03 (3,17) | -2,397 | 72 | **0,019** |
| Самообслуживание | 2,94 (2,07) | 4,95 (2,86) | -3,417 | 72 | **0,001** |
| Сотрудничество | 0,20 (0,72) | 0,79 (1,36) | -2,312 | 72 | **0,024** |
| Асоциальность | 2,26 (1,65) | 3,00 (1,87) | -1,798 | 72 | **0,076** |
| LCP (общий бал) | 9,80 (4,92) | 14,51 (6,32) | -3,549 | 72 | **0,001** |
| **HоNOS** | | | | | |
| Проблемы поведения | 1,40 (1,17) | 1,15 (0,96) | 0,994 | 72 | 0,324 |
| Ухудшение здоровья | 1,49 (1,01) | 1,15 (1,04) | 1,389 | 72 | 0,169 |
| Симптоматика | 1,89 (1,68) | 3,05 (2,06) | -2,647 | 72 | **0,010** |
| Социальные проблемы | 4,40 (4,08) | 3,13 (3,07) | 1,524 | 72 | 0,132 |
| HONOS  (общий балл) | 9,29 (5,23) | 8,49 (4,52) | 0,683 | 72 | 0,497 |
| **SOFAS** | | | | | |
| SOFAS (общий балл) | 59,37(13,94) | 59,13 (14,19) | 0,074 | 72 | 0,941 |
| **PANSS** | | | | | |
| Позитивные симптомы | 2,34 (2,25) | 5,46 (7,26) | -2,438 | 72 | **0,017** |
| Негативные симптомы | 4,51 (3,36) | 9,59 (5,74) | -4,570 | 72 | **0,001** |
| Общие симптомы | 5,97 (3,33) | 11,26 (7,27) | -3,943 | 72 | **0,001** |

Материал по психоэдюкации преподносился в форме интерактивных 45-минутных тренингов, проводимых один раз в неделю в течение 3-х месяцев. Каждое занятие проводилось двумя тренерами, один из которых был психиатром, а другой – клиническим психологом. Так же в тренингах в зависимости от тематики в качестве тренеров могли выступать члены организации пользователей услуг в области психического здоровья и бывшие пациенты. Тренинги охватывали широкий круг вопросов, включая клинические проявления болезни, стигма в отношении пациентов и членов их семей, приверженность лечению, профилактика обострений, проблемные формы поведения, связанные с болезнью, взаимоотношения с персоналом больницы и специалистами системы амбулаторной помощи, методы решения проблем.

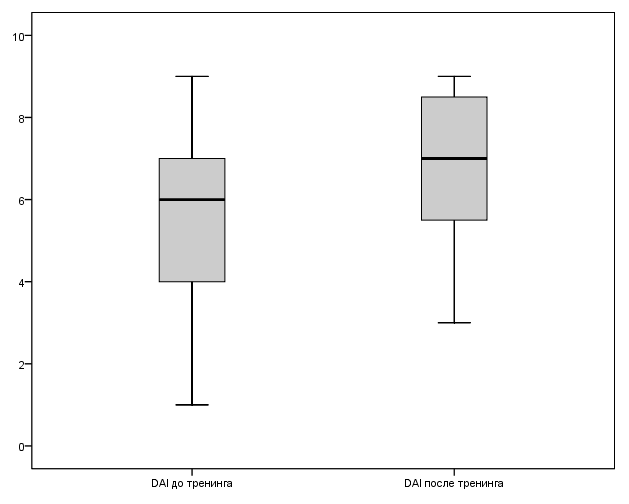
С целью исследования эффективностью психоэдюкации использовалась Шкала Критики Бирчвуда [50], которая рассматривает отношение к наличию болезни, понимание симптомов и необходимости лечения. Данная шкала заполнялась до проведения тренинга и после его окончания. На графике 8.4. представлены различия между показателями по этой шкале до и после проведения психоэдюкации.



**График 8.4. Показатели по шкале BIS до и после участия в психоэдюкации.**

До начала психоэдюкации участники исследования выявили относительно низкие показатели по шкале BIS (M = 8.06; SD = 4.12), которые несколько увеличились в процессе психоэдюкации (М = 10.5; SD = 3.66). Несмотря на умеренные различия, они достигали уровня статистической значимости (t= -6.497; df = 34; p <0.001). Полученные данные свидетельствуют о том, что пациенты в процессе психоэдюкации стали лучше понимать симптомы заболевания и цели лечения, что указывает на формирование критического отношения к своей болезни.

Другим инструментом, использовавшимся в нашем исследовании, был Опросник Отношения к Лекарствам [127]. Данный опросник содержит вопросы отражающие понимание пациентом необходимости фармакологического лечения и готовности принимать назначенные препараты. На графике 8.5. представлены показатели по DAI до начала и после завершения психоэдюкации.

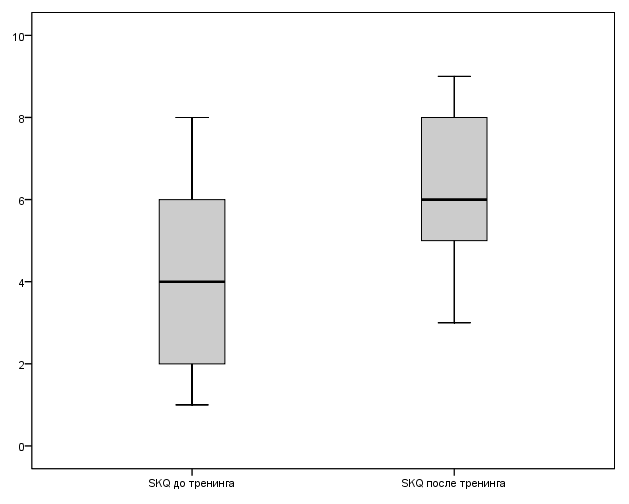


**График 8.5. Показатели по шкале DAI до и после психоэдюкации.**

Полученные данные указывают, что до начала психоэдюкации пациенты обнаруживали низкую комплаентность к лечению (М = 5.43; SD = 2.17), а после психоэдюкации комплаентность повысилась до умеренной (М =6.8; SD = 1.97). Указанные различия носили статистически значимый характер (t= -6.1; df = 34; p <0.001). Таким образом, можно прийти к заключению, что программа психоэдюкации повысила приверженность пациентов к лечению.

Третьим инструментом, с помощью которого пациенты обследовались до и после психоэдюкации, был Опросник Социальных Знаний [192]. Данный инструмент предназначен для определения осознания пациентом того, как себя необходимо вести в обществе.

На графике 8.6. представлены средние значения по SKQ до и после психоэдюкации.



**График 8.6. Показатели по шкале SKQ до и после психоэдюкации.**

Показатели по шкале SKQ до начала психоэдюкации были ниже (М =4.17; SD = 2.14), чем после ее завершения (М =6.26; SD = 1.72). Так же как и в случае предыдущих опросников эти различия достигали уровня статистической значимости (t= -10.756; df = 34; p <0.001).

Результаты нашего исследования свидетельствуют о высокой эффективности программ психиатрической реабилитации. Участие в них пациентов позволяет не только развить или улучшить социальные навыки, но и повысить информированность о болезни и выработать приверженность к лечению. Важным итогом нашего исследования является принципиальная возможность и необходимость развития психиатрической реабилитации в условиях нашей страны, что позволит значительно улучшить качество оказываемой помощи.

Подводя итоги исследования эффективности психосоциальной реабилитации, хотелось бы отметить несколько ключевых моментов. Несмотря на огромное значение психосоциальной реабилитации для оказания помощи больным с тяжелыми и хроническими психическими заболеваниями, реабилитационные мероприятия до сих пор не получили официального признания и не стали обязательным компонентом психиатрической помощи. Более того, многие психиатры в нашей стране относятся к реабилитации, как в известном смысле самодеятельности, отказывая ей в статусе мощного инструмента в лечении психических расстройств и повышении качества жизни и функциональной адаптации пациентов.

Как показывает опыт внедрения программы реабилитации в ПБ№1 МЗ, развитие этого вида помощи – достаточно трудоемкий процесс, требующий много времени, средств и усилий персонала. Сложные программы реабилитации, такие как групповые виды деятельности, профессиональное обучение, арт-терапия невозможно внедрить сразу, и на их развития нужно достаточно долгое время. В то же время программы психоэдюкации, обучение жизненным навыкам и тренинг коммуникации являются менее затратными и могут с успехом быть внедрены в различных психиатрических учреждениях.

Основным условием для развития реабилитационных программ является наличие специалистов, представляющих различные дисциплины, связанные с психическим здоровьем. С удовлетворением можно отметить интеграцию клинических психологов в систему здравоохранения, и в частности в психиатрические учреждения. На сегодняшний день, клинические психологи, рассматриваются не только как вспомогательный персонал, призванный оказывать помощь психиатрам в оценке состояния пациентов с помощью диагностических шкал, но они все чаще и чаще играют ответственную роль в лечении и реабилитации больных. При этом важной задачей остается открытие рабочих мест для социальных работников, специалистов по реабилитации и обучению профессиональным навыкам.

В этой связи особо возрастает значение внедрения мультидициплинарная работы, без которой невозможно проведение реабилитационных мероприятий. Специалисты, участвующие в реабилитации больных с тяжелыми формами психических расстройств, должны иметь не только знания и навыки по своей специальности, но и быть хорошо обучены командной работе, требующей принятия совместных решения и совместной ответственности.

Говоря о развитии реабилитации, нельзя не отметить необходимость внедрения оценочных инструментов, позволяющих судить о процессе реабилитации и, целях достигнутых пациентами. Использованные в нашем исследовании инструменты показали высокую надежность для оценки жизненных навыков, снижении дефицитарных симптомов и уровне функциональной адаптации.

Наконец, важно отметить необходимость обеспечения преемственность между реабилитацией, проводимой в стационарных и амбулаторных условиях. Пациент, начавший реабилитацию в больнице, приобретая или восстанавливая жизненные навыки, должен иметь возможность продолжить реабилитацию после выписки из стационара, закрепляя и развивая свой успех.

**IX ГЛАВА**

**ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ**

На сегодняшний день организация помощи является важнейшим аспектом в области психического здоровья [276]. Психические болезни составляют 1/3 всех случаев инвалидности в мире, что сопряжено со значительным человеческим страданием и громадными социо-экономическими потерями. В XXI веке психические заболевания практически превратились в пандемию, поражающую все без исключения страны и все возрастные группы населения [151]. По последним данным экспертов ВОЗ проходит около 10 лет с момента возникновения психического расстройства до момента первого обращения за помощью, при этом более 2/3 заболевших не обращаются к соответствующим специалистам и не получают адекватную помощь [270].

Главным препятствием на пути обращения за помощью и получения услуг в области психического здоровья является стигма, сопровождающая психические расстройства [199]. Более того, негативное восприятие психически больных в обществе создает самый мощный барьер для улучшения организации системы психиатрической помощи [233]. В этой связи во многих индустриально развитых странах были проведены широкомасштабные кампании, призванные улучшить отношение общества к лицам, страдающим психическими расстройствами и привлечь внимание к их проблемам. К сожалению, в странах с низким и средним экономическим достатком крупные кампании по преодолению стигмы, адресованные различным группам населения, проводятся крайне редко [46].

В Азербайджане первая и до сегодняшнего дня единственная кампания проводилась в 2005 г, которая была направлена на повышение информированности общества по вопросам психического здоровья детей и подростков [130]. При этом следует признать, что в связи с отсутствием соответствующих исследований в нашей стране, имеется недостаточно сведений о реальном отношении людей к лицам, живущими с психическими заболеваниями, а так же факторах, формирующих это отношение. В настоящем исследовании посредством опроса 996 человек было выявлено, что, несмотря на позитивное в целом восприятие лиц с психическими заболеваниями, это отношение во многом определяется патернализмом. Многие люди считают, что пациенты нуждаются в постоянном присмотре, они не могут самостоятельно адаптироваться в обществе, ограничены в возможности вступать в брак и воспитывать детей, а так же не способны к продуктивной деятельности.

Вопреки ожиданиям исследование не выявило существенных различий, связанных с социальными характеристиками респондентов. Такие же результаты были получены и другими исследователями [98, 260] которые указывают, что ни полученное образование, ни социальный статус не являются предикторами позитивного или негативного отношения к психически больным. Более того, обнаруженные в ряде исследований связи между стигмой и социальными характеристиками [186], исчезали при рассмотрении культуральных различий респондентов.

Указанный факт имеет большое значение для организации мероприятий, направленных на преодоление стигмы. В частности проведение кампаний по повышению осведомленности в отношении стигмы и дискриминации не требует выделения конкретных целевых групп, различающихся по социальным и демографическим характеристикам.

Настоящее исследование позволило установить три фактора, влияющих на отношение к лицам, страдающим психическими расстройствами. Одним из этих факторов является отношение к социальной компетентности больных. Этот фактор тесно связан с понятием «социального дистанцирования», которое получило широкую известность благодаря работам Е. Bogardus, определявший социальное дистанцирование как «степень готовности людей участвовать в социальных контактах с представителями других социальных групп» [61]. В многочисленных работах, посвященных стигматизации психически больных, исследования ограничивались изучением социального дистанцирования [140].

Некоторые авторы подчеркивают, что сам факт наличия психического заболевания представляет больного в массовом сознании как безвольного, ленивого или интеллектуально отсталого человека, который не способен выполнять свои социальные функции [254]. Важно отметить, что отношение к социальной компетентности пациентов во многом определяется их диагнозом. Например, по общепринятому мнению люди, страдающие шизофренией в меньшей степени способны принимать решения в отношении своего лечения или распоряжаться своими деньгами, чем больные депрессией [198].

Другим фактором является отношение к больным, как к лицам с непредсказуемым поведением. Во многих исследованиях подчеркивается, что в массовом сознании люди, страдающие психическими расстройствами, воспринимаются как опасные для себя и для окружающих [166, 196]. В глазах окружающих лица с психической патологией представляются более агрессивными и склонными к нарушению общественного порядка, чем обычные люди [82]. Здесь так же большую роль играет диагноз психического заболевания, а так же возраст и пол пациента. Следует отметить, что средства массовой информации, выпячивая сенсационную информацию о насильственных действиях, совершенных лицами с психическими заболеваниями, зачастую формируют отрицательный имидж, который распространяется на всех лиц, испытывающих проблемы с психическим здоровьем [168].

Наконец, третий фактор – толерантность, обусловлен возрастанием за последние годы усилий национальных и международных организаций, направленных на улучшение качества психиатрической помощи, интеграцию лиц с психическими расстройствами в обществе и защите их гражданских прав [258, 211]. За годы независимости в нашей стране достигнут определенный прогресс в области защиты прав пациентов и противодействия их дискриминации.

В то же время во всех странах мира все еще имеется тенденция к депривации гражданских прав в отношении лиц с психическими расстройствами. Эта тенденция заключается в отрицании их прав заниматься определенными видами деятельности и выполнением определенных функций, которые гарантированы другим гражданам. По мнению некоторых исследователей [73] основным элементом преодоления стигмы является борьба с дискриминацией и интеграция пациентов в общество.

Борьба со стигмой является одной из приоритетных задач совершенствования системы психиатрической помощи, которая отмечена Генеральным Директором ВОЗ Margaret Chan во введении к Плану Действий ВОЗ по Психическому Здоровью на 2013-2020 гг. [274]. Данный документ был подписан на 66-ой Ассамблее ВОЗ всеми министрами здравоохранения из 194 стран мира, и он содержит общее видение, принципы, цели и задачи в области психического здоровья, а так же индикаторы, которые должны быть достигнуты за 8-летний период [217]. Четыре основные задачи Плана действий включают:

* Усиление руководства и управления в системе психического здоровья;
* Оказание комплексных интегрированных услуг психического здоровья и социальной помощи во внебольничных учреждениях;
* Внедрение профилактических стратегий, содействующих психическому здоровью;
* Совершенствование информационных систем, доказательной базы и исследований в области психического здоровья.

Говоря о первой задаче Плана действий, следует отметить, что в ней рассматривается разработку документов, регламентирующих политику в области психического здоровья, а так же наличие современного законодательства по оказанию психиатрической помощи. В этом отношении Азербайджан входит в число 139 или 72% стран, имеющих отдельную стратегию в области психического здоровья. Так же наша страна входит в группу из 111 или 63% стран имеющих отдельное законодательство, регулирующее вопросы оказания психиатрической помощи и защищающее права и интересы пользователей этой помощи.

Вторая задача включает в себя следующие индикаторы:

*Финансовые ресурсы*. На сегодняшний день система финансирования психиатрической помощи в Азербайджане относится к общей системе услуг здравоохранения, и она составляет 3.5% от общего бюджета здравоохранения. Такой процент финансирования характерен для стран с доходом выше среднего, однако он значительно ниже, чем в странах с высоким доходом. Важно отметить, что около 80% средств расходуется на стационарную помощь, тогда как большинство пациентов нуждаются в амбулаторной помощи. В связи с переходом к системе обязательного медицинского страхования в нашей стране можно предположить, что финансирование услуг в области психического здоровья будет увеличено и оптимизировано в плане соблюдения баланса между стационарной и амбулаторной помощью.

*Человеческие ресурсы*. Сравнение кадрового обеспечения показывает, что количество лиц занятых в системе психического здоровья в Азербайджане (20.56 на 100000 населения) соответствует странам с аналогичными экономическими показателями (20.6 на 100000 населения), но оно значительно ниже, чем в Европейском регионе ВОЗ, к которому относится наша страна (50 на 100000 населения).

Как видно из графика 9.1. количество различных специалистов, за исключением социальных работников, в целом соответствует показателям стран, находящихся на одном уровне с Азербайджаном по классификации Всемирного Банка [274]. При этом оно значительно уступает общеевропейским показателям.

*Укрепление потенциала* рассматривает количество общемедицинского персонала, прошедшего подготовку в области психического здоровья. По имеющимся у нас данным, за последние пять лет было проведено 22 тренинга по различным темам, относящихся к психическому здоровью. Участниками этих тренингов были 144 врача, не являющихся психиатрами, 90 медсестер, а так же 78 других сотрудников системы здравоохранения.

**График 9.1. Количество специалистов на 100000 населения**

**(по данным Проекта ATLAS 2017).**

*Сотрудничество между различными секторами и организациями*. Как показало наше исследование, несмотря на разветвленные связи в рамках системы здравоохранения, взаимосвязь между другими секторами недостаточна развита. Многие трудности в организации психиатрической помощи напрямую связаны с нехваткой сотрудничества с системой социальной помощи, жилищного обеспечения и занятости. Примечательно, что по мировой статистике только 26% и 23% стран имеют эффективное взаимодействие с секторами занятости и жилищного обеспечения соответственно. К позитивным факторам следует отнести успешно развивающиеся сотрудничество между психиатрическими службами и общественными организациями, включая организации пользователей услуг в области психического здоровья.

*Доступность услуг.* Касаясь доступности услуг в области психического здоровья, амбулаторную помощь в нашей стране оказывают 56 взрослых и 24 детских поликлиники, имеющие в своем составе кабинеты психиатров. Количество посещений в эти учреждение 1262 на 100000 населения соответствует статистическим показателям для стран с уровнем дохода выше среднего (1165 на 100000 населения), однако в 2 раза уступает показателям Европейского региона ВОЗ (2571 на 100000 населения). Наряду с амбулаторной помощью в системе первичного здравоохранения в нашей стране имеются четыре специализированные психиатрические учреждения, проводящие лечение в амбулаторных условиях, а так же 15 региональных служб психического здоровья для детей и подростков. Число посещений взрослых учреждений составляет 77.98 на 100000 населения, а детских – 82.14 на 100000 населения, что меньше показателей европейских стран имеющих широкую сеть внебольничных психиатрических центров. Кроме того, многие пациенты обращаются за психиатрической помощью в частном порядке и не попадают в официальную статистику.

*Стационарная помощь* оказывается в 10 психиатрических больницах, таким образом, количество стационаров в стране (1 на 100000 населения) соответствует количеству стационаров в Европе (0.7 на 100000 населения). Число коек в психиатрических стационарах (31.19 на 100000 населения) несколько больше, чем в странах с аналогичными экономическими показателями (24.3 на 100000 населения), но меньше чем в Европейском регионе (59.7 на 100000 населения). Число поступлений в стационары (115.17 на 100000 населения) почти равно аналогичному показателю схожих с Азербайджаном стран (117.2 на 100000 населения). Единственный показатель, по которому наша страна уступает и странам европейского региона и странам, входящими с нашей страной в одну экономическую группу, является число психиатрических отделений в больницах общего профиля – 0,03 на 100000 населения, что в 10 раз и в 5 раз меньше чем в перечисленных странах. Соответственно имеется меньшее число коек – 0.42 на 100000 населения (в Европе этот показатель – 12,3, а в в странах с доходом выше среднего – 3,4) и количество поступлений – 3,28 на 100000 населения в Азербайджане (160,5 в Европе и 55 в странах с доходом выше среднего).

Как видно из таблицы 9.2, длительность стационарного психиатрического лечения у нас в стране соответствует общеевропейскому тренду, а число лиц находящихся больше 5 лет на стационарном лечении даже меньше чем в Европе.

**Таблица 9.2. Длительность пребывания на стационарном лечении.**

*Преемственность помощи* в терминах Плана Действий означает соотношение лиц выписавшихся из стационара, которым в течение месяца после выписки была оказана амбулаторная помощь. По нашим данным, до 70% пациентов, выписавшихся из стационаров, продолжают поддерживать связь со своими лечащими врачами по поводу поддерживающей терапии. В то же время лишь 22% из них в последствие обращаются в районные поликлиники для получения амбулаторной помощи. Основной причиной этого является связанное со стигмой желание самих пациентов и их родных скрыть факт пребывания больного на лечении в психиатрической больнице. Поэтому обращение больных в амбулаторные психические учреждения имеет место только при необходимости прохождения экспертизы в связи с освобождением от воинской службы или назначением пенсии по инвалидности.

*Социальная поддержка.* Наша страна входит в 59% стран мира, где больные с тяжелыми формами психической патологии имеют возможность получения финансовой помощи от государства. К сожалению, другие формы помощи, включающие жилищное обеспечение, трудоустройство, помощь в получении образования, юридическая помощь и поддержка семей еще не получили достаточного развития в нашей стране.

Говоря о внедрении профилактических стратегий, содействующих психическому здоровью, следует отметить, что в нашей стране принято несколько государственных программ, включая программу по профилактике домашнего насилия, программу развития молодежи, программу поддержки здоровья детей и подростков, которые содержат важные компоненты, относящиеся к психическому здоровью [3].

Касаясь последней задачи следует сказать, что за последние годы была проведена большая работа по созданию электронной системой сбора данных. Информационная система состоит из двух связанных между собой модулей, относящихся к амбулаторной и стационарной помощи. Информационная система осуществляет ввод информации, включающей демографические данные, основные клинические данные, а так же информацию об оказанной помощи и ее результатах. Система охватывает все учреждения, предоставляющие услуги в области психического здоровья и позволяет в режиме реального времени получить информацию на уровне индивидуального случая, на уровне учреждения и на уровне всей страны. При ее создании было уделено большое внимание обеспечению безопасности хранящихся данных.

Важным частью в достижении задач Плана Действий является международное сотрудничество, которое за последнее время получило широкое развитие в области психического здоровья. Примером такого сотрудничества является проект ВОЗ по оценке качества помощи лицам с инвалидностью, находящимся на длительном стационарном лечении, в котором наряду с другими странами Европейского Региона ВОЗ приняла участие и наша страна. В этой связи представляет большой интерес сравнение данных, полученных в ходе выполнения этого проекта в нашей стране с результатами, полученными в других государствах.

Говоря о первой теме – *Право на достаточный жизненный уровень (Статья 28 КПИ)* – следует отметить, что в течение последних лет, благодаря усилиям Министерства Здравоохранения, удалось существенно улучшить условия пребывания больных в стационаре. Так же как и в подавляющем большинстве стран региона можно полное выполнение стандарта, связанного с обеспечением стационарных больных питанием, чистой питьевой водой, одеждой. В тоже время стандарт, относящийся к возможностям пациентов вести полноценную жизнь и быть вовлеченными в социальную деятельность, выполнен в наименьшей степени. Для сравнения лишь 16% психиатрических стационаров Европы удовлетворяют этот стандарт. В целом можно констатировать, что право на достаточный жизненный уровень удовлетворено на 75%, что соответствует показателям большинства других стран.

На схожий процент были достигнуты стандарты второй темы, касающейся права на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья (Статья 25 КПИ). Аналогично 66% больниц Европы в Азербайджане полностью выполнен стандарт доступности учреждений для всех нуждающихся в лечении и помощи. И, так же как и в 95% стран региона, в наименьшей степени удовлетворен стандарт, предусматривающий наличия плана выздоровления, который должен составляться совместно с пациентом и улучшать его способность к самостоятельной жизни в обществе. Во всех странах проекта ВОЗ, включая Азербайджан лечение включало психофармакотерапию. Дополнительные вмешательства, в частности поведенческая психотерапия, в большинстве стран не входит в перечень услуг, предоставляемых больным в стационарах. Вместе с тем, в отличие от многих стран, участвовавших в исследовании, в нашей стране больные имеют доступ к программам психосоциальной реабилитации. Следует указать, что в нашей стране не отмечалось случаев отказа от приема в стационар пациентов уже лечившихся в других психиатрических учреждениях, что было отмечено в других странах- участниках проекта.

В Азербайджане как и в большинстве стран достаточно серьезные проблемы отмечались в связи с реализацией третьей темы - правом на реализацию своей правоспособности, право на свободу и личную неприкосновенность (Статьи 12 и 14 КПИ). Аналогично 38% учреждений европейского региона в Азербайджане был практически полностью удовлетворен стандарт, связанный с правом пользователей на конфиденциальность и доступ к медицинской информации. Самым сложным и для нашей страны и для всего региона является выполнение стандарта, рассматривающего приоритетность предпочтений пациентов относительно места и формы лечения. Достижение этого стандарта подразумевает выработку совместных решений с пациентом и предоставление разнообразных услуг из числа выбранных самим пациентом, что, в свою очередь, требует значительных финансовых средств, которых не хватает в системе психического здоровья.

Еще одним труднодостижимым стандартом являются условия для реализации пациентами правоспособности и обеспечение юридической помощи. В отличие от европейских стран с высоким уровнем доходов, в которых пациентам предоставляются бесплатные юридические консультации или услуги социального работника, ответственного за решение правовых, финансовых и иных вопросов, связанных с лечением в стационаре, в нашей стране такие услуги еще не оказываются. Главным препятствием для развития этих видов помощи является необходимость выделения значительных финансовых средств, которые не предусмотрены в бюджете здравоохранения.

В отношении четвертой темы - свобода от пыток и жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, от эксплуатации, насилия и надругательства (Статьи 15 и 16 КПИ) – можно констатировать значительный прогресс в ее выполнении. Так, стандарты, относящиеся к недопустимости вмешательств, приводящих к необратимым изменениям в организме и запрет на применение медицинских экспериментов на пациентах был выполнен на 100%.

Вместе с тем сравнивая результаты нашего исследования с отчетом Европейского Комитета по предотвращению пыток, осуществляющего мониторинг соблюдения прав человека в местах содержания, включая психиатрические больницы, следует признать справедливыми некоторые замечания [265]. В частности, несмотря на отсутствие каких-либо притеснений больных со стороны персонала, многие пациенты вынуждены находиться в больнице помимо своей воли, поскольку им некуда идти. Кроме того, пребывание в одном и том же отделении, больных с психическими расстройствами и умственной отсталостью может создавать значительный дискомфорт и для первых и для вторых. Наконец, отмеченное выше, отсутствие доступа к бесплатной юридической помощи, может затруднить обжалование действий медицинского персонала или администрации, если возникает в этом необходимость.

Говоря о пятой теме - право на самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество (Статья 19 КПИ) – следует признать, что в нынешних условиях выполнение ее требований очень проблематично. Лишь небольшое количество стран европейского региона имеют возможность обеспечить самостоятельное проживание пациентов выписывающихся из больниц. В большинстве стран, включая Азербайджан, не только отсутствует соответствующая инфраструктура, но и нет возможностей для ее создания в ближайшее время. С другой стороны положительным моментом является то, что больные, находящиеся на длительном лечении имеют возможность получать пособия по инвалидности, которые во многих странах стационарным больным не предусмотрены.

Так же труднореализуемым является стандарт, относящийся к доступу к образованию и трудоустройство, поскольку высокая конкуренция на рынке труда и в сфере образования создает непреодолимые препятствия для лиц, страдающих тяжелыми психическими заболеваниями. Наряду с этим, на сегодняшний день имеются единичные примеры того, как больные, обучившиеся определенным навыкам в процессе реабилитации, смогли трудоустроиться.

В настоящем исследовании мы предприняли попытку уяснить значение факторов для институционализации пациентов. Было установлено, что большинство пациентов остаются в больнице не по клиническими показаниям, а по причине отсутствия адекватного жилья. Таким образом, постоянное пребывание в стационаре является своего рода заменой жилища. В этой связи применение опыта развитых стран, предоставляющих социальное или супервизируемое жилье могло бы быть полезным для нашей страны.

Во многих случаях отказ родных забирать пациентов из стационара связан с конфликтными отношениями в семьях. В то же время различные семейные вмешательства позволяют снизить уровень стресса в семье и могут способствовать улучшению взаимопонимания с пациентами.

Как показало наше исследование, институционализация пациентов ассоциируется с коротким интервалом между выписками из стационара. К сожалению, многие больные, выписавшись из больницы, не имеют доступа к амбулаторной помощи и поэтому единственной альтернативой становиться повторная госпитализация. По нашим данным, именно отсутствие контактов с врачом и низкая комплаентность к лечению в значительной степени определяют последующую институционализацию больных. Решением этой проблемы может стать развитие системы внебольничной помощи, включающей специальные программы, нацеленные на предотвращение повторных госпитализаций.

Согласно результатом нашего исследования высокая вероятность институционализации ассоциируется со сроком лечения более 3.5 месяцев. Отсутствие в нашей стране разделения учреждений для кратковременного и долговременного стационарного лечения, а так же мероприятий по предотвращению длительных госпитализаций так же является фактором институционализации больных. Во многих областях медицины на сегодняшний день используются различные стратегии призванные минимизировать длительность лечения в стационаре без ущерба качества помощи [156]. Например в некоторых странах действует запрет на пребывание больных в стационаре больше установленного срока. Кроме того, с родственниками или ответственными организациями заключаются контракты, обеспечивающие беспрепятственное возвращение пациентов домой после стационарного лечения. Естественно в этих случаях должен неукоснительно соблюдаться принцип преемственности помощи, который предоставляет возможность пациенту, выписанному из больницы, беспрепятственно получать помощь по месту жительства. Еще одним важным компонентом для уменьшения институционализации пациентов является усиление контроля за эффективностью лечения проводимого как в стационаре [159], так и в системе амбулаторной помощи.

В этой связи нами проводилось изучение применения психотропных препаратов в стационарной и амбулаторной практике в контексте рационального использования лекарств. Важно отметить, что было решено проводить изучение медикаментозного лечения по-отдельности, поскольку назначение лекарственной терапии в условиях стационара и в системе амбулаторной помощи имеет ряд существенных различий, которые отмечаются многими авторами [110]. Во-первых, пациенты, находящиеся на стационарном лечении обнаруживают более выраженные психотические симптомы, которые являются основной причиной их госпитализации [119]. Во-вторых, в большинстве случаев, лечение в стационаре занимает относительно короткий промежуток времени, а амбулаторное лечение может продолжаться годами [51]. В-третьих, стационарные больные, как правило, все без исключения принимают назначенные медикаменты, тогда как в амбулаторной практике большое количество пациентов, самостоятельно принимают решение прекратить лекарственную терапию или принимают антипсихотики время от времени [147]. Наконец, в связи с особенностями организации психиатрической помощи в нашей стране, выбор медикаментозной терапии в стационаре ограничен государственным обеспечением лекарственными препаратами. Больные же, получающие амбулаторную помощь, не ограничены в выборе лекарств и могут самостоятельно приобретать любые назначенные им препараты в аптеках.

Сравнение назначений у стационарных и амбулаторных больных выявило существенные различия в использовании антипсихотических препаратов в зависимости от типа оказываемой помощи. В частности если в стационарах больше половины больных продолжают лечиться традиционными нейролептиками, то в системе амбулаторной чаще применяются препараты нового поколения. Указанные различия могут объяснять данные ряда исследований о том, что атипичные антипсихотики находят большее применение при относительно стабильных психотических симптомах, тогда как быстрое купирование острых требует применения инъекционных форм нейролептиков старого поколения [195].

Таким образом, выбор в пользу препаратов первого поколения диктуется не избеганием побочных явлений [262], а возможностью достижения быстрого эффекта.

Следует отметить, что при обеспечении лекарственными препаратами государственных больниц приоритетом является закупка менее дорогих препаратов первого поколения. Можно предположить, что за основу берутся рекомендации ВОЗ, представляющие список основных лекарственных средств, в который практически не содержит современные психотропные препараты [279]. Это входит в определенное противоречие с принятыми в стране клиническими протоколами, рассматривающими новые препараты в качестве препаратов первого выбора [2]. Важно иметь в виду, что рекомендации ВОЗ в основном рассчитаны на страны с низкими доходами населения, наша страна, по классификации Всемирного Банка [278], входит в группу стран с доходами выше среднего, что позволяет осуществлять лекарственное обеспечение исходя из современных стандартов помощи.

По сравнению со стационарами, спектр психотропных препаратов в системе амбулаторной помощи отличался большим разнообразием. Этому способствовал тот факт, что пациенты и врачи-психиатры не были ограничены лекарственными средствами, предоставляемыми в порядке государственного обеспечения. Таким образом, помимо сокращения расходов на лечение, возможность персонализации лечебного процесса является важным аргументом в пользу деинституциализации и развития внебольничной помощи [100].

Еще одним преимуществом лечения в амбулаторных условиях является использование меньших доз препаратов. К такому же выводу приходят и другие исследователи, проводившие сравнение назначений среди стационарных и амбулаторных пациентов [171]. Более того, меньшие дозы препаратов не только уменьшают риск возникновения побочных явлений, но и повышают функциональные возможности и способствуют большей приверженности пациентов к лечению [111].

Как показали результаты нашего исследования, главной проблемой, связанной с превышением доз препаратов, является полифармакотерапия. Полифармакотерапия чаще встречалась у стационарных больных, у которых она ассоциировалась с применением препаратов первого поколения. Аналогичная ассоциация была описана и другими исследователями [110].

Говоря о целесообразности использования клинических протоколов, можно признать справедливым мнение некоторых авторов по поводу скептического отношения врачей-психиатров к применению клинических протоколов в своей практике [144]. К сожалению, существующая в стране система мониторинга и оценки конечных результатов не рассматривает соответствие лечения клиническим протоколам в качестве важного индикатора качества лечения. В этой связи остается надеяться, что разрабатываемая в Азербайджане система обязательного медицинского страхования будет учитывать необходимость соответствия медикаментозного лечения психических расстройств клиническим протоколам, основанным на принципах доказательной медицины.

Несмотря на большое значение лекарственной терапии, не менее актуальной задачей в организации психиатрической помощи является развитие программ психосоциальной реабилитации. Программы реабилитации являются важным компонентом терапии больных с тяжелыми психическими расстройствами, поскольку медикаментозное лечение не оказывает специфического влияния на социальные навыки, мотивацию и когнитивные нарушения, которые могут быть улучшены благодаря вовлечению пациентов в процесс реабилитации [100]. В настоящем исследовании мы могли наблюдать значительное улучшение практически всех типов социальных навыков у больных, участвовавших в реабилитации. К аналогичным выводам приходят авторы исследования, основанного на мета-анализе 23 рандомизированных клинических испытаний программ реабилитации [150]. Позитивные изменения объясняются использованием в реабилитации принципов социального научения, которые включают постановку ясных целей, поведенческое повторение, позитивное подкрепление, техники, направленные на решение проблем [44]. В то же время остается открытым вопрос о том, насколько усвоенные социальные навыки могут быть генерализованы и использованы в реальных жизненных ситуациях [161]. В более широком смысле речь идет о влиянии реабилитации на глобальные аспекты функциональной адаптации, такие как адекватное поведение в обществе, установление и поддержание устойчивых взаимоотношений с окружающими, способности к самостоятельному проживанию и самообслуживанию [124]. К сожалению, измерение этих показателей по шкале HoNOS не выявило существенных различий в плане лучшей адаптации у пациентов, участвовавших в реабилитации по сравнению с пациентами, получавшими стандартное лечение. Можно предположить, что для повышения общего уровня функциональной адаптации требуется практическое применение полученных в ходе реабилитации навыков в повседневной жизни в течение длительного времени.

Другим важным вопросом является определение влияние реабилитации на выраженность психопатологических симптомов. В современной литературе существует консенсус в отношении благотворного воздействия реабилитации на негативную симптоматику [142], тогда как возможность редукции продуктивных и общих симптомов при проведении реабилитации вызывает определенные споры. В нашем исследовании отмечалось более выраженное снижение тяжести не только негативных, но и продуктивных и общих симптомов у пациентов, участвовавших в реабилитации. При этом медикаментозное лечение в основной и контрольной группах было практически одинаковым. Положительное влияние на показатели выраженности симптоматики мы связываем с использованием в реабилитационном процессе когнитивно-поведенческой терапии, эффективность которой так же подтверждается другими исследованиями [164].

Как показывают результаты нашего исследования, следует признать ошибочным мнение некоторых авторов [206] о том, что реабилитация принимает во внимание только сильные стороны пациента без учета его психопатологических симптомов и проводимого лечения. Полученные нами результаты указывают на то, что реабилитация должна идти параллельно медикаментозному лечению, которое устраняет продуктивную симптоматику и способствует вовлечению пациента в реабилитационный процесс. В этом смысле не существует принципиальной разницы между лечением и реабилитацией. Как показывает наше исследование, нередко пациенты считают самым важным устранение беспокоящих их проявлений болезни, поэтому разделение реабилитации и фармакотерапии не является целесообразным ни с перспективы пациента, ни с перспективы команды, оказывающей ему помощь. Более того, наши данные свидетельствуют о том, что участие в реабилитации улучшает приверженность больных к проводимому медикаментозному лечению.

Еще одним аргументом в пользу объединения фармакотерапии и реабилитации является тот факт, что оба типа помощи имеют цель предотвратить госпитализацию больных. Эта цель может быть достигнута только при комбинации медикаментозных и реабилитационных вмешательств, тогда как каждый метод, проводимый по отдельности, не гарантирует достаточную функциональную адаптацию больных шизофренией обществе.

К сожалению, в нашей стране такое комплексное лечение является скорее исключением, чем правилом. Проблема заключается в том, что в системе амбулаторной и стационарной помощи действуют различные административные и клинические процедуры, препятствующие интегративному подходу. Кроме того, осуществление реабилитационных мероприятий требует наличие соответствующих специалистов, которых может не быть в штате психиатрических стационаров. При отсутствии интегрированного подхода к оказанию помощи, сами пациенты и члены их семей вынуждены самостоятельно заниматься поисками учреждений или организаций, занимающихся реабилитацией. Как показывают наши наблюдения, больные и их родственники зачастую не имеют информации о пользе реабилитационных вмешательств и не предпринимают попыток получить этот вид помощи.

С другой стороны в нашем исследовании были выявлены факторы, способствующие активному вовлечению больных шизофренией в реабилитационные мероприятия после выписки из стационара. К таким факторам относятся:

* Доступность реабилитационных программ отвечающих потребностям и интересам пациентов
* Участие больных в реабилитации в период прохождения стационарного лечения
* Успешное развитие необходимых жизненных навыков в процессе реабилитационной работы
* Формирование критического отношения к болезни и мотивация на преодоления ее последствий
* Прохождение родственниками пациентов программы психоэдюкации и их последующее вовлечение в процесс реабилитации

Как показано в одном из исследований [161], процессу реабилитации нередко мешают резистентность к медикаментозному лечению, когнитивное снижение, отсутствие ресурсов семейной и социальной поддержки. В этих случаях от специалистов, участвующих в реабилитационной работе требуются прикладывать намного больше усилий для оказания помощи таким пациентам. Как правило, проведение реабилитации у этих больных сопряжено с выраженным дистрессом не только у персонала, но и у других пациентов участвующих в реабилитации.

Вместе с тем, можно солидаризироваться с мнением некоторых авторов [43], что успешное и устойчивое развитие процесса реабилитации во многом зависит от контекстуальных факторов, к которым относятся подготовка специалистов, правильное понимание участниками процесса целей и приоритетных задач реабилитации, адекватное время и ресурсы, выделяемые на пациентов, руководство и координация членов команды.

Говоря об эффективности реабилитационных мероприятий, следует отметить и ряд других факторов, препятствующих успешному вовлечению пациентов в этот процесс. К таким факторам относятся само-стигматизация, выраженность острых психотических симптомов, изначальная нехватка социальных навыков и эмоциональная нестабильность. У некоторых пациентов может иметь место сочетание этих факторов, которые взаимно усиливая друг друга, ухудшают мотивацию больных, необходимую для участия в реабилитационных мероприятиях. В этих случаях может отмечаться эффект «замкнутого круга», когда проявления болезни приводят к ухудшению социальной адаптации, а нарастающая дезадаптация усиливает, препятствует развитию социальных навыков, необходимых для преодоления проявлений болезни.

Кроме того, не всем больным с тяжелыми психическими расстройствами показана реабилитация. Лица, имевшие хорошую адаптацию до болезни, не имеющие выраженных негативных симптомов и обладающие развитыми социальными навыками, несмотря на диагноз шизофрении или биполярного расстройства вряд ли могут получить пользу от реабилитации, и они могут выздоравливать по мере редукции психопатологических симптомов без интенсивных реабилитационных вмешательств. Таким образом, при назначении реабилитационных мероприятий основополагающим фактором является всестороннее функциональное обследование пациента, которое дает возможность определить, насколько вовлечение в реабилитационный процесс соответствует истории заболевания, тяжести и этапу болезни, имеющемуся терапевтическому потенциалу и прогнозу лечения.

Самым большим ограничением настоящего исследования является кросс-секционный дизайн, который налагает определенные трудности для интерпретации полученных данных и не позволяет однозначно говорить о причинно-следственных связях между изучаемыми переменными и показателями. В частности, при проведении опроса с целью изучение отношения к лицам с психическими расстройствами, можно с большей убедительностью говорить о влиянии независимых переменных, таких как пол, возраст, образование на выраженность стигматизации. В то же время для других переменных, таких как, например, знакомство с человеком, страдающим психическим заболеванием, казуальные связи представляются не столь очевидными. Одновременно, при проведении опроса полноценная рандомизация не проводилась, а выборка респондентов формировалась методом «снежного кома», т.е. из числа знакомых участников первого этапа опроса. Тем не менее, большой размер выборки повышает достоверность полученных данных.

Одним из ограничений, касающихся исследования показателей психиатрической помощи, является тот факт, что нами использовалась официальная статистика из отчетов, предоставляемых лечебно-профилактическими учреждениями Министерству Здравоохранения. Учитывая, что многие пациенты предпочитают получать помощь в приватном порядке и не попадают в официальную статистику, а так же тот факт, что врачи-психиатры, особенно в регионах, не всегда добросовестно предоставляют информацию в отчетах, некоторые показатели по амбулаторной помощи могут вызывать естественные сомнения.

При осуществлении проекта ВОЗ по оценке качества помощи лицам, находящимся на длительном стационарном лечении ряд сложностей были связаны с применимостью отдельных критериев. Например, определение предпочтительных условий лечения для лиц, находящихся на принудительном лечении по решению судов, вызывали известные противоречия. В других ситуациях невыполнение критерия или стандарта происходило не из-за низкого качества работы персонала, а из-за каких-либо других факторов. Например, отсутствие в стране программ жилищного обеспечения для лиц с психическими заболеваниями не позволяет персоналу «способствовать получению пациентами безопасного и доступного жилья». Кроме того, некоторые вопросы, относящиеся к методологии ВОЗ, вызывали определенные противоречий. К таким вопросам относилась возможность применения количественных показателей при анализе качественных данных. В частности, большинство ответов респондентов относились к качественным данным, которые в дальнейшем были представлены как порядковые переменные. Другим вопросом являлась субъективность оценок респондентов качества предоставляемых услуг. Например, некоторые сотрудники из числа младшего персонала используют неформальный стиль коммуникации с пациентами, который мог бы быть воспринят как неуважительный. В то же время этот же стиль коммуникации работники используют и при общении друг с другом, поэтому его нельзя рассматривать в качестве неуважения к пользователям. Еще один вопрос был связан с влиянием баллов в отделениях, осуществляющих принудительное лечение, на общую оценку ситуации в больнице. Естественно, лица, проходящие принудительное лечение, по своему диагнозу, продолжительности болезни и причинам госпитализации значительно отличаются от обычных больных. Так же условия их поступления, выписки и пребывания в стационаре отличаются от других отделений. При этом имели место различия ответов пациентов, находящихся на лечении в одних и тех же отделениях. В связи с индивидуальными особенностями пациенты могли иметь различную мотивацию, цели и отношение к проводимому лечению. Таким образом, оценка качества оказываемой помощи у разных больных может существенно отличаться. Наконец, к принципиальным вопросам относиться вопрос о влиянии прошлого опыта на текущую оценку качества услуг. Например, оценка качества помощи у больных с длительными сроками стационирования могла относиться к прошлым годам, когда позитивные изменения последнего времени еще не были осуществлены [32].

Касаясь ограничений в изучении особенностей назначения психотропных препаратов, следует указать, что в исследовании не были рассмотрены такие факторы как степень тяжести состояния пациентов, выраженность побочных явлений, наличие терапевтической резистентности, которые могут оказывать существенное влияние на тактику лечения. Несмотря на достаточный объем выборки, нужно иметь в виду, что исследование ограничивалось только одной самой крупной в стране психиатрической больницей и самым крупным амбулаторным учреждением, поэтому неясно, насколько его результаты могут быть обобщены применительно к пациентам, получающим помощь в других учреждениях и регионах страны. Это же ограничение имеет место и при интерпретации результатов реабилитационных мероприятий, которые проводились в одной больнице, имеющей в своем штате квалифицированных специалистов, прошедших специальную подготовку по реабилитации. Кроме того, исследование проводилось среди стационарных больных с отсутствием возможности наблюдать участников реабилитации после выписки. При этом время участия пациентов в исследовании ограничивалось тремя месяцами, что не позволяет судить об устойчивости эффекта реабилитации. К другим ограничениям относятся относительно небольшой размер выборки, а так же принципиальная невозможность «ослепления» участников исследования в основной и контрольной группе. Несмотря на отмеченные выше ограничения, данное исследование является первым комплексным изучением организации психиатрической помощи в Азербайджане. Оно содержит важную информацию, относящуюся к статистическим данным системы психического здоровья, количественным и качественным показателям психиатрической помощи, а так же наглядно высвечивает имеющиеся проблемы при ее оказании. Важная часть исследования включает результаты крупных международных проектов, проведенных под эгидой Европейского Союза и ВОЗ в нашей стране. Полученные нами данные открывают широкие возможности для дальнейшего развития реформы в области психического здоровья и создания эффективной системы помощи для всех людей, которые в ней нуждаются [27].

**ВЫВОДЫ**

1. Наиболее значимыми проявлениями стигмы в нашей стране являются ошибочные представления о неспособности лиц с психическими расстройствами вступать в брак, воспитывать детей, а так же получать образование и работать вместе со здоровыми людьми. При этом отношение общества к лицам с психическими расстройствами ассоциируется с такими характеристиками, как пол, возраст и личное знакомство с пациентом, тогда как другие социо-демографические показатели, такие как полученное образование, семейное положение и место жительства не обнаруживают прямой связи со стигмой.

2. Степень выраженности стигмы обусловлена совокупным влиянием трех различных факторов - отношением к социальной компетентности больных, представлением об их непредсказуемости и общественной опасности, а так же признанием необходимости соблюдения гражданских прав и интересов лиц с психическими расстройствами.

3. Динамика основных параметров, относящихся к системе психического здоровья, в целом соответствует статистическим показателям, характерным для стран с уровнем дохода выше среднего, однако во многом уступает показателям Европейского региона ВОЗ, к которому относиться наша страна. При этом наиболее важными областями, нуждающимися в изменениях, являются дисбаланс между ресурсным обеспечением амбулаторных и стационарных служб, дефицит кадров, координация и преемственность в оказании помощи и межсекторное взаимодействие, в первую очередь с системой социальной помощи.

4. В процессе реформирования системы психического здоровья удалось достигнуть существенного прогресса в реализации прав пациентов и повышения эффективности оказываемой им помощи. В частности, помощь, предоставляемая стационарным больным во многом отвечает стандартам Конвенции ООН по правам инвалидов в таких областях как: право на достаточный жизненный уровень (Статья 28 КПИ); право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья (Статья 25 КПИ); право на свободу от пыток и жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, от эксплуатации, насилия и надругательства (Статьи 15 и 16 КПИ).

5. Стандарты, относящиеся к двум другим областям Конвенции - право на реализацию своей правоспособности, свободу и личную неприкосновенность (Статьи 12 и 14 КПИ) и право на самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество (Статья 19 КПИ), реализованы в недостаточной мере.

6. Существенным препятствием в реализации прав пациентов и оказания им эффективной помощи является институционализация, подразумевающая длительную госпитализацию, превышающую срок необходимый для лечения пациента. К социальным факторам, обуславливающим институционализацию больных, относятся отсутствие жилья и источников дохода, отсутствие или отказ родных посещать пациента в стационаре, конфликты в семье и низкая комплаентность к поддерживающему лечению. Клинические факторы, ассоциирующиеся с институционализацией, включают значительную продолжительность болезни, непродолжительные ремиссии, резистентность к лечению, агрессивное поведение пациента в период госпитализации и пребывания на стационарном лечении.

7. Предикторами институционализации являются продолжительность пребывания в стационаре на период, превышающий 3,5 месяца и сохранения выраженных психопатологических симптомов, по шкале BPRS выше 24 баллов, после завершения интенсивного этапа лечения.

8. Сравнение использования психотропных препаратов выявило, что стационарные больные преимущественно получают лечение традиционными нейролептиками, тогда как в системе амбулаторной предпочтение отдается разнообразным атипичным антипсихотическим препаратам. Кроме того, в назначениях амбулаторных больных в значительно более широком диапазоне представлены современные антидепрессанты, анксиолитики и стабилизаторы настроения. Указанные различия во многом определяются спецификой и выраженностью психических расстройств у стационарных и амбулаторных больных, коллективным опытом врачей учреждения, а так же стремлением к сокращению расходов в государственных больницах.

9. Применение более высоких, чем указанных в протоколах, доз антипсихотических препаратов у стационарных больных связано с принадлежностью к мужскому полу, диагнозом шизофрения, и более короткими сроками госпитализации. Кроме у того, высокие дозы в назначениях стационарных и амбулаторных больных обусловлены применением полифармакотерапии, которая в свою очередь ассоциируется с использованием препаратов первого поколения.

10. У больных, проходивших реабилитацию в психиатрическом стационаре, отмечается значимое снижение дезадаптации, выражающееся в более адекватном поведении, лучшей коммуникации с окружающими и способности к самообслуживанию, а так же значительная редукция позитивных, негативных и общих симптомов шизофрении по сравнению с пациентами, получавшими стандартное лечение.

**ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. С целью преодоления стигмы и формирования правильного отношения к лицам с психическими расстройствами необходимо на регулярной основе повышать информированность общества о социальной компетентности пациентов, ошибочном восприятии социальной угрозы исходящей от них, а так же необходимости обеспечения их гражданских прав и интересов.

2. Для реализации Конвенции ООН по правам инвалидов и предотвращения институционализации лиц с хроническими психическими расстройствами следует:

* Развивать внебольничные службы, отвечающие за удовлетворение потребности в занятости и жилищном обеспечении больных утративших социальные и родственные связи
* Разработать нормативные документы четко и ясно регламентирующие максимальные сроки пребывания больных на стационарном лечении и механизм выписки из стационара больных, не нуждающихся в дальнейшей госпитализации
* Для пациентов, не имеющих законных представителей, создать систему предоставления бесплатной юридической помощи, оказываемой профессиональным юристом или социальным работником, которая была бы доступна с момента госпитализации и действующей в течение всего периода пребывания на стационарном лечении

2. При реализации стратегии развития кадрового потенциала в системе психического здоровья рекомендуется:

* Разработать и внедрить стандарты помощи, а так же процедуры обеспечения и оценки качества услуг
* Ежегодно для персонала учреждений психического здоровья проводить тренинги по правам лиц с психическими расстройствами, охватывающие широкий круг вопросов, включенных в действующее законодательство и Конвенцию ООН по правам инвалидов.
* Включить в программу непрерывного профессионального образования для врачей и персонала обучение навыкам командной работы и менеджмента, а так же способам принятия совместных решений с пациентом и его близкими.

4. Улучшить лекарственное обеспечение стационаров современными психотропными медикаментами и повысить требования к и рациональному использованию лекарственных препаратов, которое должно соответствовать принятым в стране клиническим протоколам.

5. Внедрить процедуру составления комплексного индивидуализированного плана помощи/выздоровления при оказание услуг лицам с хроническими психическими расстройствами. План помощи/выздоровления должен включать четко обозначенные потребности пациента, краткосрочные и долговременные цели лечения, предлагаемые вмешательства и механизм выписки, для стационарных больных. Данный план на регулярной основе должен пересматриваться персоналом и использоваться как инструмент для оценки конечных результатов помощи.

6. Создать условия для перехода к мультидисциплинарной командной работе, подразумевающей оказание комплексной помощи различными специалистами, включая психиатра, клинического психолога, социального работника, медсестру и специалиста по реабилитации.

7. Расширить опыт применения психосоциальной реабилитации в системе стационарной и амбулаторной помощи, дополнив ее программой психоэдюкации, тренингом жизненных навыков, профессиональным обучением, когнитивной реабилитацией и когнитивно-поведенческой терапией.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabineti. “İlkin tibbi yardım göstərən tibb müəssisələrində müalicəsinə icazə verilən xəstəliklərin (psixi pozuntuların) Siyahısı” nın təsdiq edilməsi haqqında Qərar № 131, Bakı şəhəri, 11 iyun 2012.
2. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Depressiyanın diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol, Bakı, – 2009. – s. 60.
3. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Psixi sağlamliq sahəsində milli strategiya. Bakı – 2011. – s. 44.
4. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Rеzidеntura səviyyəsi üzrə 060913- “psixiatriya” ixtisasinin təhsil proqramı.
5. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyin Psixi Sağlamlıq Mərkəzi. Psixi Sağlamlıq sahəsi İşçi Qüvvəsinə dair Milli Strategiya (layihə). – Bakı, – 2014. s. 43.
6. İsmayılov, F. Azərbaycanda məskunlaşan məcburi köçkünlərin psixi sağlamlığının qiymətləndirilməsi. / F.İsmayılov, S.Əsədova, Ş.Kazımov [və b.] // Bakı – 2009. – s. 66.
7. İsmayılov, N.V. İlk yubiliey // Azərbaycan Psixiatriya Jurnalı, – 2012. 1 (22), – s. 5-6.
8. Leviçkayte, K., İsmayılov, F. Psixi sağlamlıq xidməti istefadəçiləri hərəkəti: fərdi təşəbüslərdən qeyri-hökümət təşkilatlarına qədər. «İnkişaf namina təşəbbüs», Bakı – 2013. – s. 77.
9. Maxaşvili, N., İsmayılov, F. Psixi sağlamlığın qorunması probleminin siyasətdə, istifadəçilərin maraqların müstəqil təmsil olunması və lobbiçilik strategiyalarında aktuallaşdırılması. “Psixiatryada Qlobal Təşəbbüs” “İnkişaf naminə təşəbbüs” İctimai Birliyi. Bakı, – 2012. – s. 100.
10. Psixiatriya yardımı haqqında Azərbaycan Respublikasının Qanunu, Bakı – 2001.
11. Rasulov, AR. Psixososial reabilitasiya xidmətləri görən və ənənəvi müalicə pasientlərin klinik və sosial göstəricilərinin müqayisəli təhlili. / AR.Rasulov, FN.İsmayılov, AR.Sultanova [və b.] // Azərbaycan Psixiariya Jurnalı. – 2013. 2 (25), – s. 65-75.
12. Абаскулиев, А.А. О некоторых патогенетических механизмах шизофрении. Москва. – 1967. – c. 252.
13. Всемирная Организация Здравоохранения. Организация служб охраны психического здоровья. (Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья). – Женева: ВОЗ; – 2006. – c. 74.
14. Всемирная организация здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г: Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Всемирная организация здравоохранения. Geneva, World Health Organization, – 2001. – 243 c.
15. Всемирная организация здравоохранения. Психическое Здоровье: основные факты. http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response
16. Всемирная организация здравоохранения. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения.в кн: Основные Документы, 48-е издание, Всемирная организация здравоохранения. – Женева, – 2014. –273 c.
17. Гасанов, Хамис Абдул-Гусейн оглы. Острые алкогольные психозы: Клиника, патофизиология, терапия, судебно-психиатр. экспертиза. – Баку, Маариф; – 1973. – c. 287.
18. Государственная Плановая Комиссия при СНК Азерб ССР. Выписка из Протокола № 24 от 6 марта 1929 г. об «Улучшении Психиатрической службы».
19. Исмаилов, Н.В. Некоторые иммунологическием особенности шизофрении, с бредовыми и аффективно-бредовыми синдромами: / дисс. кандидата медицинских наук. / – Баку, – 1973. –145 c.
20. Исмайлова, Дж.Ф., Расулов, А.Р., Кафаров, Т.А. Сравнительное изучение потребностей пациентов с шизофренией, получающих помощь в амбулаторных и стационарных учереждениях в Азербайджане // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология, – 2018. Т. 9, – № 3, – с. 320-330.
21. Комер, P. Основы патопсихологии // Fundamentals of Abnormal Psychology. – 2001. – c. 617.
22. Организация Объединенных Наций. Всеобщая декларация прав человека, принята Генеральной Ассамблеей ООН 10.12.1948. http://www.un.org/ru/universal-declaration-human-rights/index.html
23. Организация Объединенных Наций. Конвенция о правах инвалидов. Принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года . New York: United Nations; – 2006.
24. Постановление Совета Министров Азербайджанской ССР от 15 июня 1957г. об «Улучшении психиатрической помощи населению»
25. Приказ по Наркомздраву Азерб. ССР №632/а от 15 октября 1936 г.
26. Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, приняты резолюцией 46/119 Генеральной Ассамблеи от 17 декабря 1991 года.

www.un.org/ru/documents/decl\_conv/conventions/mental\_helth\_care.shtml

1. Расулов, А.Р. Исследование факторов, влияющих на отношение к пациентам с психическими расстройствами в Азербайджане // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. № 5, – с. 104-110.
2. Расулов, А.Р. Исследование эффективности профессионального тренинга для персонала психиатрического стационара / А.Р.Расулов, Ф.Н.Исмайлов, У.А.Гусейнзаде [и др.] // – Полтава: Актуальные проблемы современной медицины, – 2016. Т. 16, – вып. 3 (55), – с. 217-221.
3. Расулов, А.Р. Особенности назначения антипсихотических препаратов больным, находящимся на стационарном лечении в Азербайджане / А.Р. Расулов, Р.Р.Алиева, Н.Ш.Сафаралиев [и др.] // – Баку: Azərbaycan Əczaçılıq və Farmakoterapiya Jurnalı, – 2019. № 1, – s. 37-42.
4. Расулов, А.Р. Предикторы институционализации больных хроническими психическими расстройствами // – Баку: Azərbaycan Tibb Jurnalı, – 2019. № 2, – s. 63-69.
5. Расулов, А.Р. Психическое здоровье и применение антипсихотических препаратов в практике психолого-медицинского сопровождения амбулаторных больных в Азербайджане / А.Р.Расулов, Р.Р.Алиева, К.Е.Талыбова [и др.] // Российский Психологический Журнал, – 2018. Т. 15, – № 3, – с. 70-87.
6. Расулов, А.Р. Разработка инструментов по оценки качества услуг в психиатрическом стационаре // – Полтава: Мир медицины и биологии, – 2016. № 2 (56), – с. 69-74.
7. Расулов, А.Р. Развитие системы охраны психического здоровья в Азербайджане // Казанский медицинский журнал, – 2017. Т. XCVIII, – № 4, – с. 656-661.
8. Торникрофт, Г., Танселла, М. Матрица охраны психического здоровья: Пособие по совершенствованию служб. – Киев: Сфера, – 2000. – c. 332.
9. Ястребов, В.С. Организация психиатрической помощи.в Руководство по психиатрии. В 2-х томах под ред. А. С. Тиганова. Москва, – 2006. –480 c.
10. Abdulraheem, I.S. Polypharmacy: A risk factor for geriatric syndrome, morbidity and mortality // Aging Sci., – 2013. 1 (2), – c. 1-3.
11. Ahern, L., Fisher, D. Recovery at your own PACE: (Personal Assistance in Community Existence) // Journal of Psychosocial Nursing, – 2001. 39 (4), – p. 22-32.
12. Alexander, L.A., Link, B.G. The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness // J. Ment. Health, – 2003. 12, – p. 271-289.
13. Allott, P., Loganathan, L., Fulford, K.W.M. Discovering hope for recovery: a reviewof a selection of recovery literature, implications for practice and systems change in Lurie, S., McCubbin, M. & Dallaire, B. (Eds). International innovations in community mental health (special issue) // Canadian Journal of Community Mental Health, – 2002. 21(3), – p. 13-33.
14. Ambrose-Miller, W., Ashcroft, R. Challenges Faced by Social Workers as Members of Interprofessional Collaborative Health Care Teams // Health Soc. Work, – 2016. 41(2), – p. 101-109.
15. Andreson, R., Oades, L., Caputi, P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validates stage model // Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, – 2003. 37, – p. 586-594.
16. Angermeyer, M.C., Matschinger, H., Corrigan, P.W. Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey // Schizophr. Res., – 2004. 69. – p. 175-182.
17. Anthony, W.A., Psychiatric Rehabilitation, 2nd edition. Boston / W.A.Anthony, M.R.Cohen, M.Farkas [et al.] // Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation, – 2002. – p. 432.
18. Anthony, W.A. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s // Psychosocial Rehabilitation Journal, – 1993. 16(4), – p. 11-23.
19. Antunes, A. The effect of socioeconomic position in the experience of disability among people with mental disorders: findings from the World Mental Health Survey Initiative Portugal / A.Antunes, D.Frasquilho, S.Azeredo-Lopes [et al.] // Int. J. Equity Health, – 2018. 17 (1), – p. 113.
20. Arboleda-Florez, J., Stuart, H. From sin to science: fighting the stigmatization of mental illnesses // Canadian Journal of Psychiatry, – 2012. 57(8), – p. 457-463.
21. Bachrach, L.L. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia--what are the boundaries? // Acta Psychiatr. Scand. Suppl., – 2000. (407), – p. 6-10.
22. Bag, B., Yilmaz, S., Kirpinar, I. Factors influencing social distance from people with schizophrenia // Int. J. Clin. Pract., – 2006. 60. – p. 289-294.
23. Baldessarini, R.J. The Impact of Psychopharmacology on Contemporary Psychiatry // Canadian Journal of Psychiatry Revue Canadienne de Psychiatrie, – 2014. 59(8), – p. 401-405.
24. Bandura, A., Ross, D., Ross, Sh.A. Transmission of aggression through imitation of aggressive models Journal of Abnormal and Social Psychology, 63, – 1961. – p. 575-582.
25. Barbui, C., Papola, D., Saraceno, B. Forty years without mental hospitals in Italy // Int. J. Ment. Health Syst., – 2018. – p. 12-43.
26. Barnett, H., Lapsley, H. Journeys of Despair, Journeys of Hope: Young Adults Talk About Severe Mental Distress, Mental Health Services and Recovery. Wellington: Mental Health Commission Research Report – 2006.
27. Bartels, S.J., Gill, L., Naslund, J.A. The Affordable Care Act, Accountable Care Organizations, and Mental Health Care for Older Adults: Implications and Opportunities // Harv. Rev. Psychiatry, – 2015. 23(5), – p. 304-19.
28. Bartusch, S.M. Hannover study on long-stay hospitalization – part I: prediction of long-stay hospitalisation in cases of chronic mental illness. / S.M.Bartusch, H.Elgeti, P.Bastiaan [et al.] // Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH. – 2006. – p. 2-10.
29. Bauer, M. Prescribing patterns of antidepressants in Europe: Results from the Factors Influencing Depression Endpoints Research (FINDER) study. / M.Bauer, B.U.Monz, A.L.Montejo [et al.] // Eur. Psychiatry, – 2008. 23, – p. 66-73.
30. Beldie, A. Fighting stigma of mental illness in midsize European countries / A.Beldie, J.den Boer, C.Brain [et al.] // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 2012. 47 (1), – p. 1-38.
31. Birchwood, M. A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change / M.Birchwood, J.Smith, V.Drury [et al.] // Acta Psychiatr. Scand., – 1994. 89, – р. 62-67.
32. Biringer, E. Continuity of care as experienced by mental health service users - a qualitative study. / E.Biringer, M.Hartveit, B.Sundfør [et al.] // BMC Health Serv. Res., – 2017. 17(1), – p. 763.
33. Blader, J.C. Acute Inpatient Care for Psychiatric Disorders in the United States, 1996 Through 2007 // Arch. Gen. Psychiatry, – 2011. 68, – p. 1276-1283.
34. Blais, M.A. Predicting length of stay on an acute care medical psychiatric inpatient service / M.A.Blais, J.Matthews, R.Lipkis-Orlando [et al.] // Admin. Pol. Ment. Health, – 2003. 31(1), – p. 15-29.
35. Bogardus, E.S. Measurement of Personal-Group Relations. Sociometry. – 1947. 10(4), – p. 306-311.
36. Bond, G.R. Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities / G.R.Bond, L.L.Dietzen, J.H.McGrew [et al.] // Rehabilitation Psychology, – 1995. 40(2), – p. 75-94.
37. Bowers, L. Safety and security policies on psychiatric acute admission wards: results from a London-wide survey / L.Bowers, N.Crowhurst, J.Alexander [et al.] // J. Psychiatr. Ment Health Nurs., – 2002. 9(4), – p. 427-33.
38. Braun, J.P., Mende, H., Bause, H. Quality indicators in intensive care medicine: why? Use or burden for the intensivist // GMS German Medical Science, – 2010. 8 (22).
39. Brockington, I.F. The community's tolerance of the mentally ill / I.F.Brockington, P.Hall, J.Levings [et al.] // The British Journal of Psychiatry, – 1993. 162(1), – p. 93-99.
40. Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Al-Hamzawi, A.O. Proportion of patients without mental disorders being treated in mental health services worldwide // Br. J. Psychiatry, – 2015. 206(2), – p. 101-109.
41. Buckingham, W. Developing a Casemix Classification for Mental Health Services, Volume 1,2: Resource Materials. / W.Buckingham, P.Burgess, S.Solomon [et al.] // Canberra, ACT, Australia: Commonwealth Department of Health and Family Services, – 1998.
42. Burns, T., Bale, R. Establishing a mental health liaison attachment with primary care // Advances in Psychiatric Treatment. – 1997. 3, – p. 219-24.
43. Burns, T., Firn, M. Assertive Outreach in Mental Health: a manual for practitioners. Oxford University Press, – 2002. –345 p.
44. Caqueo-Urízar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M. Attitudes and burden in relatives of patients with schizophrenia in a middle income country // BMC Family Practice, – 2011. 12 – p. 101.
45. Carpenter, J. Mental health recovery paradigm: implications for social work // Health & Social Work, – 2002. 27(2), – p. 86-94.
46. Carson, R.C., Butcher, J.N., Mineka, S. Abnormal Psychology and Modern Life (11th Edition) . Boston: Allyn & Bacon, – 2000. –147 p..
47. Carter R., Satcher D., Coelho T. Addressing stigma through social inclusion // Am. J. Public Health, – 2013. 103, – p. 773.
48. Caton, C.L.M., Gralnick, A. A Review of Issues Surrounding Length of Psychiatric Hospitalization // Hosp. Community Psychiatr., – 1987. 38(8), – p. 858-863.
49. Chisholm, D. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis / D.Chisholm, D.Sweeny, P.Sheehan [et al.] // Lancet Psychiatry, – 2016. 3(5), – p. 415-424.
50. Chung, W. Factors associated with long-stay status in patients with schizophrenia: an analysis of national databases covering the entire Korean population / W.Chung, H.S.Chang, S.M.Oh [et al.] // Int. J. Soc. Psychiatr., – 2013. 59(3), – p. 207-216.
51. Colasanti, A. Symptom dimensions as predictors of clinical outcome, duration of hospitalization, and aggressive behaviours in acutely hospitalized patients with psychotic exacerbation / A.Colasanti, S.Paletta, D.Moliterno [et al.] // Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health, – 2010. 6, – p. 72-78.
52. Coleman, R.L., Hunter, D.E. Contemporary quality management in mental health // Am. J. Med. Qual., – 1995. 10(3), – p. 120-126.
53. Compton, M.T., Craw, J., Rudisch, B.E. Determinants of inpatient psychiatric length of stay in an urban county hospital // Psychiatry Q., – 2006. 77(2), – p. 173-188.
54. Copeland, J. Global priorities of civil society for mental health services: findings from a 53 country survey / J.Copeland, G.Thornicroft, V.Bird [et al.] // World Psychiatry, – 2014. 13(2), – p. 198-200.
55. Corrigan, P.W., Penn, D.L. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma // American Psychologist, – 1999. 54(9), – p. 765-776.
56. Corrigan, P.W., Shapiro, J.R. Measuring the Impact of Programs that Challenge the Public Stigma of Mental Illness // Clinical Psychology Review, – 2010. 30(8), – p. 907-922.
57. Corrigan, P.W. Principles and practices of psychiatric rehabilitation: An empirical approach / P.W.Corrigan, K.T.Mueser, G.R.Bond, [et al.] // New York, NY, US: Guilford Press., – 2008. –304 p.
58. Davidson, L., Roe, D. Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery // Journal of Mental Health, – 2007. 16(4), – p. 459-470.
59. De Girolamo, G. PROGRES-Acute group. Characteristics and activities of acute psychiatric in-patient facilities: national survey in Italy / G.De Girolamo, A.Barbato, R.Bracco [et al.] // Br. J. Psychiatry, – 2007. 191, – p. 170-177.
60. De Mare, A., Cantarella, M., Galeoto, G. Effectiveness of Integrated Neurocognitive Therapy on Cognitive Impairment and Functional Outcome for Schizophrenia Outpatients // Schizophr. Res. Treatment., – 2018. 21, – p. 2360697.
61. Deegan, P.E. Recovery: The Lived Experience of Mental Illness // Psychosocial Rehabilitation Journal, – 1988. 11(4), – p. 11-19.
62. Department of Health. Mental Health Policy Implementation Guide: Community Mental Health Teams. Department of Health, London, – 2002. –120 p.
63. Dixon, L., Perkins, D., Calmes, C. Guideline Watch: Practice Guideline for the treatment of patients with Schizophrenia. American Psychiatric Association. 2009 [cited 2012 Oct 10]. Available from: http://psychiatryonline.
64. Dixon, L.B., Dickerson, F., Bellack, A.S. The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements // Schizophrenia Bulletin, – 2010. 36(1), – p. 48-70.
65. Doran, Ch. M., Kinchin, I. A review of the economic impact of mental illness // Australian Health Review, – 2017. 43, – p. 43-48.
66. Douzenis, A., Seretis, D., Nika, S. Factors affecting hospital stay in psychiatric patients: the role of active comorbidity // BMC Health Services Research, – 2012. 12, – p. 166.
67. Drake, R.E. A process analysis of integrated and non-integrated approaches to supported employment. / R.E.Drake, D.R.Becker, G.R.Bond [et al.] // Journal of Vocational Rehabilitation, – 2003. 18, – p. 51-58.
68. Drummond, M.F. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 3rd ed. / M.F.Drummond, M.J.Sculpher, G.W.Torrance [et al.] // Oxford: Oxford University Press; – 2005. – p. 379.
69. Edwards, J., McGorry, P.D., Pennell, K. Models of early intervention in psychosis: an analysis of service approaches, in Early Intervention in Psychosis: a guide to concepts, evidence and interventions. M. Birchwood, D. Fowler, and C. Jackson, (ed.), John Wiley & Sons, New York, – 2000. – p. 281-314.
70. Efron, D. Medication prescribed by Australian paediatricians: Psychotropics predominate / D.Efron, M.H.Danchin, N.E.Cranswick [et al.] // J. Paediatr. Child Health, – 2017. 53(10), – p. 957-962.
71. Egli, S. Creating a map of psychiatric patients based on psychopathological symptom profiles / S.Egli, M.Riedel, H.Möller [et al.] // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci., – 2009. 259, – p. 164-171.
72. Ellison, C.G. The Clergy as a Source of Mental Health Assistance: What Americans Believe / C.G.Ellison, M.L.Vaaler, K.J.Flannelly [et al.] // Review of Religious Research, – 2006. 48(2), – p. 190-211.
73. Ennis, L, Wykes, T. Impact of patient involvement in mental health research: longitudinal study // Br. J. Psychiatry, – 2013. 203(5), – p. 381-386.
74. Fakhoury, W., Priebe, S. The process of deinstitutionalization: an international overview // Curr. Opin. Psychiatr., – 2002. 15, – p. 187-192.
75. Fong, C.L. Factors influencing inpatient duration among insanity acquittees in a Malaysian mental institution / C.L.Fong, P.C.Kar, L.T.Huei [et al.] // ASEAN J. Psychiatr., – 2010. 11(1), – p. 25-35.
76. Funk, M. Advocacy for mental health: roles for consumer and family organizations and governments / M.Funk, A.Minoletti, N.Drew [et al.] // Health Promot Int., – 2006. 21(1), – p. 70-75.
77. Gaebel, W. European Psychiatric Association. European Psychiatric Association (EPA) guidance on quality assurance in mental healthcare / W.Gaebel, I.Großimlinghaus, R.Heun [et al.] // Eur. Psychiatry, – 2015. 30(3), – p. 360-387.
78. Gaebel, W., Weinmann, S., Sartorius, N. Schizophrenia practice guidelines: international survey and comparison // Br. J. Psychiatry, – 2005. 187, – p. 248-255.
79. Galletly, C., Castle, D., Dark, F. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders // Aust. N. Z. J. Psychiatry, – 2016. 50, – p. 410-472.
80. Gauthier, G., Guérin, A., Zhdanava, M. Treatment patterns, healthcare resource utilization, and costs following first-line antidepressant treatment in major depressive disorder: a retrospective US claims database analysis // BMC Psychiatry, – 2017. 17, – p. 222.
81. Gebhardt, S., Huber, MT. What Influences Treatment Satisfaction in Patients with Personality Disorders? A Naturalistic Investigation in a Hospitalization Setting // Ment. Illn., – 2016. 8(2), – p. 6868.
82. Gifford, E., Foster, E.M. Provider-level effects on psychiatric inpatient length of stay for youth with mental health and substance abuse disorders // Med. Care, – 2008. 46(3), – p. 240-246.
83. Gigantesco, A. PROGRES-Acute group. Long-stay in short-stay inpatient facilities: risk factors and barriers to discharge / A.Gigantesco, G.de Girolamo, G.Santone [et al.] // BMC Public Health, – 2009. 9, – p. 306.
84. Gilmer, T.P., Dolder, C.R., Folsom, D.P. Antipsychotic polypharmacy trends among medical beneficiaries with schizophrenia in San Diego County, 1999-2004 // Psychiatr. Serv., – 2007. 58, – p. 1007-1010.
85. Gisev, N., Bell, J.S., Chen, T.F. Factors associated with antipsychotic polypharmacy and high-dose antipsychotics among individuals receiving compulsory treatment in the community // J. Clin. Psychopharmacol., – 2014. 34, – p. 307-312.
86. Glasby, J., Lester, H. Delayed hospital discharge and mental health: the policy implications of recent research // Soc. Policy Admin., – 2004. 38, – p. 744-757.
87. Goffman, E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; – 1963.
88. Goldacre, M., Seagroatt, V., Hawton, K. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care // Lancet, – 1993. 342(8866), – p. 283-286.
89. Goldman, H.H., Skodol, A.E., Lave, T.R. Revising Axis V for DSM-IV: A Review of Measures of Social Functioning // American Journal of Psychiatry, – 1992. 149, – p. 1148-1156.
90. Grover, S., Avasthi, A., Sinha, V. Indian Psychiatric Society multicentric study: Prescription patterns of psychotropics in India // Indian Journal of Psychiatry, – 2014. 56(3), – p. 253-264.

Gustavson, K. Prevalence and stability of mental disorders among young adults: findings from a longitudinal study / K.Gustavson, A.K.Knudsen, R.Nesvåg[et al.] // BMC Psychiatry, – 2018. 18, – p. 65.

1. Haglund, K. Psychiatric care behind locked doors. A study regarding the frequency of and the reasons for locked psychiatric wards in Sweden / K.Haglund, E.van der Meiden, L.von Knorring [et al.] // J. Psychiatr. Ment. Health Nurs., – 2007. 14(1), – p. 49-54.
2. Hálfdánarson, Ó., Zoëga, H., Aagaard, L. International trends in antipsychotic use: A study in 16 countries, 2005-2014 // Eur. Neuropsychopharmacol., – 2017. 27, pii: S0924-977X(17) – p. 30428-5.
3. Hanney, S.R. How long does biomedical research take? Studying the time taken between biomedical and health research and its translation into products, policy, and practice. / S.R.Hanney, S.Castle-Clarke, J.Grant [et al.] // Health Res Policy Syst., – 2015. 1, – p. 13-1.
4. Happell, B. Determining the effectiveness of mental health services from a consumer perspective: Part 1: Enhancing recovery // International Journal of Mental Health Nursing, – 2008. (17), – p. 116-122.
5. Haywood, T.W. Predicting the “revolving door” phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. / T.W.Haywood, H.M.Kravitz, L.S.Grossman [et al.] // Am. J. Psychiatry, – 1995. 152(6), – p. 856-861.
6. Heeren, O. The association between decreasing length of stay and readmission rate on a psychogeriatric unit / O.Heeren, L.Dixon, S.Gavirneni [et al.] // Psychiatr Serv., – 2002. 53(1), – p. 76-79.
7. Heinssen, R.K., Liberman, R.P., Kopelowicz, A. Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory // Schizophr. Bull., – 2000. 26(1), – p. 21-46.
8. Herwig, U., Warnke, I., Rössler, W. Psychopathological syndromes according to the AMDP-system as the foundation for clinical case grouping in psychiatry // Psychiatr. Prax., – 2009. 36(7), – p. 320-326.
9. Hodgson, R.E., Lewis, M., Boardman, J. The Prediction of in-Patient Length of Stay for Acute Psychiatric Admissions // J. Ment. Health, – 2000. 9(2), – p. 145-153.
10. Hogan, T.P., Awad, A.G. Subjective response to neuroleptics and outcome in schizophrenia:a re-examination comparing two measures // Psychol. Med., – 1992. 22, – р. 347-352.
11. Holloway, F. The new long stay in an inner city service: a tale of two cohorts. / F.Holloway, T.Wykes, E.Petch [et al.] // Int. J. Soc. Psychiatry, – 1999. 45, – p. 93-103.
12. Hopko, D. Assessing predictive factors for extended hospitalisation at acute psychiatric admission / D.Hopko, D.Lachar, S.Bailley [et al.] // Psychiatr. Serv., – 2001. 52, – p. 1367-1373.
13. Hoven, Ch. WPA Awareness Task. Worldwide child and adolescent mental health begins with awareness: A preliminary assessment in nine countries. / Ch.Hoven, T.Doan, G.Musa [et al.] // International Review of Psychiatry, – 2008. 20(3), – p. 261-270.
14. Ismayilov, F. The Second Meeting of the Attitudes and Needs Assessment Project (ANAP). Geneva Initiative on Psychiatry // Annual Report, – 1999. – p. 16-17.
15. Ismayilov, N., Ismayilov, F. Mental health of refugees: The case of Azerbaijan // World Psychiatry, – 2002. 1(2), – p. 121-122.
16. Ithman, M.H. Predictors of Length of Stay in an Acute Psychiatric Hospital / M.H.Ithman, G.Goplarkrishna, N.C.Beck [et al.] // J. Biosafety Health Educ., – 2014. 2, – p. 119.
17. Jacobs, R., Gutacker, N., Mason, A. Determinants of hospital length of stay for people with serious mental illness in England and implications for payment systems: a regression analysis // BMC Health Services Research, – 2015. 15, – p. 439.
18. Jacobson, N., Greenley, D. What is recovery? A conceptual model and explication // Psychiatric Services, – 2001. 52(4), – p. 482-485.
19. Jankovic, J., Yeeles, K., Katsakou, C. Family Caregivers’ Experiences of Involuntary Psychiatric Hospital Admissions of Their Relatives – a Qualitative Study. Harrison BJ, ed. // PLoS ONE, – 2011. 6(10), – p. 25425.
20. Jiménez, R.E. Observed-predicted length of stay for an acute psychiatric department, as an indicator of inpatient care inefficiencies. Retrospective case-series study / R.E.Jiménez, R.M.Lam, M.Marot [et al.] // BMC Health Services Research, – 2004. 4, – p. 4.
21. John, A., Marchant, A.L, Fone, D.L. Recent trends in primary-care antidepressant prescribing to children and young people: an e-cohort study // Psychological Medicine, – 2016. 46(16), – p. 3315-3327.
22. Johnson, S., In-patient and residential alternatives to standard acute psychiatric wards in England / S.Johnson, H.Gilburt, B.Lloyd-Evans [et al.] // Br. J. Psychiatry, – 2009. 194(5), – p. 456-463.
23. Jorm, A.F., Oh, E. Desire for social distance from people with mental disorders // Aust. N. Z. J. Psychiatry, – 2009. 43(3), – p. 183-200.
24. Kassebaum, N.J., regional, and national disability-adjusted life-years (DALY) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. / N.J.Kassebaum, M.Arora, R.M.Barber [et al.] // Lancet, – 2016. 388, – p. 1603-58.
25. Kay, S.R., Fiszbein, A., Opler, L.A .The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophr. Bull., – 1987. 13(2), – p. 261-276.
26. Kessler, R.C. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys / R.C.Kessler, S.Aguilar-Gaxiola, J.Alonso [et al.] // Epidemiol. Psichiatr. Soc., – 2009. 18(1), – p. 23-33.
27. Kiivet, R.A. of drug treatment of schizophrenic patients in Estonia, Spain and Sweden. / R.A.Kiivet, A.Llerena, M.L.Dahl [et al.] // Br. J. Clin. Pharmacol., – 1995. 40, – p. 467-476.
28. Kilbourne, A.M., Beck, K., Spaeth-Rublee, B. Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective // World Psychiatry, – 2018. 17(1), – p. 30-38.
29. Killaspy, H. From the asylum to community care: learning from experience // Br. Med. Bull., – 2006. 79(80), – p. 245-58.
30. Kjosavik, S.R. Initial prescription of antipsychotics and antidepressants in general practice and specialist care in Norway / S.R.Kjosavik, S.Hunskaar, D.Aarsland [et al.] // Acta Psychiatr. Scand., – 2011. 123, – p. 459-65.
31. Kohn, R. The treatment gap in mental health care / R.Kohn, S.Saxena, I.Levav [et al.] // Bulletin of the World Health Organization, – 2004. 82(11), – p. 858-66.
32. Kopelowicz, A., Liberman, R.P., Zarate, R. Recent advances in social skills training for schizophrenia // Schizophr. Bull., – 2006. 32, – p. 12-23.
33. Kunitoh, N. From hospital to the community: the influence of deinstitutionali­zation on discharged long-stay psychiatric patients // Psychiatry Clin. Neurosci., – 2013. 67(6), – p. 384-396.
34. Lake, J., Turner, M.S. Urgent Need for Improved Mental Health Care and a More Collaborative Model of Care // The Permanente Journal, – 2017. 21, – p. 17-24.
35. Lang, U. Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding? // Eur. J. Psychiat., – 2010. 24, – p. 199-204.
36. Lasalvia, A., Bortel, T., Bonetto, Ch. Cross-national variations in reported discrimination among people treated for major depression worldwide: the ASPEN/INDIGO international study // The British Journal of Psychiatry, – 2015. 207(6), – p. 507-514.
37. Lauber, C. Factors influencing social distance toward people with mental illness. / C.Lauber, C.Nordt, L.Falcato [et al.] // Community Ment. Health J., – 2004. 40(3), – p. 265-74.
38. Laugharne, R., Laugharne, J. Psychiatry, postmodernism and postnormal science // Journal of the Royal Society of Medicine, – 2002. 95(4), – p. 207-210.
39. Lay, B., Lauber, C., Rossler, W. Prediction of in-patient use in first-admitted patients with psychosis // Eur. Psychiatry, – 2006. 21(6), – p. 401-409.
40. Lee, S., Rothbard, A.B., Noll, E.L. Length of inpatient stay of persons with serious mental illness: effects of hospital and regional characteristics // Psychiatr. Serv., – 2012. 163(9), – p. 889-95.
41. Lehman, A.F. Cost-effectiveness of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness / A.F.Lehman, L.Dixon, J.S.Hoch [et al.] // British Journal of Psychiatry, – 1999. 174, – p. 346-52.
42. Lerner, Y., Zilber, N. Predictors of cumulative length of psychiatric inpatient stay over one year: A national case register study // Isr. J. Psychiatry Relat. Sci., – 2010. 47(4), – p. 304-307.
43. Lewis, B. Psychiatry and Postmodern Theory // Journal of Medical Humanities, – 2000. 21, – p. 71.
44. Liberman, R.P. Requirements for multidisciplinary teamwork in psychiatric rehabilitation / R.P.Liberman, D.M.Hilty, R.E.Drake [et al.] // Psychiatric Services, – 2001. 52(10), – p. 1331-42.
45. Lipsitt, D.R. Psychiatry and the general hospital in an age of uncertainty // World Psychiatry, – 2003. 2(2), – p. 87-92.
46. Loch, A.A. Discharged from a mental health admission ward: is it safe to go home? A review on the negative outcomes of psychiatric hospitalization // Psychology Research and Behavior Management, – 2014. 7, – p. 137-145.
47. Lopez-Fernandez, E., Sole, B., Jimenez, E. Cognitive Remediation Interventions in Schizoaffective Disorder: A Systematic Review // Front Psychiatry, – 2018. 9, – p. 470.
48. Makan, A., Fekadu, A., Murhar, V. Stakeholder analysis of the Programme for Improving Mental health carE (PRIME): baseline findings // International Journal of Mental Health Systems, – 2015. 9, – p. 27.
49. Martin, J., Pescosolido, B., Tuch, S. Of fear and loathing: The role of ‘disturbing behavior’, labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness // Journal of Health and Social Behavior, – 2000. 41(2), – p. 208-223.
50. Mason, A. Navigating uncharted waters? How international experience can inform the funding of mental health care in England / A.Mason, M.Goddard, L.Myers [et al.] // J. Ment. Health, – 2011. 20(3), – p. 234-248.
51. McGinty, E.E. Trends In News Media Coverage Of Mental Illness In The United States: 1995–2014 / E.E.McGinty, A.Kennedy-Hendricks, S.Choksy [et al.] // Health Affairs (Project Hope), – 2016. 35(6), – p. 1121-1129.
52. McGrath, B.M., Tempier, R.P. Implementing quality management in psychiatry: from theory to practice-shifting focus from process to outcome // Can. J. Psychiatry, – 2003. 48(7), – p. 467-74.
53. McGuire, J., Mares, A. Hoptel equalizes length of stay for homeless and domiciled inpatients // Med. Care, – 2000. 38, – p. 1003-1010.
54. McMillan, S.S., Jacobs, S., Wilson, L. Antipsychotic prescribing for vulnerable populations: a clinical audit at an acute Australian mental health unit at two-time points // BMC Psychiatry, – 2017. 17, – p. 139.
55. Mezzich, J.E., Coffman, G.A. Factors Influencing Length of Hospital Stay // Hosp. Community Psychiatr., – 1985. 36(12), – p. 1262-1270.
56. Micale, M.S., Porter, R. Discovering the History of Psychiatry. 1 edition. Oxford University Press, – 1994. – p. 480.
57. Miller, A.L. The Texas Medication Algorithm Project: Clinical Results for Schizophrenia / A.L.Miller, M.L.Crismon, A.J.Rush [et al.] // Schizophr. Bull., – 2004. 30, – p. 627-647.
58. Ministry of Health, World Health Organization Mental health system in the Republic of Azerbaijan (WHO-AIMS), Geneva, – 2007. – p. 33.
59. Miranda, J.J., Patel, V. Achieving the Millennium Development Goals: Does Mental Health Play a Role? // PLoS Medicine, – 2005. 2(10), – p. 291.
60. Moore, T.J., Mattison, D.R. Adult Utilization of Psychiatric Drugs and Differences by Sex, Age, and Race // JAMA Intern. Med., – 2017. 1,177(2), – p. 274-275.
61. Mueser, K.T. Psychosocial treatments for schizophrenia / K.T.Mueser, F.Deavers, D.L.Penn [et al.] // Annu Rev. Clin. Psychol., – 2013. 9, – p. 465-97.
62. Mueser, K.T., Penn, D.L. Meta-analysis examining the effects of social skills training on schizophrenia // Psychol. Med., – 2004. 34, – p. 1365-136.
63. Muijen, M. Focus on mental health care reforms in Europe. Mental health services in Europe: an overview // Psychiatr. Serv., – 2008. 59(5), – p. 479-82.
64. Nemec, P.B., McNamara, S., Walsh, D. Direct skills teaching // Psychosocial. Rehabilitation Journal, – 1992. 16(1), – p. 13-25.
65. Newman, L. Factors Associated with Length of Stay in Psychiatric Inpatient Services in London, UK / L.Newman, V.Harris, L.J.Evans [et al.] // The Psychiatric Quarterly. – 2018. 89(1), – p. 33-43.
66. O’Connell, M. From rhetoric to routine: Assessing perceptions of recovery-oriented practices in a state mental health system and addiction system. / M.O’Connell, J.Tondora, G.Croog [et al.] // Psychiatric Rehabilitation Journal, – 2005. 28(4), – p. 378-386.
67. O'Dwyer, M. Prevalence, patterns and factors associated with psychotropic use in older adults with intellectual disabilities in Ireland / M.O'Dwyer, J.Peklar, N.Mulryan [et al.] // J. Intellect Disabil. Res., – 2017. 61(10), – p. 969-983.
68. Okkels, N., Mogensen, R.B., Crean, L.C. Treatment profiles in a Danish psychiatric university hospital department // Nord J. Psychiatry, – 2017. 71(4), – p. 289-295.
69. Okumura, Y. Psychiatric Admissions and Length of Stay During Fiscal Years 2014 and 2015 in Japan: A Retrospective Cohort Study Using a Nationwide Claims Database / Y.Okumura, N.Sugiyama, T.Noda [et al.] // J. Epidemiol., – 2018. 15.
70. Olafsdottir, S., Pescosolido, B.A. Drawing the line: the cultural cartography of utilization recommendations for mental health problems // J. Health Soc. Behav., – 2009. 50(2), – p. 228-244.
71. Olfson, M., King, M., Schoenbaum, M. Benzodiazepine use in the United States // JAMA Psychiatry, – 2015. 72(2), – p. 136-142.
72. Olfson, M. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia / M.Olfson, D.Mechanic, S.Hansell [et al.] // Psychiatr. Serv., – 2000. 51(2), – p. 216-222.
73. Oliver, M.I. Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. / M.I.Oliver, N.Pearson, N.Coe [et al.] // Br. J. Psychiatry, – 2005. 186, – p. 297-301.
74. Overall, J.E., Gorham, D.R. The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling // Psychopharmacology Bulletin, – 1988. 24, – p. 97-99.
75. Oxford University. Social Knowledge Questionnaire. (1996). Schizophrenia Bulletin, 22(4), – p. 641-641.
76. Özdemir, A. Use of Lithium in Severe Acute Manic Episodes: Retrospective Prescription Practice From a Tertiary Inpatient Unit / A.Özdemir, C.Aksoy Poyraz, B.Ç.Poyraz [et al.] // J Psychiatr Pract., – 2017. 23(3), – p. 167-172.
77. Page, A.C., Cunningham, N.K., Hooke, G.R. Using daily monitoring of psychiatric symptoms to evaluate hospital length of stay // B.J. Psych. Open, – 2016. 2(6), – p. 341-345.
78. Park, Y. Antipsychotic medication use among publicly insured pregnant women in the United States / Y.Park, K.F.Huybrechts, J.M.Cohen [et al.] // Psychiatr. Serv., – 2017. 1, 68(11), – p. 1112-1119.
79. Perry, B.L., Pescosolido, B.A., Martin, J.K. Comparison of public attributions, attitudes, and stigma in regard to depression among children and adults // Psychiatric Services, – 2007. 58(5), – p. 632-635.
80. Pescosolido, B. The Public Stigma of Mental Illness: What Do We Think; What Do We Know; What Can We Prove? // Journal of Health and Social Behavior, – 2013. 54(1), – p. 1-21.
81. Pescosolido, B.A. “A disease like any other”? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. / B.A.Pescosolido, J.K.Martin, J.S.Long [et al.] // The American Journal of Psychiatry, – 2010. 167(11), – p. 1321-1330.
82. Pescosolido, B.A, Martin, J.K. The Stigma Complex // Annual review of sociology, – 2015. 41, – p. 87-116.
83. Polevoi, S.K. Marked Reduction in Length of Stay for Patients with Psychiatric Emergencies after Implementation of a Co-Management Model. / S.K.Polevoi, J.J.Shim, C.E.McCulloch [et al.] // Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine, – 2013. 20(4), – p. 338-343.
84. Pratt, C. Psychiatric Rehabilitation, 3rd Edition; / C.Pratt, K.Gill, N.Barrett [et al.] // Academic Press, – 2013. – p. 568.
85. Priebe, S. Institutionalization revisited -- with and without walls // Acta Psychiatr. Scand., – 2004. 110(2), – p. 81-82.
86. Quirk, A., Lelliott, P., Seale, C. The permeable institution: an ethnographic study of three acute psychiatric wards in London. Soc Sci Med. – 2006. 63(8), – p. 2105-17.
87. Rapp, C., Goscha, R. The Strengths Model: A Recovery-Oriented Approach to Mental Health Services 3d eddition N.Y; Oxford University Press, – 2011. – p. 352.
88. Resnick, S.G., Rosenhack, R.A., Lehman, A.F. An exploratory analysis of correlates of recovery // Psychiatric Services, – 2004. 55(5), – p. 540-547.
89. Riecher-Rössler, A., Butler, S., Kulkarni, J. Sex and gender differences in schizophrenic psychoses-a critical review // Arch. Womens Ment. Health, – 2018. 16.
90. Rittmannsberger, H. Medication adherence among psychotic patients before admission to inpatient treatment / H.Rittmannsberger, T.Pachinger, P.Keppelmüller [et al.] // Psychiatr Serv., – 2004. 55(2), – p. 174-9.
91. Robert, van Voren. Cold War in Psychiatry: Human Factors, Secret Actors, Rodopi B.V., Amsterdam - New York, NY – 2010. – p. 512.
92. Roberts, G., Wolfson, P. The rediscovery of recovery: open to all // Advances in Psychiatric Treatment, – 2004. 10, – p. 37-49.
93. Rocca, P. Outcome and length of stay in psychiatric hospitalization, the experience of the University Clinic of Turin. / P.Rocca, C.Mingrone, T.Mongini [et al.] // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, – 2009. 45(6), – p. 603-610.
94. Sampson, M.J., McCubbin, R.A., Tyrer, P. Personality Disorder and Community Mental Health Teams, John Wiley & Sons Inc., – 2006. – p. 246.
95. Sartorius, N. Fighting schizophrenia and its stigma. A new World Psychiatric Association educational programme // Br. J. Psychiatry. – 1997. 4, – p. 170-297.
96. Sartorius, N. Stigma and mental health // Lancet, – 2007. 8, 370(9590), – p. 810-811.
97. Sartorius, N., Gaebel, W., Cleveland, H.R. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. World Psychiatry. – 2010. 9(3), – p. 131-144.
98. Sashkin, M. A Manager’s Guide to Participative Management. New York, American Management Association, – 1982. – p. 320.
99. Saxena, S., Funk, M., Chisholm, D. WHO’s Mental Health Action Plan 2013-2020: what can psychiatrists do to facilitate its implementation? // World Psychiatry, – 2014. 13(2), – p. 107-109.
100. Saxena, S., Sharan, P., Saraceno, B. Budget and financing of mental health services: baseline information on 89 countries from WHO's project atlas // J. Ment. Health Policy Econ., – 2003. 6(3), – p. 135-43.
101. Schiff, A.C. Recovery and mental illness: analysis and personal reflections // Psychiatric Rehabilitation Journal, – 2004. 27(3), – p. 212-218.
102. Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis // Acta Psychiatr. Scand., – 2012. 125(6), – p. 440-452.
103. Semrau, M., Lempp, H., Keynejad, R. Service user and caregiver involvement in mental health system strengthening in low- and middle-income countries: systematic review // BMC Health Serv. Res., – 2016. 16, – p. 79.
104. Sharma, A. The virtual institution: cross-sectional length of stay in general adult and forensic psychiatry beds / A.Sharma, W.Dunn, C.O’Toole [et al.] // International Journal of Mental Health Systems, – 2015. 9, – p. 25.
105. Shen, G.C., Snowden, L.R. Institutionalization of deinstitutionalization: a cross-national analysis of mental health system reform // Int. J. Ment. Health Syst., – 2014. 8(1), – p. 47.
106. Shinjo, D. Factors affecting prolonged length of stay in psychiatric patients in Japan: A retrospective observational study / D.Shinjo, H.Tachimori, K.Sakurai [et al.] // Psychiatry and Clinical Neurosciences, – 2017. 71(8), – p. 542-553.
107. Shorter, E. A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac 1st edition Wiley; – 1998, – p. 448.
108. Slade, M., Amering, M., Oades, L. Recovery: An international perspective // Epidemiologia e Psichiatra Sociale, – 2008. 17(2), – p. 128-137.
109. Slade, M. What outcomes to measure in routine mental health services, and how to assess them: a systematic review // Aust. N. Z. J. Psychiatry, – 2002. 36(6), – p. 743-753.
110. Spaniol, L. The process of recovery from schizophrenia. / L.Spaniol, N.Wewiorski, C.Gagne [et al.] // International Review of Pscyhiatry, – 2002. 14, – p. 327-336.
111. Steadman, H.J., Mulvey, E.P., Monahan, J. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods // Arch. Gen. Psychiatry, – 1998. 55(5), – p. 393-401.
112. Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013 // International Journal of Epidemiology, – 2014. 43(2), – p. 476-493.
113. Stephenson, C.P., Karanges, E., McGregor, I.S. Trends in the utilization of psychotropic medications in Australia from 2000 to 2011 // Aust. N. Z. J. Psychiatry, – 2013. 47(1), – p. 74-87.
114. Stevens, A., Hammer, K., Buchkremer, G. A statistical model for length of psychiatric in-patient treatment and an analysis of contributing factors // Acta Psychiatrica Scandinavica, – 2001. 103(3), – p. 203-211.
115. Strous, R.D. Psychiatry during the Nazi era: ethical lessons for the modern professional // Annals of General Psychiatry. – 2007. 6, – p. 8.
116. Stuart, H. Reducing the stigma of mental illness. Global Mental Health. – 2016. 3, – p. 17.
117. Stull L.G., McGrew J.H., Salyers M.P., Ashburn-Nardo L. Implicit and Explicit Stigma of Mental Illness: Attitudes in an Evidence-Based Practice // The Journal of Nervous and Mental Disease, – 2013. 201 (12), – p. 1072-1079.
118. Tait L. Design of the BiRmingham Early Detection In untREated psyChosis Trial (REDIRECT): cluster randomised controlled trial of general practitioner education in detection of first episode psychosis [ISRCTN87898421] / L.Tait, H.Lester, M.Birchwood [et al.] // BMC Health Serv Res., – 2005. 5 (1), – p. 19.
119. Tan, C.H., Shinfuku, N., Sim, K. Psychotropic prescription practices in East Asia: Looking back and peering ahead // Curr. Opin. Psychiatry, – 2008. 21, – p. 645-50.
120. Thakkar, K.B. A Drug Utilization Study of Psychotropic Drugs Prescribed in the Psychiatry Outpatient Department of a Tertiary Care Hospital / K.B.Thakkar, M.M.Jain, G.Billa [et al.] // Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR. – 2013. 7(12), – p. 2759-2764.
121. Thompson, A. Patterns of hospital admission for adult psychiatric illness in England: analysis of Hospital Episode Statistics data / A.Thompson, M.Shaw, G.Harrison [et al.] // Br. J. Psychiatry, – 2004. 185, – p. 334-341.
122. Thornicroft, G. Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination? / G.Thornicroft, D.Rose, A.Kassam [et al.] // British Journal of Psychiatry, – 2007. 190(3), – p. 192-193.
123. Thornicroft, G., Tansella, M. The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services. Cambridge: Cambridge University Press. – 1999. – p. 291.
124. Thronicroft, G., Margolius, O., Jones, D. The TAPS project: VI. New long-stay psychiatric patients and social deprivation // Br. J. Psychiatry, – 1992. 161, – p. 621-624.
125. Townsend, W, Glasser, N. Recovery: The heart and soul of treatment // Psychiatric Rehabilitation Journal, – 2003. 27(1), – p. 83-86.
126. Tulloch, A.D., David, A.S., Thornicroft, G. Exploring the Predictors of Early Readmission to Psychiatric Hospital // Epidemiology Psychiatr. Sci., – 2015. 23, – p. 1-13.
127. Tulloch, A.D., Fearon, P., David, A.S. Length of stay of general psychiatric inpatients in the United States: systematic review // Adm. Policy Ment. Health, – 2011. 38, – p. 155-68.
128. Tulloch, A.D. Associations of homelessness and residential mobility with length of stay after acute psychiatric admission / A.D.Tulloch, M.R.Khondoker, P.Fearon [et al.] // BMC Psychiatry, – 2012. 12, – p. 121.
129. van der Merwe, M. Locked doors in acute inpatient psychiatry: a literature review / M.van der Merwe, L.Bowers, J.Jones [et al.] // J. Psychiatr. Ment. Health Nurs., – 2009. 16(3), – p. 293-299.
130. Vandyk, A.D. Frequent emergency department use by individuals seeking mental healthcare: a systematic search and review / A.D.Vandyk, M.B.Harrison, E.G.Van denKerkhof [et al.] // Arch Psychiatr Nurs., – 2013. 27(4), – p. 171-178.
131. Veer, J.T. Determinants that shape public attitudes towards the mentally ill / J.T.Veer, H.F.Kraan, S.H.Drosseart [et al.] // Dutch public study. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol., – 2006. 41, – p. 310-317.
132. Vigo, D., Thornicroft, G., Atun, R. Estimating the true global burden of mental illness // Lancet Psychiatry, – 2016. 3, – p. 171-178.
133. Vigod, S.N., Kurdyak, P.A., Dennis, C.L. Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review // Br. J. Psychiatry, – 2013. 202(3), – p. 187-194.

Vladu, C. No Health Without Mental Health / C.Vladu, A.Novac, A.Preda [et al.] // Ment. Illn., – 2016. 8 (2), – p. 6609.

1. Votruba, N., Thornicroft, G., FundaMental, S.D.G. Steering Group. Sustainable development goals and mental health: learnings from the contribution of the FundaMentalSDG global initiative // Glob. Ment. Health (Camb), – 2016. (3), – p. 26.
2. Votruba, N. A systematic review of frameworks for the interrelationships of mental health evidence and policy in low- and middle-income countries / N.Votruba, A.Ziemann, J.Grant [et al.] // Health Res. Policy Syst., – 2018. 16(1), – p. 85.
3. Walker, J.S. Children’s stigmatization of childhood depression and ADHD: Magnitude and demographic variation in a national sample / J.S.Walker, D.Coleman, J.Lee [et al.] // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, – 2008. 47(8), – p. 912-920.
4. Wallace, C., Mullen, P.E., Burgess, P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders // Am. J. Psychiatry, – 2004. 161(4), – p. 716-727.
5. Wallcraft, J. Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers / J.Wallcraft, M.Amering, J.Freidin [et al.] // World Psychiatry, – 2011. 10(3), – p. 229-236.
6. Ware, N.C. CONNECT: a measure of continuity of care in mental health services. / N.C.Ware, B.Dickey, T.Tugenberg [et al.] // Ment. Health Serv. Res., – 2003. 5(4), – p. 209-21.
7. Ware, N.C., Hopper, K., Tugenberg, T. Connectedness and citizenship: redefining social integration // Psychiatric Services, – 2007. 58. – p. 469-474.
8. Warnke, I., Rössler, W, Herwig, U. Does psychopathology at admission predict the length of inpatient stay in psychiatry? Implications for financing psychiatric services // BMC Psychiatry, – 2011. 11, – p. 120.
9. Watson, A.C., Corrigan, P.W., Angell, B. What Motivates Public Support for Legally Mandated Mental Health Treatment? // Social Work Research, – 2005. 29 (2), – p. 87-94.
10. Whiteford, H.A. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. / H.A.Whiteford, L.Degenhardt, J.Rehm [et al.] // Lancet, – 2013. 382, – p. 1575-1586.
11. Whitley, R. The antipsychiatry movement: dead, diminishing, or developing? // Psychiatr. Serv., – 2012. 63(10), – p. 1039-41.
12. Wing, J.K. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development / J.K.Wing, A.S.Beevor, R.H.Curtis [et al.] // Br. J. Psychiatry, – 1998. 172, – p. 11-8.
13. Wing, JK. Institutionalism and institutionalization // J. Forensic Psychiatr., – 1962. 11, – p. 7-10.
14. Winkler, P. A blind spot on the global mental health map: a scoping review of 25 years' development of mental health care for people with severe mental illnesses in central and Eastern Europe / P.Winkler, D.Krupchanka, T.Roberts [et al.] // Lancet Psychiatry, – 2017. 4(8), – p. 634-642.
15. Winston, M. The Bethel at Norwich: an eighteenth-century hospital for lunatics // Med Hist., – 1994. 38(1), – p. 27-51.
16. World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca). Integrating mental health into primary care : a global perspective. Geneva, – 2008, – p. 206.
17. World Health Organization International Working Group for Drug Statistics Methodology. Introduction to drug utilization research [Internet]. Geneva: WHO Collaborating Centre for Drug Utilization Research and Clinical Pharmacology; 2003 [cited 2012 Nov 1]: http://www.whocc.no/filearchive/publications/drug\_utilization\_research.pdf.
18. World Health Organization. Guidelines for the promotion of human rights of persons with mental disorders. Geneva: World Health Organization, 1996: http://apps.who.int/iris/handle/10665/41880
19. World Health Organization. Depression: Fact sheet. Geneva, Switzerland: updated 2017 Feb. Available from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/
20. World Health Organization. Guideline for ATC classification and DDD assignment 2010. WHO collaborating centre for drug statistics methodology. Oslo – 2009.
21. World Health Organization. How to investigate drug use in health facilities: selected drug indicators, action program on essential drugs (DAP), Geneva, – 1993.
22. World Health Organization. Introduction to drug utilization research. 2003. Available from: http://www.WHO.int.061130 .
23. World Health Organization. Mental health action plan 2013 – 2020, World Health Organization, Geneva, – 2013. – p. 48.
24. World Health Organization. Mental health, human rights and standards of care: Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region. Copenhagen. – 2018. – p. 44.
25. World Health Organization. Organization of services for mental health (Mental Health Policy and Service Guidance Package).Geneva, – 2003. – p. 73.
26. World Health Organization. Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options: Summary Report. Geneva: WHO; 2004. 66 p.
27. World Health Organization. Rational use of Medicines. Available at http://www.who.int/medicines/areas/rational\_use/en/index.html; – 2010.
28. World Health Organization. Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders: mental health Gap Action Programme (mhGAP) Geneve: WHO; – 2008.
29. World Health Organization. WHO QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva, World Health Organization, Geneva; – 2012. – p. 93.
30. World Psychiatric Association. Madrid Declaration on Ethical Standards forPsychiatric Practice. World Psychiatric Association, – 1996. http://www.wpanet.org
31. World Health Organization. ‎The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope // World Health Organization, – 2001. – 178 p.
32. Yuan, Q., Abdin, E., Picco, L. Attitudes to Mental Illness and Its Demographic Correlates among General Population in Singapore. Laks J, ed. PLoS ONE. – 2016. 11(11), – e0167297.
33. Zhang, J., Harvey, C., Andrew, C. Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. Aust New Zeal J Psychiatr. – 2011. 45(7), – p. 578-585.
34. Zhou, Y. Retrospective assessment of factors associated with readmission in a large psychiatric hospital in Guangzhou, China. / Y.Zhou, R.A.Rosenheck, S.Mohamed [et al.] // Shanghai Archives of Psychiatry. – 2014. 26(3), – p. 138-148.

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

**Приложение 1. Анкета по изучению общественного отношения к людям с психическими расстройствами**

Cins ❒ Kişi ❒ Qadın

Yaş \_\_\_\_\_\_ Ailə statusu ❒ Subay ❒ Evli ❒ Boşanmış ❒ Dul

Təhsil ❒ ibtidai ❒ natamam orta ❒ orta ❒ orta ixtisaslı ❒ natamam ali ❒ ali

Məşqulyyət \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yaşayış yeri ❒ Kənd ❒ Şəhər

Bölgə ❒ Bakı ❒ Bakı kəndləri ❒ Gəncə ❒ Şəki ❒ Quba ❒ Lənkaran

Psixi xəstəliyinə görə əlil olan insanı tanıyırsınız?

❒ Hə, o mənim ailə üzvümdür ❒ Hə, o mənim qonşumdur

❒ Hə, o mənim tanışım/uzaq qohumumdur ❒ Yox, tanımıram ❒ Digər \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. *Psixi problemi olan insan nə deməkdir? O insanı təsvir edin*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

99. З/О (Bu anlayış mənə tanış deyil)

## 2. Psixi problemi olan insan haqqında nə düşünürsünüz? Aşağıdakılardan üçünü seçin.

|  |
| --- |
| 1. ... onlarda qısamüddətli və uzunmüddətli, təfəkkü davranış və emosiyanal pozuntu olur |
| 2. ... onlarda intellekt səviyyəsi aşağıdır |
| 3. ... onlar depressiyadan əziyyət çəkirlər |
| 4. ... onlar hətta adi qərarları qəbul edə bilmirlər |
| 5. ... onların şəxsiyyəti parçalanır |
| 6. ... оnlar patologiya ilə anadan olurlar |
| 7. ... onlar öz hərəkətlərinə cavabdeh deyillər |
| 8. ... onlar aqressiyaya meyillidirlər |
| 9. ... onlar şizofreniya və ya digər bir ağır xəstəlikdən əziyyət çəkirlər  10. … onların sağalma ehtimalı yoxdur |
| 99. bilmirəm, cavabım yoxdur |

4. Psixi problemi olan insanlar haqqında nə bilirsiniz?

5-ci şkalada göstərilən mülahizələrə öz fikrinizi bildirin. Diqqət yetirin sizin cavabınız sağ yoxsa sol sütuna yaxındır.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *1.* | Onlar cəmiyyətdən tam olaraq təcrid olunur. | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | Onlar cəmiyyətətam olaraq inteqrasiya olunur |
| *2.* | Onların təhsil almaq imkanları məhdutdur | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | Onların təhsil almaq imkanları sərbəstdir |
| *3.* | Onlarxüsusi psixiatriya müəssəsələrində yaşayır | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | Onlar ailələri ilə yaşayır |
| *4.* | Onlara işləməyə və pul qazanmağa qadağa qoyulub | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | Onlar işləyə və pul qazana bilərlər |
| *5.* | Onlar evlənə və uşaq dünyaya gətirə bilərlər | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | Onlar evlənə və uşaq dünyaya gətirə bilməzlər |
| *6.* | Onlar yalnız xüsusi tibb müəssəsələrində və xüsusi mütəxəssislərlə müalicə ala bilərlər | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | Onlar adi tibb müəssəsələrində müalicə ala bilərlər |
| *7.* | Xəstəliklərinə görə onların həyat məqsədləri digər insanların həyat məqsədlərindən fərqlidir | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | Onların həyat məqsədləri digər insanların məqsədlərilə eynidir |
| *8.* | Onların müalicəsi qeyri-konüllü şəkildə aparılır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Onları müalicə haqqında məlumtlandırıb, razılıq almaq lazımdır |

5. Psixi problemi olan insanların həyatları haqqında məlumatlara rast gəlmisinizmi? Harad rastlaşdığınızı qeyd edin.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Məlumat mənbəsi | |  | |
| 1. | KİV (qəzet, radio, televizor) |  | |
| 2. | Dostlardan, tanışlardan, qohumlarda, kolleqalardan |  | |
| 3. | Psixi pozuntusu olan insanlardan |  | |
| 4. | Çap olunan materiallardan ( buklet, broşura və s.) |  | |
| 5. | Mütəxəssislərdən (psixiatr, psixoloq, digər həkimlər) |  | |
| 6. | Bədii filmlət və kitablardan |  | |
| 7. | Digər \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | |
| 8. | Heç vaxt belə məlumatla rastlaşmamışam | 99 | |
| 9. | Belə məlumat almaq istəmirəm |  | |

6.Sizin fikrinizcə bizim cəmiyyətdə psixi pozuntuları olan insanlara münasibət necədir? 5-ci şkalada gostərilən mülahizələrə münasibətinizi bildirin. 1- qətiyyən razı deyiləm, 5-tamamilə razıyam

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Qətiyyən razı deyiləm | Demək olar ki razı deyiləm | Müəyyənləşdirə bilmirəm | Demək olar ki razıyam | Tam razıyam |
| İnsanların əksəriyyəti psixi problemləri olan insanlarla normal ünsiyyət yarada bilər | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| İnsanların əksəriyyəti psixi problemləri olan insanlarla birlikdə oxumağa, işləməyə razıdırlar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| İnsanların əksəriyyəti öz uşaqları ilə psixi problemləri olan uşaqların birlikdə təhsil almaqlarına razıdırlar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| İnsanların əksəriyyəti psixi problemi olan insanların ailə həyatı qurmasına və uşaq dünyaya gətirməsinə normal münasibət bəsləyir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Belə bir fikir var ki psixi pozuntusu olan insanlar cəmiyyətdən təcrid olunmalıdır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Belə bir fikir var ki psixi pozuntusu olan insanlar cəmiyyətdə yaşamalıdır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Belə bir fikir var ki psixi pozuntusu olan insanlar digər insanlar üçün təhlükəlidir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Belə bir fikir var ki psixi pozuntusu olan insanlar cəmiyyət üçün yararsızdırlar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Psixi problemi olan insanların cəmiyyətə inteqrasiyası üçün ölkəmizdə bütün şəraitlər var | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7. Sizin fikrinizcə nə qədər insan həyatı boyu ciddi psixi problemdən əziyyət çəkə bilər? *Birini seçin.*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 1000-dən 1-i | 4. 10-dan 1-i |
| 2. 100-dən 1-i | 5. 4-dən 1-i |
| 3. 50-dən 1-i | 6. 1 və ya2 nəfər 7. *N/N* |

**Приложение 2. Краткая шкала оценки психотических симптомов (Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS)**

Xəstənin Adi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Amb. kart/x/tarixi №\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Əlamətlər** | Müalicədən əvvəl | 1-ci təkrar müayinə | **2-ci təkrar müayinə** |
| Tarix\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Tarix\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Tarix\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Somatik narahatçılıq | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. Təşviş | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. Emosional kənarlaşma | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. Təfəkkür pozuntuları | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. Günah hissi | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. Gərginlik | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. Manerlik və poza alma | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8. Özünüböyütmə ideyaları | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9. Depressiv əhval-ruhiyyə | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 10. Düşmənçilik | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 11. Şübhələnmə | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 12. Hallüsinasiya | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 13. Hərəkətlərin ləngiməsi | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 14. Ünsiyyətdə qapalılıq | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 1. Fikirlərin qeyri –adi məzmunu | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 16. Affektin kütləşməsi | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 17. Oyanıqlıq | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 18. Dezorientasiya | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| Ümumi ball |  |  |  |

**Приложение 3.Профиль жизненных навыков (Life Skills Profile, LSP-16)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Söhbəti başlamaq və ya davam etdirmək şəxsin özünə çətindirmi? | Çətinliklər yoxdur | Yüngül  çətinliklər | Orta dərəcəli çətinliklər | Ifrat dərəcədə çətinliklər |
| 2. Şəxs sosial əlaqələrdən kənar qalırmı? | Kənar  qalmır | Qismən kənar qalır | Orta dərəcədə kənar qalır | Praktik olaraq tam surətdə kənar qalır |
| 3. Şəxs digər insanlara istilik, yaxınlıq göstərirmi? | Nəzərə çarpan dərəcədə göstərir | Orta dərəcədə göstərir | Zəif şəkildə göstərir | Heç göstərmir |
| 4. Şəxs öz xarici görünüşünə nə dərəcədə qulluq edir? (saç daramaq, düzətlmək, çimmək, üz qırxmaq) | Özünə yaxşı qulluq edir | Kifayət qədər özünə qulluq edir | Pis qulluq edir | Çox pis qulluq edir |
| 5. Şəxs öz paltarlarının təmizliyinə diqqət yetirirmi? | Yaxşı diqqət yetirir | Kifayət qədər diqqət yetirir | Pis diqqət yetirir | Çox pis diqqət yetirir |
| 6. Şəxs fiziki sağlamlığına laqeydlik göstərirmi? | Laqeydlik göstərmir | Problemə cüzi şəkildə əhəmiyyət vermir | Nəzərə çarpacaq dərəcədə problemə əhəmiyyət vermir | Tam şəkildə probleminə diqqət yetirmir |
| 7. Şəxs ətrafdakılara münasibətdə aqressivdirmi? | Tamamilə aqressiv deyil | Bəzən | Vaxtaşırı | Tez-tez |
| 8. Şəxs dostluq münasibətlərini yaratmaq və ya davam etdirməyə qabildirmi? | Tamamilə qabildir | O qədər də nəzərə çarpmayan çətinliklər hiss edir | Nəzərə çarpan çətinliklər hiss edir | Münasibət yaratmağa acizdir |
| 9. Şəxs düzgün qidalanırmı? | Problem yoxdur | Yüngül problemlər | Orta dərəcəli problemlər | Ifadə olunmuş problemlər |
| 10. Şəxs təyin olunmuş müalicənin, dərmanların qəbuluna riayət edirmi? (yada salmadan, xatırlatmadan ) | Tamamilə riayət edir | Hər zaman riayət etmir | Tez-tez riayət etmir | Heç vaxt riayət etmir |
| 11. Şəxs həkimin təyin etdiyi müalicəni qəbul etməyə razıdırmı? | Həmişə | Adətən | Nadir hallarda | Heç vaxt |
| 12. Pasient həkim və digər mütəxəssislərlə əməkdaşlığa gedirmi? | Həmişə | Adətən | Nadir hallarda | Heç vaxt |
| 13. Ümumi yaşama prosesində şəxsin digər insanlarla problemi olurmu? (konfliktlər, qaçma) | Praktik olaraq problem yoxdur | Yüngül problemlər | Orta ifadəli problemlər | Ifadə olunmuş problemlər |
| 14. Şəxsdə sosial yolverilməz davranışlar müşahidə olunurmu? (seksual davranış da daxil olmaqla) | Heç vaxt | Bəzən | Vaxtaşırı | Tez-tez |
| 15. Şəxs özünü məsuliyyətsiz aparırmı? | Heç vaxt | Bəzən | Vaxtaşırı | Tez-tez |
| 16. Şəxsin əmək qabiliyyəti necədir (hətta işi yoxdursa, təqaüdçü və ya evdardırsa) | Tamamilə qabildir | Qismən qabildir | Yalnız qorunan mühitdə işləmək qabiliyyəti | Tamamilə əmək qabiliyyəti yoxdur |

**Şkalalar üzrə yekun**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Şkalalar** | Bölmələr | Ballar |
| **А. Sosial izolyasiya**  1. Ünsiyyət zamanı çətinliklər  2. Sosial əlaqələrdən kənar qalma  3. İsti, yaxınlıq hisslərini göstərmək  8. Dostluq münasibətlərini davam etdirmək | 0-3  0-3  0-3  0-3 | 0-12 |
| **В. Özünəqulluq**  4. Xarici görünüş  5. Geyimin təmizliyi, səliqəliliyi  6. Sağlamlığa laqeydlik  9. Düzgün qidalanma  16. Əmək qabiliyyəti | 0-3  0-3  0-3  0-3  0-3 | 0-15 |
| **С. Əməkdaşlıq**  10. Dərmanlarının qəbuluna riayət etmək  11. Təyin edilən malicəni qəbul etməyə razılıq  12. Sağlamlıq xidmətləri ilə əməkdaşlıq etmək | 0-3  0-3  0-3 | 0-9 |
| **D. Antisosiallıq**  7. Aqresssiya  13. Ətrafındakılarla problemlər  14. Yolverilməz davranış  15. Məsuliyyətsiz davranış | 0-3  0-3  0-3  0-3 | 0-12 |
| **Е. Ümumi bal** | **0-48** |  |

**Приложение 4. Национальная шкала исходов (Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Əgər məlum deyilsə 9 ilə qiymətlən**  **dirin** | **Bal** |
| **линия** | | | |
| **1** | Hiperaktiv, aqressiv və ya oyanıq davranış | 0 1 2 3 4 |  |
| **линия** | | | |
| **2** | Qəsdən özünə zərərvurma | 0 1 2 3 4 |  |
| **линия** | | | |
| **3** | Alkoqol və ya narkotiklərdən istifadə ilə bağlı problemlər | 0 1 2 3 4 |  |
| **линия** | | | |
| **4** | Koqnitiv problemlər | 0 1 2 3 4 |  |
| **линия** | | | |
| **5** | Fiziki xəstəliklər və ya əlillik ilə əlaqədar yaranan problemlər | 0 1 2 3 4 |  |
| **линия** | | | |
| **6** | Halusinasiya və sayıqlama ilə əlaqəli olan problemlər | 0 1 2 3 4 |  |
| **линия** | | | |
| **7** | Depressiya ilə əlaqəli olan problemlər | 0 1 2 3 4 |  |
| **линия** | | | |
| **8** Digər psixi və davranış problemləri | | | |
| **линия** | | | |
|  | (Pozuntunu göstərin: A, B, C, D, E, F, G, H, I və ya J) | 0 1 2 3 4 |  |
| **линия** | | | |
| **9** | Münasibətlər ilə əlaqəli olan problemlər | 0 1 2 3 4 |  |
| **линия** | | | |
| **10** | Gündəlik həyatla bağlı olan problemlər | 0 1 2 3 4 |  |
| **линия** | | | |
| **11** | Mənzil şəraiti ilə bağlı olan problemlər | 0 1 2 3 4 |  |
| **линия** | | | |
| **12** | Məşğulluq və fəaliyyət ilə əlaqəli olan problemlər | 0 1 2 3 4 |  |
| **линия** | | | |
|  | **Ümumi bal** | 0-48 |  |

**Приложение 5. Шкала оценки социальной и функциональной адаптации (Social and Occupational Functioning Assessment Scale, SOFAS)**

**Qeyd : qiymətləndirərkən müvafiq olan orta ballardan da istifadə edin, məsələn, 45, 68, 72 və s.**

100 -91 Fəaliyyətin geniş diapozununda iş bacarığının yaxşılaşması

90-81 Peşə və sosial effektlər ilə birlikdə bütün sferalarda yaxşı fəaliyyət göstərmək

80-71 Sosial, peşə və ya məktəb fəaliyyətində cüzi pozuntulardan artıq olmayan problemlər (məsələn, şəxsiyyətlərarası münasibətlərdə nadir hallarda konflikt, müvəqqəti olaraq məktəb işində müvəffəqiyyətsizlik)

70-61 Sosial, peşə və ya məktəb fəaliyyətində bəzi çətinliklər, lakin ümumilikdə fəaliyyət yaxşıdır, bəzi mənasız şəxsiyyətlərarası münasibətlər mövcuddur

60 -51 Sosial, peşə və ya məktəb fəaliyyətində orta dərəcədə çətinliklər (məsələn, dostlarının çox az sayda olması, həmyaşıdları və ya əməkdaşlar ilə konfliklər yaşaması)

50-41 Sosial, peşə və ya məktəb fəaliyyətində ciddi pozuntular (məsələn, heç bir dostu yoxdur, əlindəki işi saxlamaq iqtidarında deyil)

40-31 İş, məktəb və ya ailə münasibətləri kimi bəzi sahələrdə böyük problemlər (depressiyada olduğu üçün dostlarından qaçır, ailəyə etinasızlıq göstərir, işləmək iqtidarında deyil; uşaq tez-tez kiçik yaşlı uşaqları döyür, evdə itaətsizlik, məktəbdə müvəffəqiyyətsizlik göstərir)

30-21 Praktik olaraq demək olar ki, heç bir sahədə işləyə bilməmə bacarığı (məsələn, bütün günü çarpayıda uzanıb qalmaq; iş, ev və ya dostlar yoxdur)

20-11 Bəzən cüzi şəxsi gigiyenaya riayət etmir; sərbəst şəkildə fəaliyyət göstərmək iqtidarında deyil

10-1 Ən cüzi şəxsi gigiyenayı davam etdirmək iqtidarında ola bilməmək. Fəaliyyət göstərən zaman özünə və ya başqalarına zərər vurur və ya digər şəxslərin köməyinə ehtiyac duyur (məsələn, tibb bacının köməyi və nəzarətçi)

0 Qeyri-adekvat, qeyri-kafi informasiya, məlumat

**Приложение 6.Шкала позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)**

Xəstənin Adi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Amb. kartasının/xəstəlik tarixinin №\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Əlamətlər** | **Müalicədən qabaq** | **1-ci təkrar müayinə** |
| Tarix\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Tarix\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **POZİTİV SİMPTOMLAR CƏDVƏLİ (P)** | | |
| 1. Sayıqlama | 0 1 2 3 4 5 6 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 2. Təfəkkürün pozuntuları | 0 1 2 3 4 5 6 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 3. Hallüsinator davranış | 0 1 2 3 4 5 6 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 4. Oyanıq hal | 0 1 2 3 4 5 6 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 5. Özünüböyütmə | 0 1 2 3 4 5 6 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 6. Şübhələnmə/təqib | 0 1 2 3 4 5 6 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 7. Düşmənçilik | 0 1 2 3 4 56 | 0 1 2 3 4 56 |
| **Produktiv əlamətlərin ağırlığını** |  |  |
| **NEQATİV SİMPTOMLAR CƏDVƏLİ (N)** | | |
| 1. Affektin kütlənməsi | 0 1 2 3 4 5 6 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 2.Emosional aralaşma | 0 1 2 3 4 5 6 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 3.Zəif (təmas) | 0 1 2 3 4 5 6 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 4. Passiv / apatik sosial aralaşma | 0 1 2 3 4 5 6 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 5. Mücərrədləşdirmə pozuntuları | 0 1 2 3 4 5 6 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 6. Nitqin spontanlığı vəsəlisliyin çatışmamazlığı | 0 1 2 3 4 5 6 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 7. Təfəkkürün stereotipiyası | 0 1 2 3 4 56 | 0 1 2 3 4 56 |
| **Neqativ əlamətlərin ağırlığını** |  |  |
| **Kompozit İndeksi** | pozitiv əlamətlər – (minus) neqativ əlamətlər) | |
| **ÜMUMİ PSİXOPATOLOGİYA CƏDVƏLİ (G)** | | |
| 1.Somatik narahatçılıq | 0 1 2 3 4 5 6 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 2. Təşviş | 0 1 2 3 4 5 6 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 3. Günah hissi | 0 1 2 3 4 5 6 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 4. Gərginlik | 0 1 2 3 4 5 6 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 5.Manerlik və poza almaq | 0 1 2 3 4 5 6 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 6.Depressiya | 0 1 2 3 4 5 6 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 7.Motor fəaliyyətinin ləngiməsi | 0 1 2 3 4 56 | 0 1 2 3 4 56 |
| 8. Əməkdaşlığa qapalılıq | 0 1 2 3 4 5 6 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 9. Fikirlərin qeyri-adi məzmunu | 0 1 2 3 4 5 6 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 10. Bələdliyin pozulması | 0 1 2 3 4 5 6 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 11. Diqqətin pozulması | 0 1 2 3 4 5 6 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 12. Qavramanın və tənqidin pozulması | 0 1 2 3 4 5 6 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 13. İradə pozuntuları | 0 1 2 3 4 5 6 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 14. İmpulsiv davranış (Təcavüzkarlıq) | 0 1 2 3 4 56 | 0 1 2 3 4 56 |
| 15. Psixi təəssüratlara qapanma | 0 1 2 3 4 5 6 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 16. Aktiv sosial uzaqlaşma | 0 1 2 3 4 56 | 0 1 2 3 4 56 |
| **Digər psixi pozuntuların ağırlığını** |  |  |

Əlamətlərin ağırlığı 6 ballı cədvəllə qiymətləndirilir. **Yoxdur – 0,Cüzi ifadə olunmuş – 1,Yüngül – 2, Orta – 3,Əhəmiyyətli dərəcədə ifadə olunmuş – 4,Ağır – 5, Kəskin dərəcədə ifadə olunmuş – 6**

**Приложение 7. Шкала критики Бирчвуда (Birchwood Insight Scale, BIS)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Razıyam** | **Razı deyiləm** | **Bilmirəm** |
| 1. | Bəzi simptomlar mənim beyinimdə yaranıb |  |  |  |
| 2. | Mən həmişə psixi sağlam idim |  |  |  |
| 3. | Mənim dərmanlara ehtiyacım yox idi |  |  |  |
| 4. | Stasionarda qalmağım zəruri idi |  |  |  |
| 5. | Həkim mənə dərman təyin etməyində haqlı idi |  |  |  |
| 6. | Həkim-psixiatrın müayinəsi mənə lazım deyildi |  |  |  |
| 7. | Mənə desə idi ki məndə əsəbilik və ya ruhi xəstəlik var, onlar haqlı olardı |  |  |  |
| 8. | Məndə olan qəribə şeylər heç biri xəstəliyə bağlı deyildi |  |  |  |

**Приложение 8. Опросник отношения к лекарствам (Drug Attitude Inventory, DAI)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Hə** | **Yox** |
|  | Dərman daha çox xeyir verir, nəinki ziyan |  |  |
|  | Dərman qəbul etdikdə özümü “key” kimi qəribə hiss edirəm |  |  |
|  | Dərman müalicəmi könüllü qəbul edirəm |  |  |
|  | Dərman qəbul etdikdə özümü daha rahat hiss edirəm |  |  |
|  | Dərman qəbul etdikdə özümü yorğun və əzgin hiss edirəm |  |  |
|  | Yalnız xəstəlik zamanı dərman qəbul edirəm |  |  |
|  | Dərman qəbul etdikdə özümü daha sağlam hiss edirəm |  |  |
|  | Bədəni və düşüncəni dərmanla nəzarətdə saxlamaq düzgün deyil |  |  |
|  | Dərman içdikdə daha aydın fikirlərim olur |  |  |
|  | Dərman müalicəsi xəstəliyin kəskinləşməsinin qarşısını alır |  |  |

**Приложение 9. Опросник социальных знаний (Social Knowledge Questionnaire, SKQ)**

1. Boşanma hallarının artmasını nə ilə əlaqələndirisiniz?

a. Doğum sayının artması ilə

b. Ətrafdapolislərincoxolması ilə

c. Qiymətlərincoxbahaolması ilə

d. Boşanmaqanunlarının çoxrahatolması ilə

2. Sizinfikirinizcə polis özişiniqəflətəndayandırsanə baş verə bilər ?

a. İntihar sayı artar.

b. Küçədə insanlar coxalar.

c. Cinayətlər artar.

d. Efirdə polislər haqqında filmlərin sayı azalar.

3. Sizin fikirinizcə küçədə münaqişə edən şəxslərə nə demək daha düzgün olardı ?

a. Mən düşünürəm ki siz ağıllısınız .

b. Polis yaxınlaşır.

c. Bunu dayandırın, siz işinizi itirə bilərsiniz.

d. Bunu dayandırın, Valideynlərinizi incitməyin.

4. Niyə bəzi insanlar qumara alüdə olurlar ?

a. Onlara hər zaman həvəs lazımdır .

b. Onların valideynləri məsuliyyətsiz olub

c. Onlar pul itirməyi xoşlayır

d. Onların ağlı yoxdur

5. Sizin evinizdə uzun müddət qalan tanışınıza nə deyərdiz ?

a. Evimi tərk elə. Sənin çox qalmağından bezdim .

b. Sənin başqa işin yoxdurmu?

c. Bağışlayin. Mənim görüşüm var .

d. Daha çay qalmayıb .

6. Sən qonşusu tərəfindən ələ salınan dostuna nə deyərdin?

a. Narahat olma, sənin qonşunu heç kim bəyənmir .

b. Onun bağçasına zibil tökə bilərsən?

c. Sən buna layiqsən, çünki sən narahat adamsan.

d. Sən heçnə edə bilmərsən, dözməlisən.

7. Nəyə görə əkizlər arasında emosional oxşarlıq var?

a. Onlar eyni qidalanırlar.

b. Onların eyni xüsusiyyətləri irsidir .

c. Onlara ad günlərində eyni hədiyyələri veriblər .

d. Onlar qəribə olduğu üçün heçkim onlarla oynamır .

8. Hansı insanlardan ən yaxşı vəkil ola bilər?

a. Öz hökümətindən narazı insanlardan.

b. Çox danışan insanlardan.

c. Siqaret və içkidən istifadə etməyən insanlardan.

d. Nəzərindən heçnə yayınmayan insanlardan.

9. Əgər sən lotoreyanı udsan sənin gələcək həyatını gəlir növü təmin edər ?

a. Avstraliyada qızıl mədəni almaq .

b. Pulunu yenidən lotoreyaya yatırmaq.

c. Saxlamaq üçün qonşuna vermək .

d. Öz yaşadığın ölkədə yatırım etmək.