



Рисунок 1 — Схема сбора данных об обращениях в медицинские организации

При формировании сведений должны учитываться все требования Федерального законодательства о порядке ведения индивидуального персонифицированного учета сведений пациентов.

Основой автоматизированной информационной системы, обеспечивающей персонифицированный учет состояния здоровья и факторов, влияющих на возникновение и течение заболеваний у каждого пациента, является медико-социальная электронная карта здоровья пациента.

Для обеспечения учета случаев медицинской помощи больным могут использоваться типовые программные комплексы, предназначенные для формирования базы данных по учету оказанной медицинской помощи.

Для автоматизированного персонифицированного учета состояния здоровья и эффективности, проводимых лечебно-диагностических мероприятий при оказании медицинской помощи больным необходимо формирование информационных потоков, учитывающих не только медицинские факторы, но и состояние среды обитания, социальные условия, генетические факторы.

Медико-социальная карта пациента заполняется участковым терапевтом или врачом общей практики при обращении и регистрации в любой медицинской организации.

Применение медико-социальной электронной карты пациента позволяет не только накапливать информацию о состоянии здоровья пациента и факторах, влияющих на течение гипертонической болезни, определять оптимальную схему лечения и планировать профилактические мероприятия среди населения.

УДК 616.89-036.8:167/168

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ПСИХИАТРИИ

Шилова О. В.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

На современном этапе общественного развития вопросы качества медицинской помощи остаются актуальной и сложной проблемой общества.

Долгие годы качество оказываемой помощи оценивается по показателям модели конечного результата работы стационара и диспансера, а также по ретроспективному выборочному анализу истории болезни выписанных пациентов [1]. Проблема обеспечения качества психиатрической помощи сформировалась в настоящее время в самостоятельное направление психиатрии. Главной причиной столь повышенного внимания к ней является неудовлетворенность как пациентов, так и общества качеством этой помощи.

Современные тенденции в исследовании проблем, связанных с эпидемиологией и лечением психических расстройств, характеризуются смещением акцентов с классических

клинических подходов к более универсальным оценкам психического состояния, основанным на представлении о психическом здоровье как о совокупности психического, социального, физического благополучия и состояния равновесия личности и окружающей среды. Универсальным показателем благополучия индивидуума, уровня его адаптации и гармонии с окружающей средой, могут рассматриваться параметры, определяющие социальное функционирование и качество жизни [2]. Удовлетворенность потребителей услуг становится важным фактором качества оказываемой услуги.

Высокая стоимость всех видов лечения (особенно стационарного) при одновременном снижении государственного финансирования и росте объема оказываемых платных услуг требуют поиска новых методов и форм работы медицинских учреждений и персонала, а также новых подходов в оценке эффективности службы. Тенденции преобразования здравоохранения, в том числе в психиатрии, во всем мире направлены на снижение доли стационарного лечения и ресурсосберегающие технологии в сочетании с обеспечением эффективности и удовлетворенности потребителей (пациентов и их родственников).

Изменение психиатрии как науки, появление новых психофармакологических возможностей для лечения пациентов вносит существенные изменения в цели терапии и ожидаемые результаты. Если в прошлые десятилетия актуальной задачей психиатрии было выявление и изоляция пациентов, купирование психозов и состояний возбуждения, то задачей современной психиатрии становятся их оптимально возможная ресоциализация с максимально возможным сохранением качества жизни и уровня их социального функционирования.

Самостоятельной проблемой в современной психиатрии является значительное бремя семьи, где есть пациент с психическим расстройством. Оно проявляется как объективными, материальными трудностями (потеря дохода), так и субъективными проблемами (дистресс, стыд, вина). Пациенты психическими расстройствами часто становятся несамостоятельными, зависимыми в бытовом и социальном плане от родственников. Эмоциональный дискомфорт, связанный с чувствами стыда, вины и чрезмерная вовлеченность в жизнь больного родственника может существенно ограничивать их собственную жизнь.

Оценка выраженности бремени семьи (как материального, так и субъективного) — необходимый фактор оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий и качества психиатрической помощи в целом, по данным зарубежных исследований [3]. В нашей стране это достаточно новое направление.

Изучение качества жизни пациентов психическими расстройствами — одна из сложных проблем в методологическом плане. Это связано с большим количеством факторов [4]. Известно, что большинство современных инструментов для изучения качества жизни, связанного со здоровьем, основаны на субъективных самоотчетах пациентов в области вопросов, касающихся функционирования в различных сферах. Это социальное, семейное, эмоциональное, когнитивное, физическое и соматическое благополучие, оцениваемое самим пациентом.

Значительное количество пациентов психическими расстройствами не могут вполне адекватно оценить свое состояние. Можно выделить несколько проблемных групп.

Это пациенты в остром психотическом состоянии — из-за грубого искажения реальности клиническими психопатологическими симптомами, пациенты в состоянии деменции из-за грубых когнитивных нарушений и неспособности правильно оценивать необходимые факторы. Сложности возникают и с пациентами с шизофренической дефицитарной симптоматикой из-за когнитивных нарушений (высказывания пациентов могут отражать их искаженные болезнью представления). Среди наиболее значимых факторов, влияющих на оценку качества жизни, стоит считать расстройства настроения (как маниакальные, так и депрессивные синдромы в рамках различных заболеваний) и бредовое толкование реальности. Так, при маниакальном синдроме с повышенным жизненным тонусом, неоправданно позитивным восприятием себя, обстоятельств и перспектив, закономерно возникает диссоциация между реальным социальным функционированием (часто сниженным) и оценкой удовлетворенности качеством жизни (повышенной). При депрессивных синдромах наблюдается обратное соотношение — сниженное настроение, тонус и ангедония как

симптомы расстройства приводят к неоправданно пессимистичной оценке качества жизни при (возможно) достаточно устойчивой социальной адаптации [5].

Таким образом, исследование не позволяет создать репрезентативную выборку, но создает возможность для сравнительного анализа. Кроме того, в исследование не включаются пациенты, не давшие информированного согласия на исследование, как того требует Хельсинское соглашение по биоэтике [3].

В литературе рассматриваются различные подходы для коррекции данных. Чаще всего опросники дополняются данными клинико-психопатологических шкал (например, PANSS для пациентов психотическими расстройствами) и проводится коррекция результатов исследования. Достаточно часто используется одновременно несколько опросников в сочетании с оценкой уровня социального функционирования и клинико-социальными данными, а также бременем семьи [2, 4].

В проведенном на кафедре пилотном исследовании 20 пациентов шизофрений и невротическими (тревожными) расстройствами ставилась задача оценить принципиальную возможность перспективную информативность некоторых наиболее распространенных в зарубежной и русскоязычной литературе опросников. Были использованы опросники SF-36, а также ВОЗКЖ-100, SDS (краткий опросник по оценке трудоспособности Д. Шихана), русскоязычная версия Q-LES-Q-SF (Опросник по качеству жизни: оценка удовлетворенности и способности радоваться жизни) Д. Эндикотта в краткой и полной версиях, ZBI (опросник по ощущению обремененности, связанному с уходом за больным) Steven H. Zarit 1990, любезно предоставленный МАПИ по договору о возможности использования его для эпидемиологических исследований.

Было выявлено, что существенно ограничены возможности использования опросника ВОЗКЖ-100 из-за его большого объема и сложности вопросов. Для пациентов психотического регистра это становилось непреодолимым препятствием, для невротических пациентов было утомительным и приводило в ряде случаев к отказам.

Опросники SF-36, SDS и Q-LES-Q-SF в полной версии могут быть использованы и быть информативны для изучения качества жизни пациентов невротического спектра (небольшая выборка не позволяет анализировать результаты). ZBI для данного контингента не актуален в виду сохранности социальной адаптации пациентов. Для пациентов психотического спектра (шизофрения) возможными для исследования показали себя опросники SDS, Q-LES-Q-SF в краткой версии, ограниченно применим SF-36, актуален ZBI. Дополнение клиническими шкалами необходимо для коррекции результатов при выраженности психопатологической симптоматики (PANSS для шизофрении, шкалы тревоги и депрессии).

Разработка дифференцированных комплексов опросников для различных категорий пациентов является перспективным направлением изучения качества жизни пациентов психиатрического профиля. Адаптация их для белорусской популяции, внесение изменений в некоторые инструменты для удобства использования и повышения чувствительности к изменениям в процессе медико-социальной реабилитации позволит использовать их для оценки эффективности деятельности психиатрической службы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вардосанидзе, С. Л. Управление качеством психиатрической помощи населению Ставропольского края / С. Л. Вардосанидзе, И. А. Былим // Российский психиатрический журнал. — 2006. — № 5. — С. 13–16.
2. Ястребов, В. С. Основные положения концепции обеспечения качества психиатрической помощи / В. С. Ястребов, Т. А. Солохина // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2003. — Т. 103, № 5. — С. 4–10.
3. Ritsner, M. S. Predicting 10-year quality-of-life outcomes of patients with schizophrenia and schizoaffective disorders / M. S. Ritsner, A. Lisker, A. Grinshpoon // Psychiatry Clin Neurosci. — 2014. — Jan 9. doi: 10.1111/pcn.12135.
4. Демчева, Н. К. Новые подходы к оценке показателей качества жизни и социального функционирования психически больных и возможности их применения в эпидемиологических исследованиях / Н. К. Демчева // Российский психиатрический журнал. — 2006. — № 5. — С. 30–38.
5. Березанцев, А. Ю. Качество жизни больных шизофренией в различных группах населения (клинико-социальный и гендерный аспекты) / А. Ю. Березанцев, О. И. Митрофанова // Российский психиатрический журнал. — 2009. — № 3. — С. 26–34.