



К. О. Стаханов

УДК: 616.895.8-06:616.89-008.454-055.1-085.851

© **Стаханов Кирил Олегович (Україна)** – асистент кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги, Одеський національний медичний університет, пров. Валіховський, 2, м. Одеса, 65028; e-mail: psyhotip@gmail.com.

© **Kiril Stakhanov (Ukraine)** – Assistant of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychology and Social Assistance, Odessa National Medical University, 2, Valikhovsky Lane, Odessa, 65028; e-mail: psyhotip@gmail.com.

© **Стаханов Кирил Олегович (Украина)** – ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психологии и социальной помощи, Одесский национальный медицинский университет, пер. Валиховский, 2, г. Одесса, 65028; e-mail: psyhotip@gmail.com.

Том 4, № 8, 2017, стр. 63–72

ДОСВІД РОБОТИ СПІЛЬНОТНИХ ВИЌЗНИХ БРИГАД З ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У СФЕРІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ПОСТШИЗОФРЕНІЧНОЮ ДЕПРЕСІЄЮ

EXPERIENCE OF WORK OF COMMUNITY OUTREACH TEAMS FOR THE PROTECTION OF MENTAL HEALTH IN THE SPHERE OF ASSISTANCE TO PATIENTS WITH POST-SCHIZOPHRENIC DEPRESSION

ОПЫТ РАБОТЫ ОБЩЕСТВЕННЫХ ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПОСТШИЗОФРЕНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Summary. The article describes the results of their own research and the experience of using the model of the work of social outreach teams for the protection of mental health within the framework of complex medical and psychological support for patients with post-schizophrenic depression. The study was conducted during 2011–2017 on the basis of the CI «Odesa Regional Medical Center of Mental Health». Methods of research were: theoretical, socio-demographic, clinical-psychopathological, psychodiagnostic, catamnestic, statistical. The study involved 141 patients for post-schizophrenic depression, who were provided on an outpatient basis with specialized medical and psychosocial care at home and in the community's community. According to the results of the study, it is established that the implemented author medico-psychological support is effective and allows achieving significant improvement in the social functioning of patients with post-schizophrenic depression, improving the indicators of the psychoemotional and cognitive sphere, and significantly improving the quality of life of patients

Key words: post-schizophrenic depression, medical and psychological support, community outreach teams for the protection of mental health.

Аннотация. В статье изложены результаты собственного исследования и опыт использования модели работы общественных выездных бригад по охране психического здоровья в рамках комплексного медико-психологического сопровождения пациентов с постшизофренической депрессией. Исследование проводило в течение 2011–2017 гг. на базе КУ «Одесский областной медицинский центр психического здоровья». В работе использовались теоретический, социально-демографический, клиничко-психопатологический, психодиагностические, катamnестический, статистический методы. В исследовании участвовал 141 больной с постшизофренической депрессией, всем амбулаторно предоставлялась специализированная медицинская и психосоциальная помощь на дому и на территории проживания сообщества. По результатам исследования установлено, что реализованное во время работы авторское медико-психологическое сопровождение является эффективным и позволяет достичь значительного улучшения социального функционирования пациентов с постшизофренической депрессией, улучшить показатели психоэмоциональной и когнитивной сферы и значительно повысить качество жизни больных.

Ключевые слова: постшизофреническая депрессия, медико-психологическое сопровождение, общественные выездные бригады охраны психического здоровья.

Вступ

Сьогодні українська система надання допомоги пацієнтам із психічними розладами знаходиться на шляху деінституціоналізації. Скорочення ліжкового фонду психіатричних клінік є однією зі складових цього процесу, який неможливий без створення альтернативних послуг замість тих, що надавалися в умовах стаціонару [1].

Згідно з Європейським планом психічного здоров'я на 2013–2020 рр. найбільш сучасною альтернативою спостереженню у лікарні є організація спільнотних служб охорони психічного здоров'я, які можуть органічно доповнювати існуючу систему. При цьому наголошується на розвитку нових структур і розширенні ролі первинної ланки медичної психіатричної допомоги [2; 3]. Важ-

ливо, що **головним завданням** утворюваних **служб є інтеграція** пацієнтів із постшизофренічною депресією **у суспільство** – тобто робота орієнтована не лише на зменшення симптомів і поліпшення психологічного комфорту хворого, а й на побудову всієї системи реабілітації навколо значущих для пацієнта цілей з максимальним включенням особи з психічним захворюванням у соціальне життя [1; 4; 5]. Відповідно до Європейського плану психічного здоров'я на спільнотні служби покладено виконання певного обсягу послуг:

- надання інформації і засобів самодопомоги пацієнтам і членам їхніх родин для підтримки (робота з оточенням);
- лікування найпоширеніших порушень психічного здоров'я;
- профілактика, лікування та психосоціальна реабілітація людей із важкими та/або комплексними порушеннями психічного здоров'я за місцем їхнього проживання;
- госпіталізація в установи місцевого рівня – такі, як центри здоров'я або центральні районні лікарні (як надзвичайний захід, за необхідності інтенсивного лікування);
- підтримка персоналу будинків-інтернатів для осіб із хронічними розладами психічного здоров'я;
- інші види послуг на регіональному або центральному рівні, у тому числі – проведення судово-психіатричної експертизи [1; 2].

Одразу після виписки зі стаціонару пацієнт перенаправлюється до спільнотної служби, яка на перших порах перебування хворого вдома забезпечує його супровід та ретельне спостереження. Для цього створено окремі підрозділи – спільнотні виїзні бригади охорони психічного здоров'я. Вони надають допомогу переважно на дому, а в разі потреби – у лікувальному закладі, на базі якого діють або в якому перебуває пацієнт [1]. Таким чином, спільнотні служби під час домашнього візитування або прийому в спеціальному центрі надають реабілітаційну допомогу за місцем проживання, що врешті-решт сприяє значному скороченню часу перебування пацієнта у стаціонарі та є профілактикою рецидиву захворювання [6; 7].

Мета дослідження

Мета дослідження полягає у визначенні ефективності заходів авторського комплексного медико-психологічного супроводу.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проходило протягом 2011–2017 рр. на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я». До

участі було включено 141 хворого на постшизофренічну депресію (ПШД). На початку дослідження всі обстежувані були розділені за гендерною ознакою на 2 групи: 68 чоловіків склали першу групу, а 73 жінки – другу. Перед початком корекційних інтервенцій ці групи досліджуваних розподілили на 2 основні групи (ОГ) та 2 групи порівняння (ГП). До ОГ1 включили 37 чоловіків, а до ОГ2 – 39 жінок; до ГП1 увійшов 31 чоловік, а до ГП2 – 34 жінки.

Під час роботи використовувалися теоретичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катamnестичний, статистичний методи дослідження. Психодіагностичне дослідження проводилося з використанням шкали HADS/HARS та опитувальника Басса–Дарки. Вивчення соціально-психологічних особливостей проводили за допомогою опитувальника вольового самоконтролю (ВСК) А. Г. Зверкова та Е. В. Эйдемана та опитувальника суїцидального ризику (в модифікації Т. Н. Разуваєвої). Когнітивна сфера оцінювалась за методиками «10 слів» А. Р. Лурія (1995 р.), «Коректурна проба» Б. Бурдона (1995 р.) та методом піктограм. Дослідження якості життя пацієнтів проводилося за допомогою методики Й. Е. Меззіч, Н. Цоген, М. Руіперез, Й. Ліу, Г. Іоон, (1999 р.) [8].

На першому етапі дослідження здійснювали набір у групи за критеріями включення–виключення, вивчали соціально-демографічні характеристики обстежуваних чоловіків та жінок та проводили психодіагностику з метою з'ясування індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів з ПШД. У 100% з них за результатами психодіагностичного обстеження було виявлено порушення в окремих сферах:

- психоемоційній (високий рівень тривоги та депресії, агресивні тенденції);
- когнітивній (порушення уваги, пам'яті та мислення);
- психосоціальної (низький рівень адаптації, складнощі з самоконтролем в комунікації, ризик реалізації суїцидальної поведінки, зниження якості життя).

У межах дослідження визначено психокорекційні мішені, на які було спрямовано інтервенції комплексного медико-психологічного супроводу. Він проводився виключно ОГ і складався з двох етапів: перший проходив упродовж стаціонарного лікування та мав психокорекційну спрямованість; другий (психопрофілактичний, підтримуючий) – в амбулаторний період.

Результати дослідження та їх обговорення

На амбулаторному етапі в межах програми медико-психологічного супроводу було використано модель роботи спільнотних виїзних бригад з охорони психічного здоров'я. Вони працюють за підтримки ВООЗ в 4-х пілотних регіонах України (Донецькій, Сумській, Дніпропетровській та Одеській областях) із січня 2016 року.

В Одесі СВБОПЗ створено при КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я», який був клінічною базою для проведення дослідження. До складу спільнотної виїзної бригади з охорони психічного здоров'я (СВБОПЗ) входять фахівці медичних, психологічних, соціальних спеціальностей. А головним завданням є надання амбулаторної спеціалізованої медичної та психосоціальної допомоги особам із психічними розладами у них вдома та на території проживання спільноти. Мета такої роботи полягає у попередженні госпіталізації пацієнтів, мінімізації інвалідності та покращенні якості їхнього життя [1; 2].

Склад одеської СВБОПЗ, яка була задіяна на етапі надання допомоги пацієнтам з ПШД у межах досліджувальної роботи, наведено на **рис. 1**.

Для кожного з пацієнтів з ПШД було розроблено особисту програму реабілітації, яка ґрунтувалась на результатах визначення індивідуальних потреб пацієнта і стала основою для надання допомоги. Програма узгоджувалась членами СВБОПЗ із хворим та/або членом його сім'ї/законним представником і переглядалася через 30 днів від початку на-

дання допомоги, а у подальшому коригувалася відповідно до необхідності. Зміст та обсяг допомоги визначались персонально залежно від ступеня індивідуальної потреби кожного пацієнта та наявних ресурсів СВБОПЗ.

Реабілітаційна програма реалізовувалася за такими напрямками:

1. Медикаментозне лікування (призначалося за потребою та за показаннями до медикаментозної терапії психічних розладів відповідно до клінічних настанов та клінічних протоколів, що затверджуються Міністерством охорони здоров'я України).

2. Психосоціальна реабілітація:

- психоосвітня робота з пацієнтами та їхніми родинами щодо діагнозу та очікуваного перебігу захворювання, сучасних ефективних лікувальних підходів, особливостей медикаментозного лікування та можливої побічної дії препаратів;
- психоосвітні заходи, спрямовані на підвищення прихильності до лікування, залучення родичів до лікування та підвищення якості життя пацієнта;
- психологічне консультування та психокорекційна робота задля підтримки процесу одужання, вирішення можливих проблем та досягнення цілей, визначених у індивідуальній реабілітаційній програмі пацієнта;
- когнітивно-поведінкова, міжособистісна, сімейна та інші форми психотерапії, які мають за мету допомогти пацієнтові усвідомити особливості власного розладу та сутність терапевтичного процесу, а також відновлення соціального функціонування;

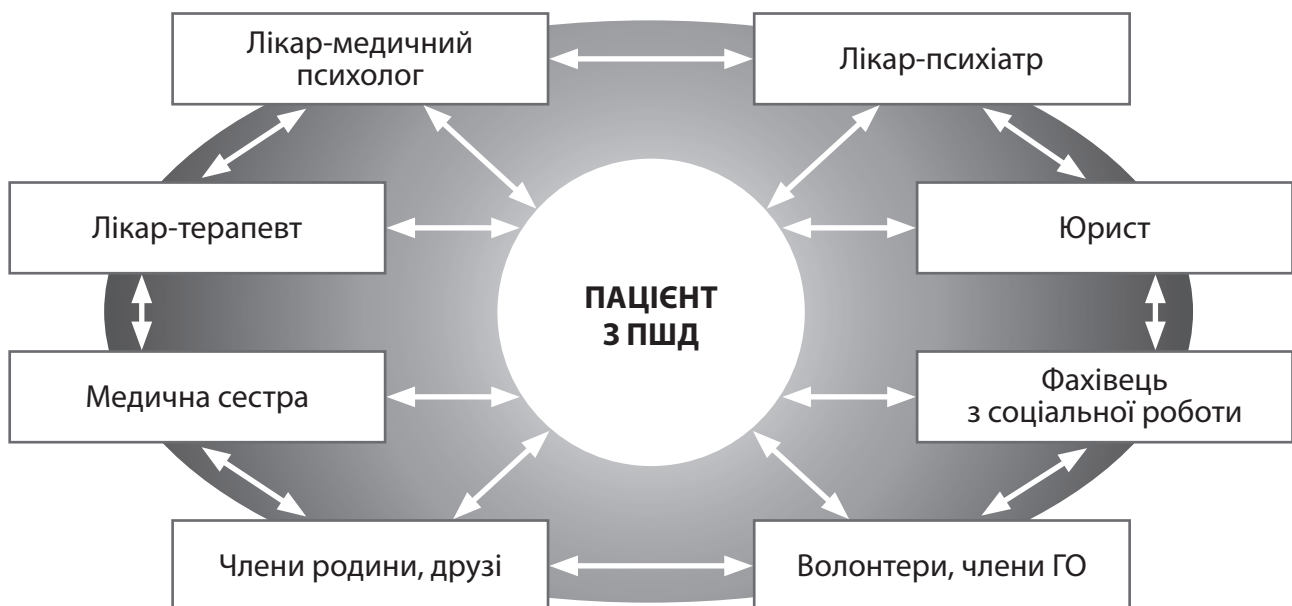


Рис.1. Склад СВБОПЗ для надання допомоги пацієнтам з ПШД

- навчання самомоніторингу та управлінню своїм станом;
- розробка індивідуального плану попередження рецидиву, який включав відомі провокуючі фактори та стратегії зменшення ризику рецидиву;
- тренінг соціальних та комунікативних навичок, який мав на меті сприяння соціальній інтеграції;
- консультування щодо забезпечення освітніх та професійних потреб, пошук можливостей та сприяння поверненню пацієнта до роботи, розвитку професійних навичок, а також ознайомлення зі стратегіями вирішення проблем на шляху досягнення таких цілей;
- навчання пацієнта навичкам самостійного проживання та догляду за собою задля покращення спроможності забезпечувати свої базові повсякденні потреби;
- навчання та надання інформації щодо отримання послуг спільноти щодо того, як розпоряджатися грошима й особистим майном;
- практична допомога у забезпеченні базових потреб у співпраці з родичами/доглядачами та необхідними службами [2; 3; 7].

3. Моніторинг соматичного стану (в межах спостереження за можливою побічною дією медикаментів), а за необхідності – направлення на консультацію до відповідного

медичного фахівця чи медзакладу для отримання необхідної професійної допомоги.

4. Консультування щодо підвищення мотивації пацієнта до проходження регулярних медичних оглядів, підтримки здорового способу життя та зменшення шкоди здоров'ю (харчування, фізична активність, виключення алкоголю та ін.); проведення мотиваційного інтерв'ювання.

5. Соціально-правова допомога: консультації щодо прав громадян із психічними захворюваннями; допомога в оформленні документів, матеріальної допомоги та в отриманні безоплатної правової допомоги [2; 5; 7].

6. Підтримка сім'ї та/або доглядачів: психоосвітня робота з сім'єю пацієнта щодо його захворювання та стратегій, спрямованих на підвищення прихильності до медикаментозного лікування; психологічне консультування щодо покращення сімейної взаємодії, навчання комунікативним навичкам, оволодіння техніками вирішення проблем та ін.; сімейна психотерапія, спрямована на формування оптимальної сімейної взаємодії та покращення сімейного функціонування [2; 3; 5; 7].

Схему роботи СВБОПЗ наведено на **рис. 2**.

Підставою для надання допомоги СВБОПЗ були: 1) направлення від сімейного лікаря, інших лікарів-фахівців, у тому числі психіатрів спеціалізованих лікуваль-

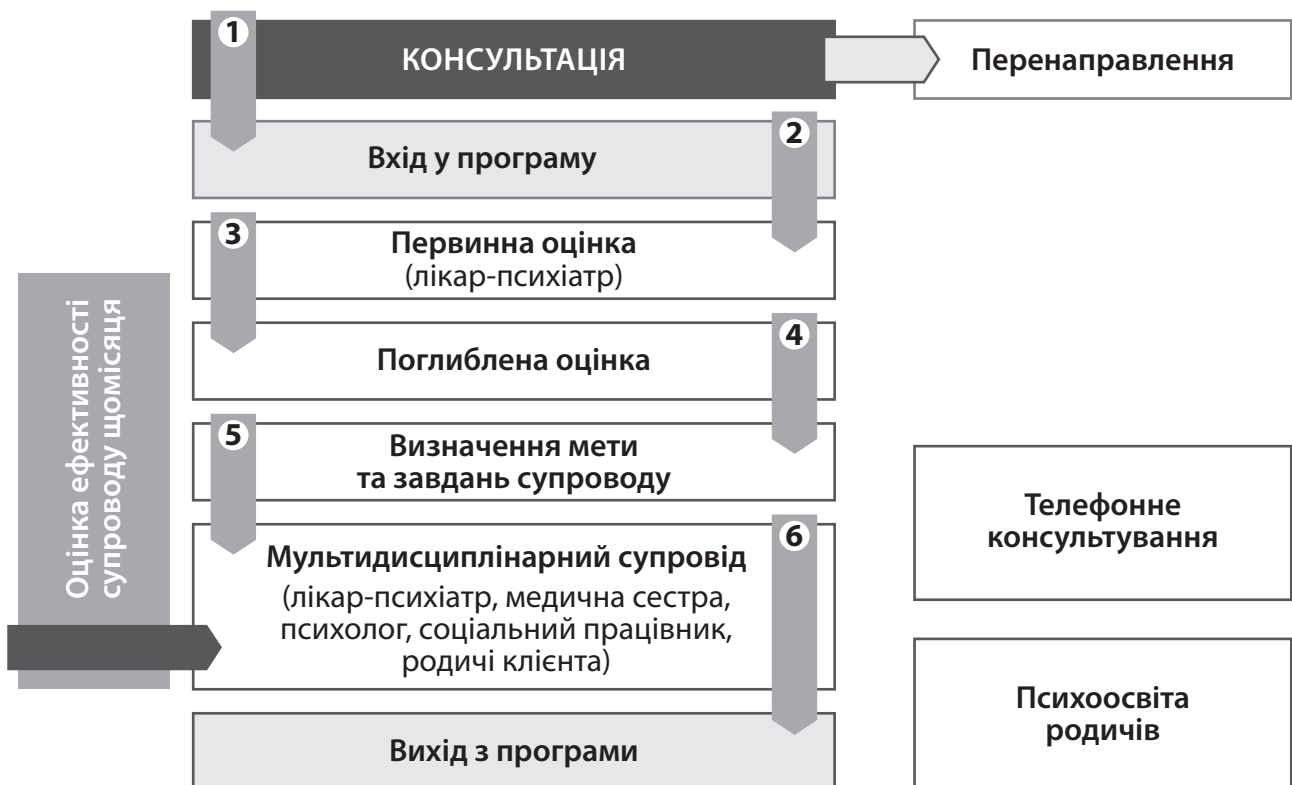


Рис. 2. Схема роботи СВБОПЗ для надання допомоги пацієнтам з ПШД

Таблиця 1

Розподіл за рівнем тривоги та депресії в групах пацієнтів з ПШД до та після корекції (%)

Рівень тривоги та депресії		ОГ1 (n=37)	ГП1 (n=31)	ОГ2 (n=39)	ГП2 (n=34)
Рівень тривоги (HARS)					
Високий	до	16/43,24	13/41,94	21/53,85	19/55,88
	після	5/13,52*	8/25,81 **	8/20,52*	12/35,30**
Середній	до	17/45,95	14/45,16	15/38,46	13/38,24
	після	16/43,24	18/58,06	18/46,15	18/52,94
Низький	до	4/10,81	4/12,90	3/7,69	2/5,88
	після	16/43,24*	5/16,13**	13/33,33*	4/11,76**
Рівень депресії (HADS)					
Високий	до	23/62,16	19/61,29	21/53,85	18/52,94
	після	7/18,92*	13/41,94**	6/15,38	11/32,36
Середній	до	14/37,84	12/38,71	18/46,15	16/47,06
	після	21/56,76	16/51,61	21/53,85	20/58,82
Низький	до	–	–	–	–
	після	9/24,32	2/6,45	12/30,77	3/8,82

Примітки:* – різниця в групі до та після корекції є достовірною, $p \leq 0,05$;** – різниця між ОГ та ГП є достовірною, $p \leq 0,05$.

но-психіатричних установ або інших структур, які забезпечують нагляд, і соціальних служб відповідної громади; 2) власне звернення пацієнта; 3) звернення його опікуна до закладу охорони здоров'я щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною; 4) наявність розладу психіки, діагноз якого встановлено відповідно до критеріїв Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10-го перегляду, і який відповідає критеріям включення для надання допомоги СВБОПЗ.

Допомога спеціалістами СВБОПЗ надавалася після проведення психіатричного огляду, встановлення діагнозу психічного розладу, визначення ступеня його тяжкості, виду динамічного спостереження і рівня психосоціальної дезадаптації. Фахівці мультидисциплінарної команди працювали спільно, розробляючи індивідуальний план ведення кожного пацієнта з урахуванням інтересів та бачення конкретного хворого. Для цього в мультидисциплінарній команді проводилися регулярні групові обговорення та супервізії. Супровід пацієнтів здійснювався як в умовах суспільного центру, так і під час домашніх візитів.

При наданні допомоги на дому у пацієнта користувались технологією «AIDET»:

1. Acknowledge (вітання) – привітати кожного, кого зустрінете в сім'ї, бути приємними;
2. Introduce (представитися) – представитися самому і розповісти про свою роль, носити бейдж з ім'ям;

3. Duration (тривалість) – сказати, скільки приблизно триватиме візит;
4. Explanation (пояснення) – пояснити всі процедури, що ви збираєтеся робити);
5. Thank you (подяка) – подякувати за час і запрошення в будинок.

Вважалось за обов'язкове дотримання принципів конфіденційності, поваги до особистого простору пацієнта та професійних меж.

Припинення надання допомоги здійснювалось після спільного обговорення всіма членами СВБОПЗ результатів, які були досягнуті. Інформація про припинення надання допомоги надавалась дільничному психіатру.

Задля оцінки ефективності авторського комплексного медико-психологічного супроводу, серед усього контингенту досліджених було проведено ретестування з використанням психодіагностичних методик, які застосовувалися на етапі первинної психодіагностики. Оцінка ефективності здійснювалась з урахуванням трьох сфер: психоемоційної, когнітивної, соціально-психологічної.

За результатами ретестування було встановлено, що кількість осіб з високим рівнем тривоги в ОГ1 зменшилась на 43,24%, в ОГ2 – на 38,47%; при цьому кількість пацієнтів із низьким рівнем тривоги, яких на початку впровадження супроводу в зазначених групах не було зовсім, збільшилась в ОГ1 на 24,32%, в ОГ2 – на 30,77% (табл. 1).

Зміни в групах порівняння також мали позитивний вектор, проте вони не були ста-

Структура і вираженість форм агресивної поведінки в групах пацієнтів з ПШД до та після корекції (середній бал)

Показники за шкалами		ОГ1 (n=37)	ГП1 (n=31)	ОГ2 (n=39)	ГП2 (n=34)
Фізична агресія	до	56,50 ↑	56,30 ↑	46,10	46,20
	після	32,60 *	43,20 **	23,80 *	39,70 **
Вербальна агресія	до	63,00 ↑	62,80 ↑	54,20 ↑	53,90 ↑
	після	38,10 *	49,50 **	31,00 *	42,40 **
Непряма агресія	до	65,90 ↑↑	66,30 ↑↑	59,00 ↑↑	59,10 ↑↑
	після	36,70 *	48,20 ↑ **	29,50 *	43,0 ↑ **
Негативізм	до	73,80 ↑	73,40 ↑	65,30 ↑	65,50 ↑
	після	47,50 *	59,60 ↑ **	41,40 *	54,90 ↑ **
Роздратування	до	85,10 ↑↑↑	85,60 ↑↑↑	84,10 ↑↑↑	83,70 ↑↑↑
	після	51,20 ↑ *	63,80 ↑↑ **	49,60 ↑ *	61,50 ↑↑ **
Підозрілість	до	82,40 ↑↑↑	82,60 ↑↑↑	73,90 ↑↑↑	74,50 ↑↑↑
	після	50,10 ↑ *	62,50 ↑↑ **	48,90 ↑ *	59,80 ↑↑ **
Образа	до	61,90 ↑↑	61,70 ↑↑	72,60 ↑↑↑	72,40 ↑↑↑
	після	35,40 *	51,80 ↑ **	49,00 ↑ *	59,70 ↑↑ **
Почуття провини	до	69,50 ↑	69,40 ↑	81,60 ↑↑	81,00 ↑↑
	після	50,30 *	58,00 ↑	62,70 ↑ *	69,50 ↑

Примітки:

- ↑ – підвищений рівень; ↑↑ – високий рівень; ↑↑↑ – дуже високий рівень;
- * – різниця в групі до та після корекції є достовірною, $p \leq 0,05$;
- ** – різниця між ОГ та ГП є достовірною, $p \leq 0,05$.

статистично достовірними при порівнянні ані з відповідними основними групами, ані з етапом, який передував корекції ($p > 0,05$).

Про більшу ефективність авторського медико-психологічного супроводу порівняно зі стандартним лікуванням свідчить також позитивна динаміка рівня депресії пацієнтів з ПШД в основних групах дослідження, які та-

кож мали статистичну достовірність ($p \leq 0,05$). В ОГ1 кількість осіб з високим рівнем депресії зменшилась на 43,24%, в ОГ2 – на 38,47%; відповідно збільшилася кількість пацієнтів з низьким рівнем депресії: в ОГ1 – на 24,32%, в ОГ2 – на 30,77%. У групах порівняння також відбулися позитивні зміни, але вони не мали статичної достовірності порівняно ані з від-

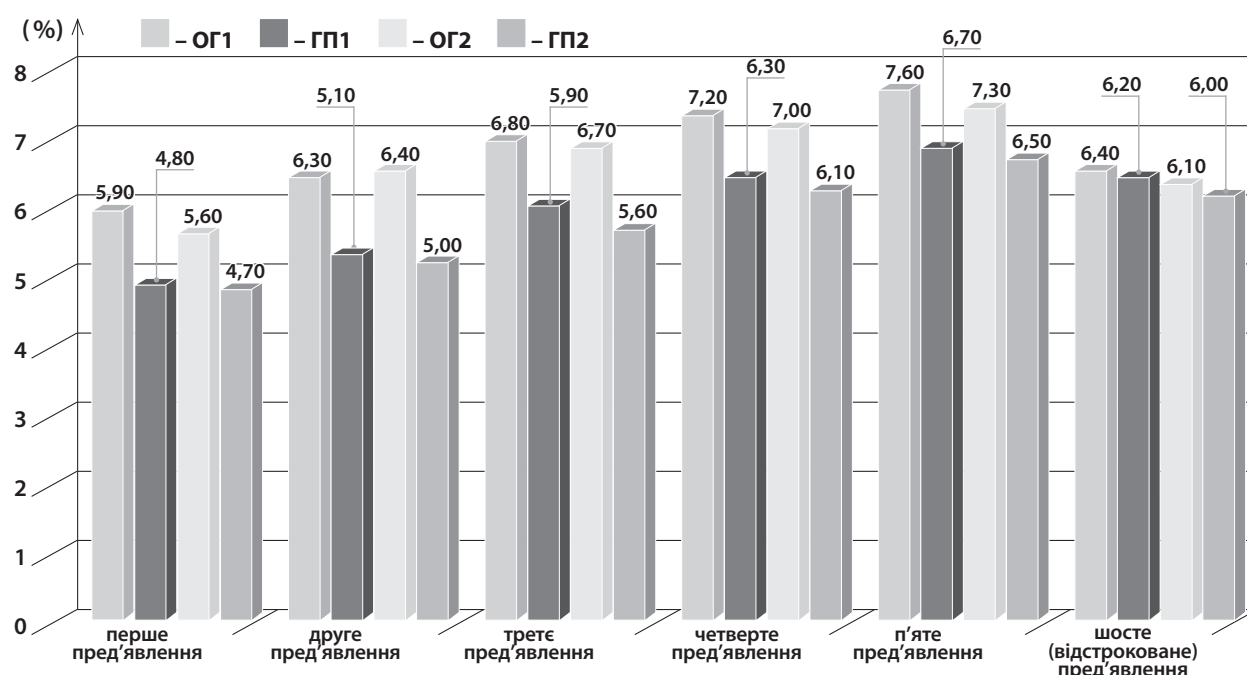


Рис. 3. Крива запам'ятовування 10 слів за тестом А. Р. Лурії в досліджених групах після корекції

Таблиця 3

Розподіл за особливостями уваги в групах пацієнтів з ПШД до та після корекції (%)

Параметри уваги та їх рівень		ОГ1 (n=37)	ГП1 (n=31)	ОГ2 (n=39)	ГП2 (n=34)	
Стойкість	низький	до	62,16	64,52	69,23	70,59
		після	29,73*	48,39**	33,33*	47,06**
	середній	до	37,84	35,48	30,77	29,41
		після	70,27*	51,61**	66,67*	52,94**
	високий	до	-	-	-	-
		після	-	-	-	-
Концентрація	низький	до	64,86	64,52	74,36	76,47
		після	35,14*	51,61**	38,46*	52,94**
	середній	до	35,14	35,48	25,64	23,53
		після	64,86*	48,39**	61,54*	47,06**
	високий	до	-	-	-	-
		після	-	-	-	-
Розподіл	низький	до	75,68	74,19	71,79	73,53
		після	43,24*	51,61**	43,59*	58,82**
	середній	до	24,32	25,81	28,21	26,47
		після	56,76*	48,39**	56,41*	41,18**
	високий	до	-	-	-	-
		після	-	-	-	-
Переключення	низький	до	62,16	61,29	61,54	58,82
		після	37,84*	51,61**	38,46*	44,12**
	середній	до	37,84	38,71	38,46	41,18
		після	62,16*	48,39**	61,54*	55,88**
	високий	до	-	-	-	-
		після	-	-	-	-

Примітки:

* – різниця в групі до та після корекції є достовірною, $p \leq 0,05$;** – різниця між ОГ та ГП є достовірною, $p \leq 0,05$.

Таблиця 4

Показники за опитувальником ВСК в групах пацієнтів з ПШД до та після корекції (середній бал)

Показники за шкалами		ОГ1 (n=37)	ГП1 (n=31)	ОГ2 (n=39)	ГП2 (n=34)
Загальна (В)	до	6,50	6,60	6,80	6,70
	після	10,30	7,60	9,40	7,40
Наполегливість (Н)	до	3,80	4,00	3,80	3,60
	після	6,40	4,70	5,50	4,10
Самовладання (С)	до	2,50	2,40	2,70	2,60
	після	4,30	2,90	3,50	3,00

Примітки:

* – різниця в групі до та після корекції є достовірною, $p \leq 0,05$;** – різниця між ОГ та ГП є достовірною, $p \leq 0,05$.

Показник за загальною шкалою самоконтролю в ОГ1 підвищився на 3,80 балу, в ОГ2 – на 2,60 балу (табл. 4).

повідними основними групами, ані з етапом, що передував корекції ($p > 0,05$).

В основних групах відзначалися позитивні зрушення за всіма шкалами агресивності; важливо, що ці зміни мали статистичну достовірність порівняно з етапами до та після корекції, а також при зіставленні з даними, отриманими у групах порівняння ($p \leq 0,05$) (табл. 2).

У результаті проведення психокорекційних інтервенцій, в ОГ 1 рівні фізичної, вербальної та непрямой агресії, а також негативізму і почуття провини були значно зменшені (різниця у групі на етапах до та після корекції є достовірною, $p \leq 0,05$). А в ОГ2 було досягнуто зниження рівнів не тільки фізичної, вербальної та непрямой агресії, негативізму та почуття провини, але і роздратування, підозрливості та образи (різниця в групі на етапах до та після інтервенцій є достовірною, $p \leq 0,05$) (табл. 2). Позитивні зміни на етапі після корекції в групах порівняння були статистично менш значними порівняно з відповідними основними групами ($p \leq 0,05$).

Після проведення корекційних заходів ефективність запам'ятовування в основних групах підвищилась і складала:

– в ОГ1: при першому пред'явленні $5,90 \pm 0,19$, при другому – $6,30 \pm 0,12$, при третьому – $6,80 \pm 0,13$, при четвертому – $7,20 \pm 0,10$, при п'ятому – $7,60 \pm 0,12$, при шостому (відстрокованому) – $6,40 \pm 0,15$;

– в ОГ2: при першому пред'явленні $5,60 \pm 0,12$, при другому – $6,40 \pm 0,12$, при третьому – $6,70 \pm 0,11$, при четвертому – $7,00 \pm 0,12$, при п'ятому – $7,30 \pm 0,13$, при шостому (відстрокованому) – $6,10 \pm 0,11$.

Різниця з відповідними групами порівняння статистично достовірною ($p \leq 0,05$) (рис. 3).

В результаті проведення медико-психологічного супроводу результати за всіма параметрами уваги (стійкість, концентрація, розподіл, переключення) в основних групах збільшилися (різниця між ОГ та відповідними ГП є достовірною, $p \leq 0,05$) (табл. 3).

В ОГ1 зменшилася кількість осіб з низьким рівнем стійкості уваги – на 32,43%, з низьким рівнем концентрації уваги – на 29,72%, з низьким рівнем розподілу уваги – на 32,44%; кількість чоловіків з низьким рівнем переключення уваги зменшилась на 24,32%. В ОГ2 зменшилася кількість пацієнтів з низьким рівнем стійкості уваги – на 36,00%, з низьким рівнем концентрації уваги – на 35,90%, з низьким рівнем розподілу уваги – на 28,20%; кількість жінок з низьким рівнем переключення уваги зменшилась на 23,08%.

Позитивні зміни відбулися в основних групах й щодо рівня наполегливості та самовладання: показник наполегливості в ОГ1 підвищився на 2,60 балу, самовладання – на 1,80 бала; в ОГ2 результат за шкалою наполегливості збільшився на 1,70 балу, за шкалою самовладання – на 0,80 балу.

До початку корекційного впливу у жінок з ПШД ризик суїцидальної поведінки був достовірно меншим порівняно з чоловіками, про що свідчили і низькі значення за більшістю шкал опитувальника, а також вищий (порівняно з чоловіками) показник за антисуїцидальним фактором ($p \leq 0,05$) (табл. 5).

Після впровадження авторського комплексного супроводу показник за антисуїцидальним фактором підвищився в обох ОГ (ОГ1 – на 0,90 балу; ОГ2 – на 1,30 балу), при цьому все ж зберігалася статистично достовірна різниця між ОГ1 та ОГ2 ($p \leq 0,05$).

Таким чином, порівняння результатів в основних групах до та після корекції, а також зіставлення даних у групах порівняння ($p \leq 0,05$) свідчать про ефективність заходів

Таблиця 5

Показники рівня суїцидального ризику в групах пацієнтів з ПШД до та після корекції (середній бал)

Показники за шкалами		ОГ1 (n=37)	ГП1 (n=31)	ОГ2 (n=39)	ГП2 (n=34)
Демонстративність	до	3,00	3,10	5,20	5,30
	після	2,20	2,90	2,80	4,50
Афективність	до	5,10	5,30	5,00	5,10
	після	3,10	4,70	3,70	4,60
Унікальність	до	2,40	2,20	2,60	2,70
	після	1,70	2,00	1,90	2,10
Неспроможність	до	5,70	5,60	4,20	4,10
	після	3,60	5,00	2,80	3,70
Соціальний песимізм	до	5,90	5,80	3,80	3,90
	після	3,70	5,10	2,40	3,30
Злам культурних бар'єрів	до	2,80	2,70	1,90	1,60
	після	2,00	2,50	1,20	1,50
Максималізм	до	4,50	4,70	2,50	2,40
	після	3,40	4,40	1,70	2,10
Часова перспектива	до	5,60	5,50	3,20	3,30
	після	3,80	5,20	2,10	2,80
Антисуїцидальний фактор	до	2,20	2,10	3,40	3,20
	після	3,10	2,40	4,70	3,60

Примітки:

- * – різниця в групі до та після корекції є достовірною, $p \leq 0,05$;
- ** – різниця між ОГ та ГП є достовірною, $p \leq 0,05$.

медико-психологічного супроводу. Але у той же час у групі чоловіків з ПШД ризик реалізації суїцидальних намірів залишався досить високим і після корекції. Виходячи з цього, маємо зауважити, що чоловіки з ПШД потребують не тимчасового, а постійного міждисциплінарного комплексного супроводу, насамперед, для мінімізації ризику суїцидальної поведінки.

У результаті проведення корекції рівень загального сприйняття якості життя в ОГ1 підвищився на 1,70 балу, в ОГ2 – на 2,50 балу (різниця між ОГ та відповідними ГП є достовірною, $p \leq 0,05$). У результаті корекційного впливу в ОГ значно підвищився ступінь адаптації пацієнтів з ПШД (табл. 6).

В ОГ1 кількість осіб з хорошим рівнем адаптації збільшилася на 21,62%, а кількість чоловіків із задовільним рівнем адаптації – на 10,81%; в ОГ2 кількість пацієнтів з

Таблиця 6

Показники якості життя в групах пацієнтів з ПШД до та після корекції (середній бал)

Показники за шкалами		ОГ1 (n=37)	ГП1 (n=31)	ОГ2 (n=39)	ГП2 (n=34)
Фізичне благополуччя	до	4,80	5,00	4,20	4,40
	після	6,20	5,40	6,80	5,10
Психологічне/емоційне благополуччя	до	4,60	4,40	4,20	4,10
	після	6,30	5,20	6,90	5,40
Самообслуговування та незалежність в діях	до	5,10	4,90	4,50	4,30
	після	6,50	5,40	6,30	5,20
Працевдатність	до	4,80	4,70	4,50	4,60
	після	6,90	5,10	6,10	5,20
Міжособистісна взаємодія	до	4,70	4,50	4,20	4,0
	після	6,50	5,30	7,00	5,70
Соціоемоційна підтримка	до	4,10	4,30	3,70	3,90
	після	6,80	5,20	7,20	5,00
Громадська та службова підтримка	до	4,00	3,80	3,60	3,70
	після	6,40	4,70	7,10	5,00
Самореалізація	до	3,50	3,40	3,00	3,10
	після	4,30	4,00	4,90	4,40
Духовна реалізація	до	3,30	3,20	3,10	2,90
	після	3,90	3,50	4,60	3,70
Загальне сприйняття якості життя	до	3,70	3,90	3,60	3,40
	після	5,40	4,30	6,10	4,70

Примітки:

- * – різниця в групі до та після корекції є достовірною, $p \leq 0,05$;
- ** – різниця між ОГ та ГП є достовірною, $p \leq 0,05$.

Таблиця 7

Ступінь адаптації в групах пацієнтів з ПШД до та після корекції (%)

Ступінь адаптації		ОГ1 (n=37)	ГП1 (n=31)	ОГ2 (n=39)	ГП2 (n=34)
Відмінна або дуже добра	до	–	–	–	–
	після	–	–	–	–
Хороша	до	0,00	0,00	5,13	5,88
	після	21,62*	–**	33,33*	5,88**
Задовільна	до	32,43	32,26	48,72	47,06
	після	43,24*	38,71	38,47	50,00
Погана	до	40,54	38,71	28,21	29,41
	після	29,73*	41,94**	25,64	32,36
Дуже погана	до	27,03	29,03	17,94	17,65
	після	5,41*	19,35**	2,56*	11,76**
Важка дезадаптація	до	–	–	–	–
	після	–	–	–	–

Примітки:

* – різниця в групі до та після корекції є достовірною, $p \leq 0,05$;

** – різниця між ОГ та ГП є достовірною, $p \leq 0,05$.

Таблиця 8

Показники за шкалою соціальної підтримки в групах пацієнтів з ПШД до та після корекції (середній бал)

Показники за шкалами		ОГ1 (n=37)	ГП1 (n=31)	ОГ2 (n=39)	ГП2 (n=34)
Соціальна підтримка сім'ї	до	1,90	2,00	1,30	1,40
	після	2,40	2,10	2,90*	1,90**
Соціальна підтримка друзів	до	1,40	1,50	1,10	1,20
	після	2,00	1,70	2,50*	2,00**
Соціальна підтримка «значимих інших»	до	1,00	1,10	0,70	0,60
	після	1,90	1,50	2,30*	1,40**

Примітки:

* – різниця в групі до та після корекції є достовірною, $p \leq 0,05$;

** – різниця між ОГ та ГП є достовірною, $p \leq 0,05$.

хорошим рівнем адаптації підвищилась на 28,20%, а кількість осіб із задовільним рівнем адаптації – на 10,25% (табл. 7).

Різниця в групах ОГ1 та ОГ2 на етапах до та після корекції була статистично достовірною, $p \leq 0,05$; також достовірною була різниця між основними групами та відповідними групами порівняння, $p \leq 0,05$.

В результаті впровадження медико-психологічного супроводу рівень використання соціальної підтримки хворими з ОГ підвищився, при цьому пацієнти почали більше користуватись допомогою та підтримкою друзів та «значимих інших» (різниця між ОГ та відповідними ГП була достовірною, $p \leq 0,05$) (табл. 8).

В ОГ1 рівень соціальної підтримки сім'ї підвищився на 0,50 балу, в ОГ2 – на 1,60 балу. Рівень соціальної підтримки друзів в ОГ1 підвищився на 0,60 балу, в ОГ2 – на 1,40 балу. Рівень соціальної підтримки від «значимих інших» в ОГ1 підвищився на 0,90 балу, в ОГ2 – на 1,70 балу. Позитивні зміни в групі жінок мали статистичну достовірність при порівнянні результатів на етапах до та після корекції ($p \leq 0,05$), а також порівняно з ОГ1, що свідчить про більшу чутливість жіночого контингенту пацієнтів з ПШД щодо інтервенцій проведеного медико-психологічного супроводу ($p \leq 0,05$).

Визначено, що впроваджений авторський медико-психологічний супровід є ефективним і дозволяє досягти значного покращення соціального функціонування пацієнтів з ПШД, поліпшити показники психоемоційної та когнітивної сфери та значно підвищити якість життя хворих (статистична різниця між основними групами та відповідними групами порівняння на етапі після корекції є достовірною, $p \leq 0,05$).

Висновки

Згідно з Європейським планом психічного здоров'я 2013–2020 рр., найсучаснішою альтернативою стаціонарній психіатричній допомозі є організація спільнотних служб психічного здоров'я, які можуть органічно доповнювати існуючу систему. При цьому акцент робиться саме на розвитку спільнотних служб охорони психічного здоров'я і розширенні ролі первинної ланки медичної психіатричної допомоги. Виходячи з цього, ми впровадили у клінічну практику програму медико-психологічного супроводу, який включав два етапи. Перший проводився впродовж стаціонарного лікування та мав психокорекційну спрямованість; другий

етап, психопрофілактичний, підтримуючий, було організовано в амбулаторний період. На амбулаторному етапі використовували модель роботи СВБОПЗ.

Результати реалізації заходів авторського медико-психологічного супроводу довели його ефективність – помічено значне покращення соціального функціонування пацієнтів з ПШД, а також позитивна динаміка показників психоемоційної та когнітивної сфери, суттєве підвищення якості життя хворих (статистична різниця між основними групами та відповідними групами порівняння після корекції є достовірною, $p \leq 0,05$).

Література

1. Пінчук І. Я. Спільнотні служби охорони психічного здоров'я – перспективний напрям розвитку психіатричної служби України / І. Я. Пінчук, О. В. Колодежний, А. К. Ладик–Бризгалова, Ю. В. Ячнік // Україна. Здоров'я нації. 2016. № 4 (40) С.162-166.

2. The European Mental Health Action Plan 2013–2020 / World Health Organization. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2013. – Access mode : <http://www.euro.who.int>. – Title from screen.

3. Becker T. The European perspective of psychiatric reform / T. Becker, J. L. Vazquez-Barquero // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2001. – № 104 (410). – P. 8–14.

4. Beyond the crisis: building back better mental health care in 10 emergency-affected areas using a longer-term perspective / J. E. Epping-Jordan, M. van Ommeren, H. N. Ashour, A. Maramis [et al.] // *International Journal of Mental Health Systems*. – 2015 – № 9 (15). – P. 10–21.

5. Jiloha R. C. Integration of Mental Health in Community setting with Psychiatry for person concept / R. C. Jiloha, L. S. Shekhawat // *Delhi Psychiatry Journal*. – 2010. – № 13 (1). – P. 12–17.

6. Killaspy H. From the asylum to community care: learning from experience / H. Killaspy // *British Medical Bulletin*. – 2006. – № 79–80 (1). – P. 245–258.

7. Mental health policy and practice across Europe. The future direction of mental health care / Edited by M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, G. Thornicroft. – Maidenhead [England]: Open University Press, 2006. – 456 p. – (Open University Press European Observatory on Health Systems and Policies series).

8. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский // Самара. «Бахрах-М», – 2002. – 672 с.

References

1. Pinchuk I. Ja., Kolodjezhnyj O. V., Ladyk-Bryzgalova A. K., Jachnik Ju. V. Spil'notni sluzhby ohorony psyhichnogo zdorov'ja – perspektyvnyj naprjam rozvytku psyhiatrychnoi' sluzhby Ukraїny [Community mental health services is a promising direction for the development of the psychiatric service of Ukraine]. *Ukraїna. Zdorov'ja nacii'* [Ukraine. The health of the nation], 2016, no. 4 (40), pp. 162-166. (In Ukr.)

2. The European Mental Health Action Plan 2013–2020. World Health Organization, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013.– Available at: <http://www.euro.who.int>.

3. Becker T., Vazquez-Barquero J. L. The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001, no. 104 (410), pp. 8-14.

4. Epping-Jordan J. E., van Ommeren M., Ashour H. N., Maramis A. [et al.] Beyond the crisis: building back better mental health care in 10 emergency-affected areas using

a longer-term perspective. *International Journal of Mental Health Systems*, 2015, no. 9 (15), pp. 10-21.

5. Jiloha R. C., Shekhawat L. S. Integration of Mental Health in Community setting with Psychiatry for person concept. *Delhi Psychiatry Journal*, 2010, no. 13 (1), pp. 12-17.

6. Killaspy H. From the asylum to community care: learning from experience. *British Medical Bulletin*, 2006, no. 79-80 (1), pp. 245-258.

7. Mental health policy and practice across Europe. The future direction of mental health care (edited by M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, G. Thornicroft). – Maidenhead [England], Open University Press, 2006, 456 p. (Open University Press European Observatory on Health Systems and Policies series).

8. Raygorodskiy D. Ya. Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy [Practical psychodiagnostics. Methods and tests]. Samara, Bakhrach-M Publ., 2002, 672 p. (In Russ.)