

**АЗЕРБАЙДЖАНСКАЯ РЕСПУБЛИКА**

*На правах рукописи*

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ  
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ  
ПОМОЩИ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ**

Специальность: 3211.01 – Психиатрия

Отрасль науки: Медицина

Соискатель: **Агагасан Расул оглы Расулов**

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
доктора наук

**Баку – 2021**

Диссертационная работа выполнена на кафедре психиатрии  
Азербайджанского медицинского университета

Научный консультант: доктор медицинских наук, профессор  
**Герай Чингиз оглы Герайбейли**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор  
**Сагат Абылкаирович Алтынбеков**

доктор медицинских наук, профессор  
**Михаил Константинович Андреев**

доктор медицинских наук  
**Билал Мирзоалиевич Асадов**

доктор медицинских наук, профессор  
**Михаил Ибрагимович Ягубов**

Диссертационный совет ED 2.05 Высшей Аттестационной  
Комиссии при Президенте Азербайджанской Республики,  
действующий на базе Азербайджанского медицинского  
университета

Заместитель председателя диссертационного совета:

доктор медицинских наук, профессор  
**Чингиз Рагим оглы Рагимов**

Ученый секретарь диссертационного совета:

доктор медицинских наук, профессор  
**Ага Чингиз оглы Пашаев**

Председатель научного семинара:

доктор медицинских наук, профессор  
**Надир Велан оглы Исмаилов**



## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** Психическое здоровье является неотъемлемой частью общественного здоровья. Не случайно девизом Всемирной Организации Здравоохранения являются слова: «Нет здоровья без психического здоровья»<sup>1</sup>. 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<sup>2</sup>.

Кроме того, по данным отчета Всемирной Организации Здравоохранения, 25% населения в тот или иной период жизни испытывают проблемы с психическим здоровьем<sup>3</sup>. Уже сегодня психические расстройства составляют примерно 15% от всех экономических потерь, связанных со здоровьем<sup>4</sup>. 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 забо-

---

<sup>1</sup> Vladu C, Novac A, Preda A, Bota RG. No Health Without Mental Health / C.Vladu, A.Novac, A.Preda [et al.] // Ment. Illn., – 2016. 8 (2), – p. 6609.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> World Health Organization. The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope // World Health Organization, – 2001. – 178 p.

<sup>4</sup> Doran, Ch. M., Kinchin, I. A review of the economic impact of mental illness // Australian Health Review, – 2017. 43, – p. 43-48.

леваниями, 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<sup>5</sup>. 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 рас-

---

<sup>5</sup>*Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Psixi Sağlamlıq sahəsində Milli Stratejiya // Səhiyyə Nazirliyi, – 2011, – 43 s.*

стройства 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; б) восприятием потенциальной общественной опасно-

сти, 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 социодемографические 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, психоэдукация 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, находящимся в специализированных учреждении-

ях, в Европейском регионе был апробирован набор методик «WHO Quality Rights Tool Kit».

Впервые в Азербайджане:

- проведено комплексное исследование организационных аспектов психиатрической помощи.
- проведено сочетание наблюдательных (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 органи-

зации 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 ста-



ционарах Азербайджана» (Баку, 2019); конференции, посвященной Всемирному дню психического здоровья по теме «Психическое здоровье: медицинские и общинные подходы к профилактике суицидов» (Баку, 2019); 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 иллюстри-

рована 38 графиками, 3 схемами, содержит 33 таблицы. Список литературы включает 285 источников.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящем исследовании принимали участие как лица, страдающие психическими расстройствами – 1330 человек, находящиеся на стационарном или амбулаторном лечении, так и здоровые люди, выступившие в качестве респондентов при изучении стигмы – 996 человек. Кроме того, в совместном с ВОЗ исследовании приняли участие 12 родственников больных и 30 человек из числа медицинского персонала.

В исследовании использовались следующие инструменты: Анкета по изучению общественного отношения к людям с психическими расстройствами, Набор методик ВОЗ для оценки качества помощи в учреждениях по охране психического здоровья и соблюдения прав человека в них (WHO QualityRights Tool Kit)<sup>6</sup>, Краткая шкала оценки психотических симптомов (Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS), Профиль жизненных навыков (Life Skills Profile, LSP-16)<sup>7</sup>, Национальная шкала исходов (Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS)<sup>8</sup>, Шкала позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS), Шкала оценки социальной и функциональной адаптации (Social and Occupational Functioning Assessment Scale, SOFAS), Шкала критики Бирчвуда (Birchwood Insight Scale,

---

<sup>6</sup>*World Health Organization. WHO Quality Rights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities // World Health Organization, Geneva, – 2012. – 93 p.*

<sup>7</sup>*Buckingham, W. Developing a Casemix Classification for Mental Health Services / W.Buckingham, P.Burgess, S.Solomon [et al.] // Commonwealth Department of Health and Family Services, – 1998, Canberra, ACT, Australia, – 38 p.*

<sup>8</sup>*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. 11-18.*

BIS)<sup>9</sup>, Опросник отношения к лекарствам (Drug Attitude Inventory, DAI)<sup>10</sup> и Опросник социальных знаний (Social Knowledge Questionnaire, SKQ)<sup>11</sup>.

В разных частях данной работы были использованы различные исследовательские дизайны. Кросс-секционный дизайн применялся для изучения общественного отношения к психически больным, вопроса о рациональном применении психотропных препаратов, а так же динамики основных статистических показателей системы психического здоровья.

Для изучения факторов влияющих на институционализацию больных хроническими психическими расстройствами использовался обсервационный дизайн по типу «случай-контроль». Ассоциация между исходом и исследуемым фактором определяется на основе частоты наличия данного фактора или степени его выраженности в основной и контрольной группе. При исследовании эффективности реабилитационных мероприятий в психиатрическом стационаре было 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 ре-

---

<sup>9</sup>*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, – p. 62-67.

<sup>10</sup>*Hogan, T.P., Awad, A.G.* Subjective response to neuroleptics and outcome in schizophrenia: a re-examination comparing two measures // *Psychol. Med.*, – 1992. 22, – p. 347-352.

<sup>11</sup>*Oxford University.* Social Knowledge Questionnaire // *Schizophrenia Bulletin*, – 1996. 22 (4), – p. 641-641.

медиация. 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.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

**Изучение стигмы сопровождающей психические расстройства.** Исследование стигмы в нашей стране проводилось впервые в рамках международного проекта «Усиление роли пользователей психического здоровья в 5 регионах Азербайджана». Исследование осуществлялось методом опроса 996 респондентов и включало вопросы, характеризующие их отношение к лицам, страдающим психическими расстройствами.

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 (КМО = .636), а тест Bartlett на сферичность установил, что значительную силу корреляции между вопросами ( $\chi^2(36) = 693,382, p < 0.001$ ). В дальнейшем был проведен исследовательский факторный анализ с установленным количеством факторов и косоугольным вращением. В результате этого анализа были получены три фактора, определяющих отношение к лицам с

психическими расстройствами.

Первый фактор можно рассматривать как представление людей о социальной компетентности психически больных, поскольку этот фактор относится к таким социальным навыкам как работа, вступление в брак и воспитание детей, а так же способности детей с нарушениями психики учиться в обычной школе (Cronbach's  $\alpha = 0.572$ ).

Второй фактор относился к суждениям о непредсказуемости и потенциальной общественной опасности лиц с психическими расстройствами. Этот фактор связан с распространенной точкой зрения о том, что отличаясь от других людей, психически больные представляют угрозу для окружающих и поэтому они должны быть изолированы общества (Cronbach's  $\alpha = 0.650$ ).

Третий фактор связан с гражданскими правами лиц с психическими расстройствами (Cronbach's  $\alpha = 0.621$ ) (таблица 1).

Результаты многомерной линейной регрессии, представленные в таблице 1, подтвердили наличие определенного влияния социо-демографических характеристик на стигму в отношении лиц с психическими расстройствами. Отношение к непредсказуемым действиям лиц с психическими расстройствами выявило, что женщины в большей степени оценивали угрозу окружающим со стороны больных. Лица старших возрастных групп в большей степени склонны признавать тот факт, что лица с психическими расстройствами могут социально адаптироваться и выполнять свои социальные функции. То же самое можно сказать и в отношении членов семей больных, однако последние в меньшей степени рассматривают своих родных в аспекте защиты их прав, что свидетельствует о патерналистическом подходе, характеризующем отношение членов семей к лицам с психическими заболеваниями. Участники опроса, состоящие в браке, выразили более позитивное отношение к защите прав и интересов лиц, страдающих психическими расстройствами.

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 интеграции в обществе.

**Таблица 1**

**Влияние социо-демографических показателей  
на отношение к лицам с психическими расстройствами**

| Показатели              | Социальная компетентность |         |              | Непредсказуемость |            |              | Отношение к правам |            |              |
|-------------------------|---------------------------|---------|--------------|-------------------|------------|--------------|--------------------|------------|--------------|
|                         | $\beta$                   | 95% CI  | p            | $\beta$           | 95% CI     | p            | $\beta$            | 95% CI     | p            |
| <b>Пол</b>              |                           |         |              |                   |            |              |                    |            |              |
| Женский                 | 0.048                     | -0.224; |              | -0.09             | -0.30; -   |              | -0.01              | -0.14;     |              |
| Мужской                 | Ref                       | 0.028   | 0.13         | Ref               | 0.05       | <b>0.007</b> | Ref                | 0.12       | 0.875        |
| <b>Возраст</b>          |                           |         |              |                   |            |              |                    |            |              |
| старше 60 лет           |                           | 0.044;  |              |                   | -0.02;     |              |                    | -0.02;     |              |
| 30-60 лет               | 0.085                     | 0.302   |              | 0.055             | 0.14       |              | 0.053              | 0.26       |              |
| до 30 лет               | 0.172                     | 0.115;  | <b>0.009</b> | 0.075             | -0.03;     | 0.092        | 0.018              | -0.11;     | 0.106        |
|                         | Ref                       | 0.395   | <b>0.001</b> | Ref               | 0.26       | 0.125        | Ref                | 0.16       | 0.713        |
| <b>Образование</b>      |                           |         |              |                   |            |              |                    |            |              |
| высшее                  |                           | -0.292; |              |                   | -0.24;     |              |                    |            |              |
| среднее                 | -0.086                    | 0.01    |              | -0.04             | 0.08       |              | 0.028              |            |              |
| начальное               | -0.037                    | -0.455; | 0.064        | -0.03             | -0.38;     | 0.352        | 0.062              | 0.11; 0.2  | 0.542        |
|                         | Ref                       | 0.17    | 0.373        | Ref               | 0.21       | 0.554        | Ref                | -0.07; 0.5 | 0.138        |
| <b>Семейный статус</b>  |                           |         |              |                   |            |              |                    |            |              |
| состоит в браке         |                           |         |              |                   |            |              |                    |            |              |
| не состоит в браке      | 0.034                     | -0.06;  |              | -0.01             |            |              | 0.100              |            |              |
|                         | Ref                       | 0.192   | 0.290        | Ref               | -0.15; 0.1 | 0.685        | Ref                | 0.08; 0.33 | <b>0.002</b> |
| <b>Место жительства</b> |                           |         |              |                   |            |              |                    |            |              |
| город                   |                           |         |              |                   |            |              |                    |            |              |
| сельская местность      | 0.007                     | -0.17;  |              | 0.017             | -0.14;     |              | -0.03              | -0.28;     |              |
|                         | Ref                       | 0.214   | 0.823        | Ref               | 0.245      | 0.594        | Ref                | 0.11       | 0.376        |
| <b>Знакомство</b>       |                           |         |              |                   |            |              |                    |            |              |
| член семьи              |                           | 0.193;  |              |                   | -0.13;     |              |                    | -0.4; -    |              |
| сосед                   | 0.179                     | 0.019;  |              | 0.049             | -0.12;     |              | -0.10              | 0.01       |              |
| знакомый                | 0.097                     | 0.177   | <b>0.001</b> | 0.046             | 0.03       | 0.339        | 0.04               | -0.04;     | <b>0.042</b> |
| не знаком               | 0.086                     | 0.004;  | <b>0.015</b> | 0.057             | -0.09;     | 0.250        | 0.10               | 0.12       | 0.310        |
|                         | Ref                       | 0.108   | <b>0.035</b> | Ref               | 0.02       | 0.165        | Ref                | 0.01; 0.12 | <b>0.015</b> |

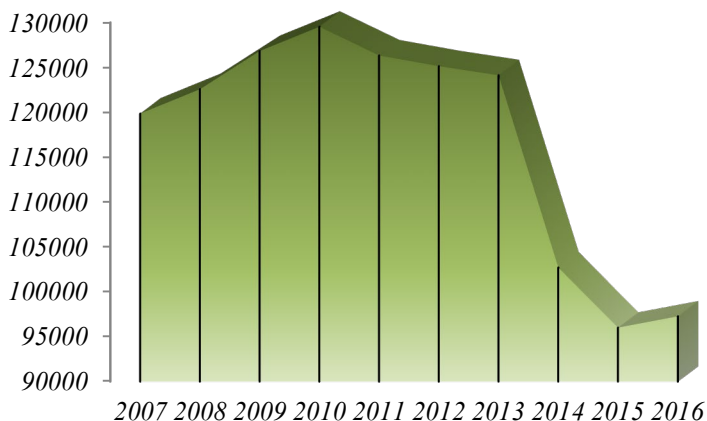
Так же была установлена слабая отрицательная корреляция ( $r = -0.148$ ;  $p < 0.001$ ) между представлениями участников опроса

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 понимание их гражданских прав и интересов.

**Динамика основных показателей психиатрической помощи и кадрового обеспечения в системе психического здоровья.** Вопрос об отношении общества к лицам с психическими расстройствами имеет тесную связь с обращением в систему психического здоровья и оказанием психиатрической помощи.

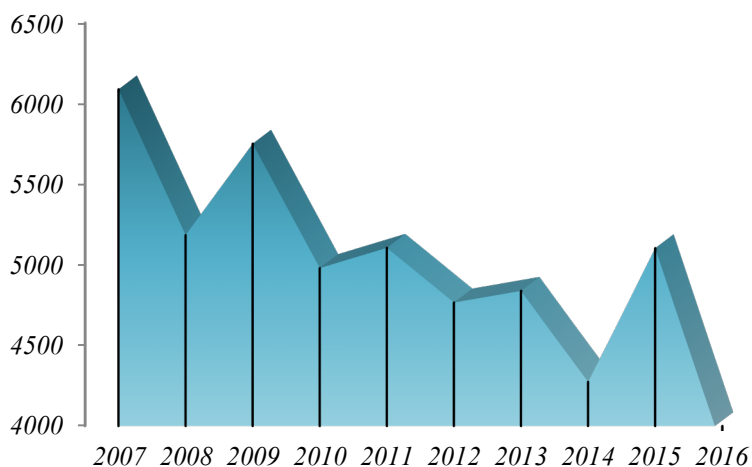
На графике 1 представлены данные Государственного Комитета по Статистике о заболеваемости психическими расстройствами. В 2016 г. в нашей стране количество людей с психическими расстройствами, обратившихся за помощью в связи с серьезным психическим заболеванием, нуждающимся в продолжительном лечении, составляет около 97348 человек.



**График 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.

Амбулаторные услуги больным, впервые обращающимся за помощью, в основном оказываются психиатрическими кабинетами, которые имеются в районных поликлиниках (график 2).

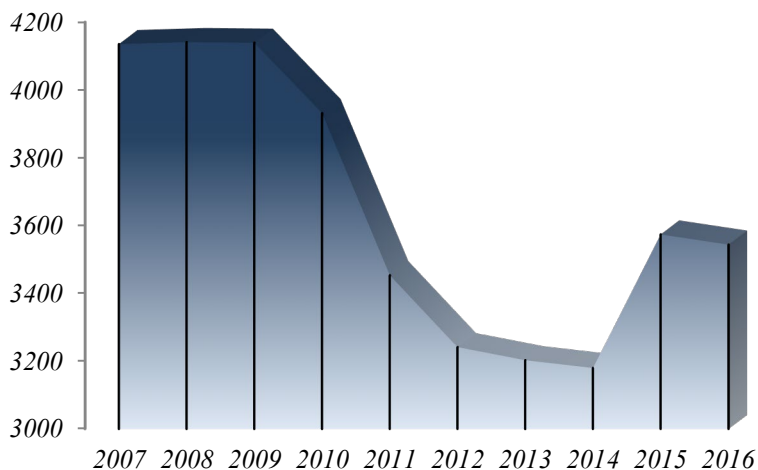


**График 2. Число первичных обращений в системе амбулаторной психиатрической помощи за 10 лет.**



Говоря о стационарной психиатрической помощи, обращает на себя внимание тот факт, что 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 3).

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 3. Динамика коечного фонда психиатрических стационаров за 10 лет.**

Несмотря на различия числа больных, находящихся на стационарном лечении в разные годы, соотношение мужчин и женщин остается одинаковым 2:1. Это обстоятельство может быть связано с тем, что по сравнению с противоположным полом ли-

ца мужского пола во время обострения состояния, представляли большую социальную опасность, требующую стационарирования. Кроме того, лица мужского пола в меньшей степени, чем женщины склонны придерживаться режима терапии, назначенной в амбулаторных условиях. Кроме того, средний возраст мужчин ( $M=35,9$ ;  $SD=13.63$ ) моложе, чем у женщин ( $M=41,23$ ;  $SD=14.9$ ).

Касаясь динамики возрастных показателей, было выявлено, что если количество пациентов более молодого (до 18 лет) и более старшего возраста (старше 30 лет) остается неизменным, то количество лиц возрастной группы 18-30 лет, поступающих в стационары, заметно сократилось – с 7193 больных в 2012 г. до 4338 больных в 2016 г.

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.

Анализ распределения по диагнозам стационарных больных позволил установить, что наиболее распространено психическим расстройством является шизофрения ( $M=3707$ ;  $SD=148.1$ ), которая составляет 23.7% всех случаев первичной госпитализации. Еще одним распространенным диагнозом является органические психические расстройства ( $M=2711$ ;  $SD=519.04$ ) 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%. 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

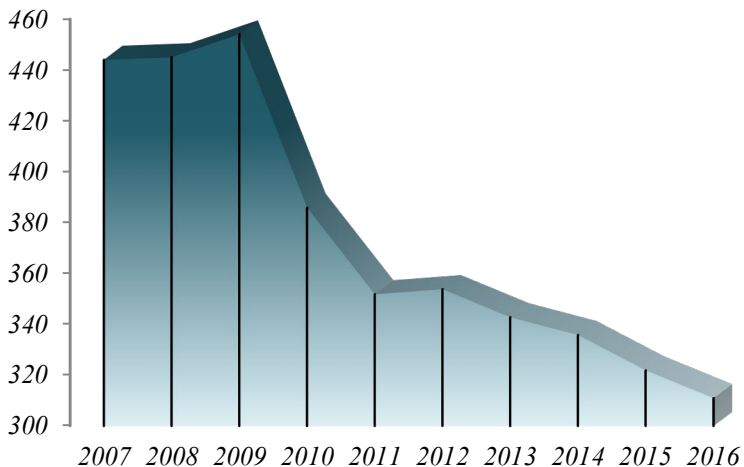
недостаточное диагностирование аффективной патологии в стационарах.

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.

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.

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).

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.



**График 4. Сокращение числа психиатров за 10 лет.**

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 преем-

ственности 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. 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.

Важным итогом изучения показателей психиатрической помощи в нашей стране является подтверждение необходимости развития, т.н. внебольничной помощи, которая, рассматривая пациентов с перспективой 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.

**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. Данный набор 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 четырехбалльной 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 сосредото-

чена 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.

Как показано на графике 5, мы могли констатировать выполнение большинства стандартов, относящихся к первой теме. Практически во всех отделениях можно было констатировать выполнение стандартов, относящихся к Теме 1, однако для полного достижения целей данной темы требуются некоторые улучшения. 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. В тоже время для полного достижения целей данной темы требуются учитывать потребности пациентов с нарушениями двигательных функций, а так же организацию распорядка дня в зависимости от предпочтения пациентов.

Оценка качества помощи, относящаяся ко второй теме, выявила в целом выполнение стандартов, однако некоторые аспекты стационарной помощи нуждаются в улучшении. Например, хотя все прошедшие интервью психиатры, психологи и старшие медсестры были хорошо информированы по вопросам охраны



прав пациентов, средний и младший медперсонал имел недостаточно знаний о правах лиц с инвалидностью. Кроме того, лишь половина интервьюированных пациентов обладали адекватной информацией о назначенном медикаментозном лечении, поскольку решение о назначении конкретных медикаментов обычно принимается врачом и не обсуждается с пациентом. 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.



**График 5. Достижение стандартов КПИ.**

В отличие от предыдущих лет можно констатировать определенный прогресс в достижении стандартов третьей темы, однако многие из них по-прежнему 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. 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.

Четвертая тема была в основном достигнута, и лишь некоторые аспекты могли бы быть улучшены. В процессе оценки не было выявлено фактов, свидетельствующих о какой-либо форме насилия или пренебрежения в отношении пациентов. Подавляющее большинство пациентов позитивно отзывались о персонале, подчеркивая хорошее отношение и поддержку. Единственным серьезным недостатком является отсутствие доступа к бесплатным юридическим услугам, который необходим для защиты интересов пациентов в различных организациях.

Исходя из полученных данных, можно заключить, что деятельность, направленная на достижение стандартов пятой темы уже начата, но еще далека от завершения. 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.

В заключение 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.

**Исследование факторов влияющих на институционализацию больных хроническими психическими расстройствами.** Возможности для поиска 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.

Кроме того, 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.

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.

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 стационарирования, коморбидность, лечение); 3) характеристики самого учреждения (тип стационара, качество помощи).

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

С этой целью 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.

Участниками исследования явились пациенты, страдающие тяжелыми психическими расстройствами, проходившие стационарное лечение в Психиатрической Больнице №1 МЗ. 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.

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 вдовы пациенты. Число родственников устанавливалось из количества членов семьи, с которыми пациент находится в регулярном общении и которые участвуют в оказании помощи. Конфликт с законом означал совершение в прошлом пациентом противоправных действий, признанных таковыми соответствующим 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).

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.).

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 институционализированных 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 рас-

стройств, 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 числа предшествующих госпитализаций. 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 2).

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 (таблица 3).

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 2**

**Конечная модель влияния социальных факторов  
на институционализацию больных**

| <b>Переменные</b>  | <b>B</b> | <b>SE</b> | <b>Wald</b> | <b>p</b> | <b>OR (95% CI)</b>  |
|--|----------|-----------|-------------|----------|---------------------|
| 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)  |
| $\chi^2= 115.316$ ; $df=5$ ; $p<0.001$ ; Nagelkerke $R^2 =0.755$ |          |           |             |          |                     |

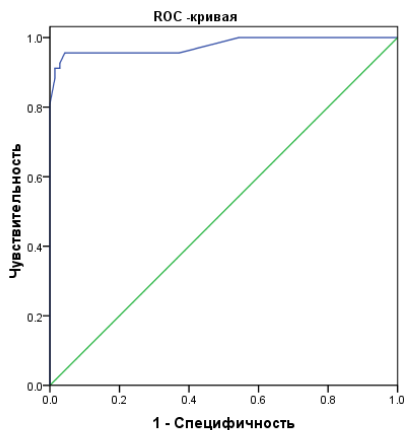
**Таблица 3**

**Конечная модель влияния клинических параметров  
на длительное пребывание в стационаре**

| <b>Переменные</b>  | <b>B</b> | <b>SE</b> | <b>Wald</b> | <b>p</b> | <b>OR (95% CI)</b>  |
|--|----------|-----------|-------------|----------|---------------------|
| 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) |
| $\chi^2= 112.995$ ; $df=4$ ; $p<0.001$ ; Nagelkerke $R^2 =0.745$ ; |          |           |             |          |                     |



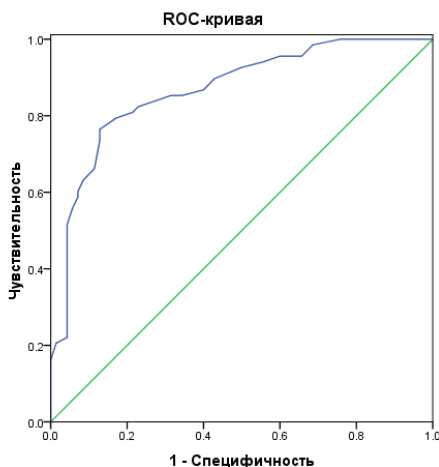
В связи с тем, что институционализированные больные оставались без выписки свыше 5 лет, а длительность стационарного лечения у выписывающихся больных составляет 2.5 месяца, был проведен графический анализ предельной продолжительности госпитализации (ROC анализ), после которой для пациента возрастает вероятность остаться в больнице. Анализ ROC-кривой показал, что наиболее оптимальной точкой отсчета является 3.5 месяца лечения в стационаре ( $Se= 0.956$ ,  $Sp= 0.814$ ;  $AUC= 0.98$ ;  $95\% CI =0.95; 1.0$ ), это означает, что больные, находящиеся в стационаре больше этого срока, скорее всего, не будут выписаны из больницы (график 6).



**График 6. ROC анализ длительности госпитализации.**

Так же был осуществлен ROC анализ выраженности симптомов, который показал, что оптимальным значением является 24.5 баллов по шкале BPRS после лечения ( $Se=0.794$ ;  $Sp=0.829$ ;  $AUS=0.867$ ;  $95\% CI= 0.807;0.927$ ), т.е. при более высоких показателях данной шкалы после окончания активного стационарного лечения риск остаться в больнице значительно возрастает. С учетом статистических данных о том, что 10% пациентов остаются в больнице на длительные сроки, позитивное прогностиче-

ское значение шкалы BPRS составляет 0.693, а негативное - 0.973 (график 7).



**График 7. 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.

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.

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 стационарирования 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.

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.

**Рациональное использование лекарственных препаратов при оказании стационарной и амбулаторной помощи.** 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. В Азербайджане имеется большая вероятность нерационального использования лекарственных препаратов, поскольку, принятые в стране клинические протоколы носят не обязательный, а рекомендательный характер.

Целью данного раздела исследования явилось изучение тенденции в назначении психотропных препаратов у больных, получающих стационарное или амбулаторное лечение в Азербайджане

В соответствии с рекомендациями ВОЗ были отобраны 1226 больных, из которых 626 пациентов находились на стационарном лечении в ПБ №1, а 600 больных получали помощь в ЦПЗ.

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, используемые для лечения психических расстройств. Все психотропные препараты классифицировались как антипсихотики, антидепрессанты, анксиолитики (включавшие бензодиазепиновые и небензодиазепиновые транквилизаторы), стабилизаторы настроения и прочие.

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. 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 ( $\chi^2=1.8$ ;  $df=1$ ;  $p=0.179$ ). 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 ( $\chi^2=93.89$ ;  $df=2$ ;  $p < 0.001$ ).

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 ( $\chi^2= 225.775$ ;  $df=1$ ;  $p<0.001$ ). 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 ( $t = 5.169$ ;  $df = 682$ ;  $p<0.001$ ).

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.

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

Результаты статистического анализа проведенного методом логистической регрессии позволил установить, что у стационарных больных высокие дозы антипсихотических препаратов ассоциировались с принадлежностью пациентов к мужскому полу ( $\beta=0.85$ ;  $p<0.001$ ;  $OR= 2.35$ ;  $95\% CI= 1.55; 3.55$ ), диагнозом шизофрении ( $\beta=1.14$ ;  $p<0.001$ ;  $OR= 4.11$ ;  $95\% CI= 2.02; 8.36$ ), пребыванием на стационарном лечении менее одного года ( $\beta=0.84$ ;  $p<0.001$ ;  $OR= 2.31$ ;  $95\% CI= 1.61; 3.32$ ), использованием нейролептиков первого поколения, а так же полифармакотерапией ( $\beta=1.04$ ;  $p<0.001$ ;  $OR= 2.31$ ;  $95\% CI= 1.94; 4,16$ ).

В группе амбулаторных пациентов изучение зависимости дозы антипсихотических препаратов с социо-демографическими и клиническими характеристиками, не выявило статистически значимой связи по этим показателям. Однако диагноз и число антипсихотиков являлись статистически значимыми предикто-

рами суммарной суточной дозы антипсихотических препаратов. В частности в амбулаторной практике, 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.

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.

При этом результаты нашего анализа указывают на наличие статистически значимой ассоциации между диагнозом шизофрении и лечением FGA и полифармакотерапией ( $\chi^2 = 9.433$ ;  $p = 0.009$ ). В частности при использовании FGA значительно возрастают шансы проведения нежелательной полифармакотерапии ( $\beta = 2.83$ ;  $p = 0.007$ ;  $OR = 16.9$ ;  $95\% CI = 2.167$ ;  $132.311$ ).

В то же время, как показало настоящее исследование, в системе амбулаторной помощи применяются преимущественно атипичные антипсихотические препараты в качестве монотерапии. 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, 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 эф-

фективность, снижение риска развития экстрапирамидных симптомов и комплаентность к лечению.

В настоящее время наряду с фармакотерапией в оказании помощи лицам с психическими расстройствами большое значение приобретает психосоциальная реабилитация. Для исследования ее эффективности в условиях стационара были отобраны 74 больных которые случайным образом были распределены на две группы – основную (35 человек) и контрольную (39 человек). клинические и социальные показатели в группах на момент начала исследования были практически идентичны. Оценка результатов проводилась спустя три месяца после начала реабилитации (таблица 4).

**Таблица 4**

**Психосоциальные показатели  
после проведения реабилитации**

| Показатели          | Основная      | Контрольная   | t      | df | p            |
|---------------------|---------------|---------------|--------|----|--------------|
|                     | группа        | группа        |        |    |              |
|                     | <i>M (SD)</i> |               |        |    |              |
| <b>LCP-16</b>       |               |               |        |    |              |
| Социальная изоляция | 4,43 (2,46)   | 6,03 (3,17)   | -2,397 | 72 | <b>0,019</b> |
| Самообслуживание    | 2,94 (2,07)   | 4,95 (2,86)   | -3,417 | 72 | <b>0,001</b> |
| Сотрудничество      | 0,20 (0,72)   | 0,79 (1,36)   | -2,312 | 72 | <b>0,024</b> |
| Асоциальность       | 2,26 (1,65)   | 3,00 (1,87)   | -1,798 | 72 | <b>0,076</b> |
| LCP (общий балл)    | 9,80 (4,92)   | 14,51 (6,32)  | -3,549 | 72 | <b>0,001</b> |
| <b>HoNOS</b>        |               |               |        |    |              |
| 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 | <b>0,010</b> |
| 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        |
| <b>SOFAS</b>        |               |               |        |    |              |
| SOFAS (общий балл)  | 59,37(13,94)  | 59,13 (14,19) | 0,074  | 72 | 0,941        |
| <b>PANSS</b>        |               |               |        |    |              |
| Позитивные симптомы | 2,34 (2,25)   | 5,46 (7,26)   | -2,438 | 72 | <b>0,017</b> |
| Негативные симптомы | 4,51 (3,36)   | 9,59 (5,74)   | -4,570 | 72 | <b>0,001</b> |
| Общие симптомы      | 5,97 (3,33)   | 11,26 (7,27)  | -3,943 | 72 | <b>0,001</b> |

Сравнение результатов лечения у больных, участвовавших в реабилитационных мероприятиях и пациентов, получавших стандартное лечение, выявило статистически значимые различия по всем разделам шкалы LCP-16, за исключением асоциальности. По шкале HoNOS 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 шкалам HoNOS и SOFAS может объясняться 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.

**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.

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 проблем.

*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.

*Акцент на сильных сторонах личности* – как показано в Гла-



ве 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 реабилитации должна способствовать развитию и применению навыков необходимых для социальной адаптации. Оценка развития навыков в большей степени основывается на ситуационном анализе, нежели на формальном тестировании.

*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.

*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.

*Преимственность помощи* – поскольку тяжелые психические расстройства относятся к хроническим состояниям, ограниченные во времени вмешательства являются неэффективными и пациенты нуждаются в длительной помощи. В этой связи вмешательства должны быть последовательными и неограниченными

во времени.

*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.

Еще одной важной составляющей бихейвиоризма является *моделирование*, которое основано на теории социального научения. 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.

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.

Еще одной формой реабилитации является *профессиональное обучение*. Освоение определенной специальностью позволяет значительно увеличить шансы пациента найти работу и получить постоянный источник дохода

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.

Большое значение в процессе реабилитации имеют *семейные вмешательства*, которые направлены на снижение бремени бо-

лезни 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 психоэдукация - “предоставление систематической, структурированной, дидактической информации о болезни и ее лечении, которая позволяет пациентам и членам семьи лучше справиться с последствиями болезни”. Естественно, семейные вмешательства не ограничиваются психоэдукацией, 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. Обычно психотерапевтические техники направлены на повышение самооценки пациента, удержания мотивации к изменениям, 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.

Одним из важных компонентов реабилитации являлась программа психоэдукации, которая включала 45-минутные тематические сессии, проводимые с интервалом один раз в неделю. Каждая сессия сопровождалась презентацией слайдов и последующим обсуждением полученной информации.

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.

До начала психоэдукации участники исследования выявили относительно низкие показатели по шкале критики Бирчвуда ( $M = 8.06$ ;  $SD = 4.12$ ), которые увеличились в процессе психоэду-

кации ( $M = 10.5$ ;  $SD = 3.66$ ). Несмотря на умеренные различия, они достигали уровня статистической значимости ( $t = -6.497$ ;  $df = 34$ ;  $p < 0.001$ ).

Кроме того до начала психоэдукации пациенты обнаруживали низкую комплаентность к лечению ( $M = 5.43$ ;  $SD = 2.17$ ), которая определялась по шкале DAI, а после психоэдукации комплаентность повысилась до умеренной ( $M = 6.8$ ;  $SD = 1.97$ ). Указанные различия носили статистически значимый характер ( $t = -6.1$ ;  $df = 34$ ;  $p < 0.001$ ). Таким образом, можно прийти к заключению, что программа психоэдукации повысила приверженность пациентов к лечению.

Показатели социальных знаний по шкале SKQ до начала психоэдукации были ниже ( $M = 4.17$ ;  $SD = 2.14$ ), чем после ее завершения ( $M = 6.26$ ;  $SD = 1.72$ ). Так же как и в случае других 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.

## 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 социодемографические показатели, такие как полученное образование, семейное положение и место жительства не обнаруживают прямой связи со стигмой [3, 13].

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 [13].
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 относится 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 [5].
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) [12].
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 вовле-

ченность в местное сообщество (Статья 19 КПИ), реализованы в недостаточной мере [17].

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 [3].
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 [19].
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 [14].
9. Применение более высоких, чем указанных в протоколах, доз антипсихотических препаратов у стационарных боль-

ных 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 [18].

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 [2, 22].

## **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
3. 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, предла-



гаемые 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 психоэдукации, тренингом жизненных навыков, профессиональным обучением, когнитивной реабилитацией и когнитивно-поведенческой терапией.

## **СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:**

1. Исмаилов, Ф.И., Расулов, А.Р. Мультидисциплинарный командный подход // – Баку: Azərbaycan Psixiatriya Jurnalı, – 2012. № 1 (22), – с. 59-70.

2. Rəsulov, A.R. Psixososial reabilitasiya xidmətləri görəən və ənənəvi müalicə olunan pasientlərin klinik, sosial göstəricilərin müqayisəli təhlili / A.R.Rəsulov, F.N.İsmayılov, A.R.Sultanova [və b.] // – Bakı: Azərbaycan Psixiatriya Jurnalı, – 2013. № 2 (25), – s. 65-75.

3. Rəsulov, A.R. Ağır psixi pozuntusu olan xəstələrin xidmətlərə münasibətinin qiymətləndirilməsində VSSS-EU şkalasının istifadə olunması / A.R.Rəsulov, F.N.İsmayılov, R.V.Qaffarova [və b.] // – Bakı: Azərbaycan Psixiatriya Jurnalı, – 2014. № 1 (26), – s. 18-30.

4. Gəraybəyli, G.Ç., Rəsulov, A.R. 2008-2012-ci illərdə Azərbaycanda ictimai təhlükəli əməl törətmiş və məcburi müalicəyə cəlb olunmuş psixi pozuntudan əziyyət çəkən şəxslərin demoqrafik, klinik-diaqnostik və kriminoloji analizi // – Bakı: Azərbaycan Psixiatriya Jurnalı, – 2014. № 2 (27), – s. 8-18.

5. Расулов, А.Р., Кафарова, Р.В., Джафаров, О.Р. Статистический анализ клинических и демографических показателей пациентов лечащихся в психиатрической больнице в течение пяти лет // – Баку: Azərbaycan Psixiatriya Jurnalı, – 2014. № 2 (27), – с. 37-47.

6. İsmayılov, F.N. Şizofreniya xəstələrinin göstərilən xidmətlərə münasibətinin öyrənilməsi / F.N.İsmayılov, A.R.Rəsulov, S.F.Yusobova [və b.] // – Bakı: Azərbaycan Psixiatriya Jurnalı, – 2015. № 1 (28), – s. 19-34.

7. Səlimov, K.N. Psixi anomaliyalı cinayətkarın şəxsiyyəti - hüquqi və tibbi meyarları / K.N.Səlimov, G.Ç.Gəraybəyli, A.R.Rəsulov [və b.] // – Bakı: Bakı Dövlət Universitetinin Xəbərləri, – 2015. № 1, – s. 21-26.

8. Rəsulov, A.R. Psixiatriya stasionarının xidmətlərinin qiymətləndirmək üçün yeni monitoring instrumentinin tətbiqi /

A.R.Rəsulov, F.N.İsmayılov, R.V.Qaffarova // – Bakı: Sağlamlıq, – 2016. № 1, – s. 170-175.

9. Расулов, А.Р. Разработка инструментов по оценки качества услуг в психиатрическом стационаре // – Полтава: Мир медицины и биологии, – 2016. № 2 (56), – с. 69-74.

10. Расулов, А.Р. Исследование эффективности профессионального тренинга для персонала психиатрического стационара / А.Р.Расулов, Ф.Н.Исмаилов, У.А.Гусейнзаде [и др.] // – Полтава: Актуальные проблемы современной медицины, – 2016. Т. 16, – вып. 3 (55), – с. 217-221.

11. Rasulov, A.R. Assessment of the quality of psychiatric care // International Scientific Review Of The Problems And Prospects Of Modern Science And Education. – Boston, USA: – 21-22 June, – 2016. – p. 88-89.

12. Расулов, А.Р. Развитие системы охраны психического здоровья в Азербайджане // Казанский медицинский журнал, – 2017. Т. ХСVIII, – № 4, – с. 656-661.

13. 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.

14. 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.

15. Исмаилова, Дж.Ф., Расулов, А.Р., Кафаров, Т.А. Сравнительное изучение потребностей пациентов с шизофренией, получающих помощь в амбулаторных и стационарных учреждениях в Азербайджане // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология, – 2018. Т. 9, – № 3, – с. 320-330.

16. Aliyeva, R. Patterns of psychotropic drug prescription for inpatients in Azerbaijan / R.Aliyeva, A.Rasulov, N. Safaraliyev [et al.] // 26<sup>th</sup> European Congress of Psychiatry. European Psychiatry, – Nice, France: – 6-9 September, – 2018. 485, – S581.

17. Rəsulov, A.R. Ağır psixi pozuntusu olan şəxslərə stasionar yardım göstərmə sahəsində tələbatların qiymətləndirilməsi / A.R.Rəsulov, F.İsmayılov, Q.Əhmədova [və b.] // – Bakı: Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nailiyyətləri, – 2019. № 1, – s. 51-57.

18. 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.

19. Расулов, А.Р. Предикторы институционализации больных хроническими психическими расстройствами // – Баку: Azərbaycan Tibb Jurnalı, – 2019. № 2, – s. 63-69.

20. Rasulov, A. Mental health and psychotropic drugs use within frames of bio-psychological approach in outpatients in Azerbaijan | A.Rasulov, R. Aliyeva, K. Talibova [et al.] // 27<sup>th</sup> European Congress of Psychiatry. European Psychiatry, – Warszawa Poland: – 6-9 April, – 2019. 565, – S 485-486.

21. Расулов, А.Р. Анализ эффективности программы психодюкации при лечении больных шизофренией // – Bakı: Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nailiyyətləri, – 2019. № 4, – s. 212-219.

22. Расулов, А.Р. Эффективность психиатрической реабилитации больных шизофренией находящихся на стационарном лечении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, – 2021. Т. 121, – № 2, – 24-28.







Защита диссертации состоится «04» июня 2021 года в «14<sup>00</sup>» на заседании Диссертационного совета ЕД 2.05, действующего на базе Азербайджанского медицинского университета.

Адрес: AZ 1022, г.Баку, ул. А. Гасымзаде, 14 (конференц-зал).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Азербайджанского медицинского университета.

Электронная версия диссертации и автореферата размещена на официальном сайте Азербайджанского медицинского университета ([amu.edu.az](http://amu.edu.az)).

Автореферат разослан по соответствующим адресам «03» мая 2021 года

Подписано в печать: 29.04.2021

Формат бумаги: 60 x 84 1/16

Объем: 79 782 символа

Тираж: 70