**Слайд №1**

**Технологии сестринского психиатрического сервиса в психосоциальной реабилитации женщин трудоспособного возраста, страдающих непсихотическими аффективными расстройствами**

**Т. А. Воронкова,**

**старшая медицинская сестра**

**психотерапевтического амбулаторного отделения**

**БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова»**

**Слайд № 2**

Уважаемые коллеги!

По данным ВОЗ отмечается беспрецедентный рост пограничных психических расстройств в большинстве развитых стран мира. На психиатрическую и психотерапевтическую помощь в Западных странах тратят 2% от ВВП. В России 8 – 14% от бюджета здравоохранения.

Спрос на психиатрическую и психотерапевтическую помощь во всем мире, особенно на амбулаторное лечение, превышает, в последнее десятилетие, спрос на все остальные услуги медицины, хотя психотерапия составляет только 3% от структур оказывающих медицинскую помощь.

Рост пограничной психической патологии делает всё более актуальным вопрос организации оказания психиатрической и психотерапевтической помощи населению. Концепция социально-стрессовых и психосоматических расстройств расширила область пограничной психиатрии до новых границ, и значительная часть населения может быть признана потенциально нуждающейся в специализированной помощи. В данной ситуации встаёт вопрос об изыскании новых возможностей оказания помощи пациентам с пограничными психическими расстройствами и оптимизации имеющихся ресурсов.

**Слайд № 3**

Доминирующей задачей психотерапии в общественно ориентированной психиатрии становится раннее выявление и активная терапия на начальных этапах непсихотических психических расстройств (НППР) для предотвращения их хронизации, уменьшения трудопотерь, инвалидизации и повышение качества жизни профильного контингента.

**Слайд №4**

В связи с вышеизложенным нами актуализирована цель настоящего исследования – разработка технологий сестринского психиатрического сервиса психосоциальной реабилитации лиц с НППР.

**Слайд №5**

Сестринское исследование проводилось на базе БУЗОО «КПБ им. Н.Н.Солодникова» в психотерапевтическом амбулаторном отделении с декабря 2014 года по июнь 2015 года.

**Слайд №6**

В состав группы участвующей в сестринском исследовании вошли: зав.отделением, доктор психологических наук, кандидат медицинских наук – Четвериков Д.В., врачи–психотерапевты, медицинский психолог, медицинские сестры психотерапевтического амбулаторного отделения. Также существенный вклад в помощи исследования был получен от главной медицинской сестры Гирфановой Е.П. и ССД.

**Слайд №7**

Сестринское исследование включало пять этапов:

**1 этап -** Разработка технологий сестринского психиатрического сервиса психосоциальной реабилитации пациентов, и обучение медицинских сестер данным технологиям. Обучение прошло пять медицинских сестер.

**2 - этап** - Формирование исследовательской группы и группы сравнения из пациентов Психотерапевтического амбулаторного отделения БУЗОО «КПБ им.Н.Н.Солодникова».

**Слайд №8**

В исследовании приняли участие 81 респондент. В качестве целевой группы нами рассмотрены женщины трудоспособного возраста, cо стажем работы не менее 5 лет как наиболее демографически представленная группа контингента НППР.

**Слайд №9**

Пациентки были поделены на две группы:

**1 группа** - Основная группа включала в себя 64 женщины, страдающих различными формами НППР (шифры F4, частично F3 и F0 по МКБ-10) в возрасте 34-55 лет, в которой применялись разработанные нами технологии психосоциальной реабилитации.

**2 группа** – это группа сравнения включала в себя 17 женщин аналогичной возрастной и нозологической структуры; здесь технологии психиатрического сервиса не применялись в связи субъективными (ориентировка только на медикаментозное лечение, негативное отношение к психиатрической помощи) и объективными причинами (наличие маленьких детей, домашних животных и проблемных родственников, негативное отношение в семье, отдаленное проживание, напряженный рабочий график и пр.).

**Слайд №10**

3 – этап - Клинико-динамическое наблюдение в течении минимум 6 месяцев. Данный временной интервал взят нами как минимальный срок противорецидивного лечения при непсихотических аффективных расстройствах.

**Слайд №11**

В ходе исследования мы оценивали следующие параметры: клинико-динамическая оценка актуального состояния пациенток, приверженность лечению, частота контрольных посещений клиники, вовлеченность ближайшего социального окружения в лечебно-реабилитационный процесс, качество жизни и социальное функционирование.

**Слайд №12**

**4-этап** - Динамическая оценка параметров качества жизни и социального функционирования. В данном направлении мы использовали "Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни", разработанный И.Я. Гуровичем и А.Б. Шмуклером (1998), который был адаптирован для пациенток данного контингента.

**5 этап** - Оценка результатов, их статистическая обработка, интерпретация и разработка тематических рекомендаций.

**Слайд №13**

Теперь рассмотрим более подробнее каждый этап исследования.

Сестринские технологии психиатрического сервиса включали в себя следующее:

1. Обучение медицинских сестер сестринской диагностике донозологических признаков пограничных эмоциональных расстройств, в частности – склонности к тревожным реакциям, угнетенного настроения, избыточной озабоченности своим физическим и психическим здоровьем, оценка физиологических предикторов тревожно-депрессивных расстройств, таких как мерцающие нарушения сна, нарушения аппетита, астения, транзиторные вегетативные расстройства – колебания артериального давления, пульса, дермографизм, преходящие нарушения функций ЖКТ.

2. При сборе сестринского анамнеза при каждом визите участницы нашего исследования делали акцент на сложных психосоциальных ситуациях, среди которых существенное значение имели семейные проблемы, колебания социально-экономического статуса, бытовые и профессиональные неурядицы, психосоциальные кризисы – "кризис середины жизни", "пенсионное банкротство", "синдром разоренного гнезда", и т.д.

**Слайд №14**

3. Медицинские сестры принимали непосредственное участие в индивидуальных (психообразование, индивидуальная рациональная психотерапия, инструментальная поддержка), семейных (семейное консультирование) и групповых («Школа психического здоровья») формах реабилитации пациенток. На данном этапе была разработана и внедрена «Школа психического здоровья для пациентов пограничного профиля», в которой важная роль отводится медицинской сестре.

4. Дистанционные формы поддерживающей психотерапии (телефонное консультирование, которое проводят медицинские сестры).

**Слайд №15**

5. Также были разработаны и внедрены коммуникативные тренинги: «Позитивный настрой на будущее» , «Женское счастье», «Способы нормализации семейной обстановки».

6. С пациентками проводилось психообразование по таким направлениям , как «Жизнь с депрессией», «Соматические маски депрессии и тревоги», «Жизненные кризисы», тренинги: «Антидепрессанты, их роль в лечении депрессии», «Фармакологические способы лечения тревоги».

7. Психообразование с родственникам. Разработаны и реализованы тренинги «Возрастные кризисы женщин», «Семейные проблемы и их решение», «Медикаменты и семейный стиль».

**Слайд №16**

В ходе шестимесячного исследования нами были получены результаты, которые демонстрируют необходимость включения сестринских технологий в комплексное лечение изучаемых расстройств. В частности:

1. В исследовательской группе в период наблюдения повторные обращения к врачу в связи с ухудшением психического состояния наблюдалась в основной группе у 37 человек (57,8%) и 8 человек (47,1%) в контрольной группе. Мы связываем это с более определенными установками на систематический прием медикаментов и возможность принятия незамедлительных решений, возникающих в результате семейных и социальных проблем. Кроме того в основной группе пациентки приобретали своеобразную «медицинскую культуру», они более упорядоченно обращались к врачам общей практики с реальными соматическими заболеваниями, а не в связи с ипохондрическими переживаниями.

**Слайд №17**

2. Повторные обращения, потребовавшие госпитализации в психиатрическую больницу, отмечались у 6 пациенток (9,3%) основной группы, и у 2 пациенток контрольной группы (11,8%). Мы связываем это с возможностью пациентов на ранних этапах предотвращать обострение психических заболеваний, их высокой информированностью в этих вопросах. В некоторых случаях пациентки до обращения в клинику звонили медицинским сестрам и делились с ними своими болезненными переживаниями и мотивировались к необходимости обращения в амбулаторную службу.

**Слайд №18**

3. Следует отметить более высокий уровень приверженности к лечению у пациентов основной группы. Значение по этому признаку составило 1,16 + 0,10 баллов в основной группе, в контрольной 2,25 + 0,17 балла. В контрольной группе пациентки были склонны к тому, чтобы снижать дозу препаратов, заменять их дженериками, они активно изучали инструкции к лекарственным препаратам, искали побочные действия лекарств. Были склонны к использованию сомнительных «методов лечения» типа «народных средств», «целительства», «энергоинформационной терапии» и пр. В основной группе пациентки получали достоверную, проверенную информацию и вовремя решали возникающие вопросы по медикаментозному лечению. В целом поведение пациенток менялось: они более осторожно относились к психотравмирующим обстоятельствам, в частности в трех случаях в основной группе пациентки расстались с алкоголизирующимися сожителями, из них двое установили новые отношения. Пациентки отвергали роль жертвы и более решительно и аутентично занимались вопросами создания благоприятной психологической обстановки.

**Слайд №19**

4. Число противопоказанных во время лечения алкогольных эпизодов установлено у 54 пациенток (0,9 на 1 респондентку) основной группы, тогда как в контрольной группе данный показатель почти втрое больше – 14 пациенток (2,7 на 1 респондентку). Случаев брутального пьянства не наблюдалось в обеих группах. Четыре пациентки основной группы бросили курить сигареты.

**Слайд №20**

5. Обращает на себя внимание тенденция к тому, что пациентки основной группы чувствуют себя менее стигматизированными и чаще советуют родственникам и соседям обращаться в психиатрическую больницу по сходным и прочим клинико-социальным ситуациям. Так в 12 случаях пациентки основной группы сами приводили родственников, тогда как в контрольной группе этого не наблюдалось. Однако отметим, что у 6 пациенток контрольной группы актуализировались рентные психологические установки. Они обращались к врачам и, особенно, к медсестрам по малейшему поводу, иногда принимая роль беззащитной жертвы. Самостоятельно увеличивали дозы принимаемых препаратов, активно стремились к госпитализации в психиатрическую клинику без соответствующих показаний. Данное обстоятельство следует учитывать при проведении психосоциальной реабилитации в тематической группе.

**Слайд №21**

6. В ходе групповой психотерапии пациентки с НППР активно обсуждали вопросы клиники и лечения основного заболевания, тогда как проблемы в личной жизни нередко вызывали у них крайне негативную реакцию и стремление покинуть группу. Особенно это касалось взаимоотношений между замужними пациентками и теми, у кого не было полового партнера и /или детей. В силу этой конфронтации наша попытка создать своеобразный "Женский клуб", где выздоравливающие больные депрессией могли бы решать проблемы в личных взаимоотношениях или привлекать потенциальных партнеров, закончилась неудачей.

**Слайд №22**

7. При оценке стандартизированных показателей качества жизни нами установлено следующее:

* оценка своего психического здоровья: 1,05 + 0,15 баллов в основной группе и 2,07+0,38 в группе сравнения;
* удовлетворённость своим психическим состоянием: 1,76 + 0,25 баллов в основной группе и 3,62 + 0,43 в группе сравнения;
* удовлетворенность физическим самочувствием: 0,95 + 0,15 баллов в основной группе и 2,03 + 0,37 в группе сравнения;

**Слайд №23**

* удовлетворённость профессиональной деятельностью: 2,07+0,34 баллов в основной группе и 2,34 + 0,41 в группе сравнения;
* общение с друзьями и знакомыми: 2,57+0,17 баллов в основной группе и 3,05+0,24 в группе сравнения;
* ведение домашнего хозяйства: 2,51+0,40 баллов в основной группе и 2,34+0,38 в группе сравнения.

**Слайд №24**

Наше исследование нуждается в продолжении и определение роли каждого компонента в психосоциальной реабилитации. Мы считаем, что вопросам психосоциальной реабилитации пациентов с непсихотическими расстройствами до настоящего времени уделялось незаслуженно мало внимания. Учитывая то, что эти пациенты имеют более благоприятный социальный дисплей, и при соответствующем лечении, способны полностью восстановить психосоциальные функции.

**Слайд №25**

В современном российском обществе отсутствует запрос на психотерапевтическую помощь; его формирование возможно после длительного предметного психогигиенического просвещения. Исторически сложилось так, что потребность населения в обращении к специалистам при возникновении проблем в психической сфере не выражена; пациенты обращаются к врачам-психотерапевтам в последнюю очередь, нередко - в состоянии психоза. Разработка системы повышения информированности всех участников социальной практики в отношении пограничной психиатрии может стать реальным фактором превенции психической патологии.

**Слайд №26**

Следующим шагом по продолжению исследования будет:

1. Создание карты маршрута пациента с непсихотическими депрессивными расстройствами в амбулаторных условиях.
2. Создание школ по профилактики рецидива болезни.

**Слайд №27**

Благодарю за внимание!