

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XV

№ 2

2009

Москва-Павлодар

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Профессор, доктор медицинских наук А. А. Аканов; доктор медицинских наук С. А. Алтынбеков; Н. Е. Мирошниченко (ответственный секретарь); профессор О. Т. Жузжанов; профессор Н. Т. Измаилова; профессор, доктор медицинских наук А. Л. Катков (главный редактор); профессор, доктор медицинских наук В. В. Макаров (главный редактор); кандидат психологических наук Г. А. Макарова; доктор медицинских наук С. А. Нурмагамбетова; Л. Н. Маркина (редактор); доктор медицинских наук Ю. А. Россинский; академик РАМН В. Я. Семке; А. К. Тастанова; кандидат медицинских наук А. Ю. Толстикова; профессор, доктор медицинских наук А. А. Чуркин

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Доктор медицинских наук М. Асимов (Алматы); профессор Н. А. Бохан (Томск); профессор М. Е. Бурно (Москва); академик, доктор медицинских наук, профессор М. Х. Гонопольский (Хайфа); доктор медицинских наук, профессор Ж. А. Доскалиев (Астана); доктор медицинских наук, профессор В. Ю. Завьялов (Новосибирск); доктор медицинских наук, профессор Р. Г. Илешева (Алматы); доктор медицинских наук, профессор Н. А. Корнетов (Томск); доктор психологических наук, профессор Р. Кочунас (Вильнюс); доктор медицинских наук, профессор Г. М. Кудьярова (Алматы); доктор медицинских наук И. Е. Куприянова (Томск); доктор медицинских наук, профессор Х. Пезешкиан (Висбаден); кандидат медицинских наук Л. А. Степанова (Томск); профессор, доктор медицинских наук Н. К. Хамзина (Астана)

**Регистрационное свидетельство №1706 выдано
Министерством печати и массовой информации
Республики Казахстан**

**Регистрационное свидетельство ПИ № 77-7054 выдано
Министерством Российской Федерации по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых коммуникаций**

**Внимание, соискатели! Журнал “Вопросы ментальной медицины и экологии”
решением коллегии ВАК от 3.03.2002 г. включен в перечень изданий
для публикации основных научных результатов диссертации**

**Журнал основан в 1995 году
Адрес редакции: 140001, Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200
Телефон (факс): 8 (7182) 60-50-93
E-mail: press@rncenter.kz**

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ

УЧРЕДИТЕЛИ:

<i>Илешева Р. Г., Алтынбеков С. А., Бабыкпаева А. Т.</i>	
Нозологическая структура психических расстройств у лиц, которым рекомендована ст. 17 УК РК	7-10
<i>Илешева Р. Г., Алтынбеков С. А., Бабыкпаева А. Т.</i>	
Социодемографические данные в отношении подэк- спертных, которым рекомендована ст. 17 УК РК 1997 г.	11-14

НАРКОЛОГИЯ

**Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига**

**РГКП
«Республиканский
научно-практический
центр медико-
социальных проблем
наркомании»**

**Том XV
№ 2
2009 год**

**выходит
4 раза в год**

<i>Беспалова Л. Ю.</i>	
Диагностика ВИЧ - инфекции у опийных наркоманов	15-16
<i>Беспалова Л. Ю.</i>	
Особенности астенического синдрома у ВИЧ - инфи- цированных лиц, зависимых от опиоидов	17-18
<i>Катков А. Л.</i>	
Методология комплексной оценки качества первично- профилактической наркологической помощи, оказы- ваемой в секторе добровольной наркологической по- мощи МЗ РК	18-26
<i>Катков А. Л.</i>	
Методология комплексной оценки качества первичной наркологической помощи, оказываемой в секторе доб- ровольной наркологической помощи МЗ РК	27-34
<i>Катков А. Л.</i>	
Методология комплексной оценки качества нарколо- гической помощи на этапе амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ в секторе доброволь- ной наркологической помощи МЗ РК	35-43
<i>Катков А. Л.</i>	
Методология комплексной оценки качества нарколо- гической помощи на этапе стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ в секторе доброволь- ной наркологической помощи МЗ РК	43-52
<i>Катков А. Л.</i>	
Методология комплексной оценки качества нарколо- гической помощи на этапе противорецидивной и под- держивающей терапии зависимых от ПАВ в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК	52-62
<i>Катков А. Л.</i>	
Методология комплексной оценки качества нарколо- гической помощи - оценка общих характеристик сис- темы управления качеством наркологической помощи на основных этапах ее оказания	62-65
<i>Катков А. Л.</i>	
Оценка качества наркологической помощи на уровне ближайшего окружения зависимых от ПАВ	65-67

<i>Прилуцкая М. В.</i>	
Актуальность исследования феномена интернет-аддикции в современной наркологии	67-70
<i>Ракишева А. С., Пазылхаир М. П., Шабалова Е. Н.</i>	
Автоагрессивное (суицидальное, несуицидальное) поведение у больных опийной наркоманией (клинико-психопатологический аспект)	71-73
<i>Садвакасова Г. А., Абееева А. Г., Пазылхаир М. П.</i>	
Социально-демографические и социально-психологические особенности формирования опиоидной наркомании у женщин, проживающих в Казахстане	74-75

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

<i>Лаврова Н. М., Лавров В. В.</i>	
Родительская мотивация и супружеские отношения	76-83

ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

<i>Салимбаева М. М.</i>	
Организация медицинского обслуживания в медико-социальных учреждениях (на примере ГУ «Павлодарский специализированный дом для психохронников»)	84-85
<i>Юсопов О. Г., Мусабекова Ж. К.</i>	
Особенности потребления психоактивных веществ среди детей младшего и старшего школьного возраста	85-93
<i>Резюме</i>	94-103

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

THE CONTENTS

FOUNDERS:

PSYCHIATRY

<i>Ilisheva R. G., Altynbekov S. A., Babykpaeva A. T.</i>	
Nosologic structure of mental frustration at persons to whom item 17 CC RK is recommended	7-10
<i>Ilisheva R. G., Altynbekov S. A., Babykpaeva A. T.</i>	
The social-demographic data concerning the people under examination by which item 17 CC RK of 1997 is recommended	11-14

NARCOLOGY

**Professional
Psychotherapeutic
League**

**RPSE
«Republican Research-
and-Practical Center
of Medical-Social Drug
Addiction Problems»**

**Volume XV
№ 2
2009**

**Published 4 times
in a year**

<i>Bespalova L. Y.</i>	
Diagnostics of HIV - infections at thebaic addicts	15-16
<i>Bespalova L. Y.</i>	
Astheno-syndrome peculiarities at thebaic NIV addicts	17-18
<i>Katkov A. L.</i>	
Methodology of a complex estimation of the primarily-preventive narcological help quality rendered in the sector of voluntary narcological help of MH RK	18-26
<i>Katkov A. L.</i>	
Methodology of a complex estimation of the primary narcological help quality rendered in the sector of voluntary narcological help of MH RK	27-34
<i>Katkov A. L.</i>	
Methodology of a complex estimation of the narcological help quality at a stage of out-patient treatment and rehabilitation dependent on PAS in the sector of voluntary narcological help of MH RK	35-43
<i>Katkov A. L.</i>	
Methodology of a complex estimation of the narcological help quality at a stage of hospitalization and rehabilitation dependent on PAS in the sector of voluntary narcological help of MH RK	43-52
<i>Katkov A. L.</i>	
Methodology of a complex estimation of the narcological help quality at a stage of anti-recurrent and supporting therapy dependent on PAS in the sector of voluntary narcological help of MH RK	52-62
<i>Katkov A. L.</i>	
Methodology of a complex estimation of the narcological help quality - an estimation of general characteristics of a control system of the narcological help quality at the basic stages of its rendering	62-65
<i>Katkov A. L.</i>	
The estimation of the narcological help quality at a level of the closest people dependent on PAS	65-67
<i>Prilutskaya M. V.</i>	
The urgency of the Internet-addiction phenomenon research in modern narcology	67-70

<i>Rakisheva A. S., Pazylhair M. P., Shabalova E. N.</i>	
Autoaggressive (suicide, not suicide) behaviour at patients with thebaic narcotism (clinical-psychopathological aspect)	71-73
<i>Sadvakasova G. A., Abueva A. G., Pazylhair M. P.</i>	
Socially-demographic and socially-psychological features of opioid narcotism formation at the women living in Kazakhstan	74-75

PSYCHOLOGY OF HEALTH. VALEOLOGY.

<i>Lavrova N. M., Lavrov V. V.</i>	
Parental motivation and matrimonial relations	76-83

INFORMATION, REVIEWS

<i>Salimbaeva M. M.</i>	
The organization of health services in medical-social establishments (on the example of SE «Pavlodar specialized house for psycho-chronic invalids»)	84-85
<i>Yusupov O. G., Muzabekova Zh. K.</i>	
The features of psychoactive substances consumption among children of younger and senior school age	85-93
<i>The resume</i>	94-103

ПСИХИАТРИЯ

НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ, КОТОРЫМ РЕКОМЕНДОВАНА СТ. 17 УК РК

Р. Г. Илешева, С. А. Алтынбеков, А. Т. Бабыкпаева

По результатам экспертных решений в зависимости от нозологической принадлежности по МКБ-10 по-

дэкспертные лица, которым была рекомендована статья 17 УК РК, распределились следующим образом.

Таблица № 1

Нозологическая структура клинического материала

Наименование заболеваний	Шифр заболеваний по МКБ - 10	Абсолютное число лиц подлежащих экспертизе (чел.)	%	Доверительный интервал
Органические психические расстройства	F 00-F 09	55	52,88	±4,91%
Умственная отсталость	F 70-F 79	26	25	±4,26%
Шизофрения	F 20- F 23	13	12,5	±3,25%
Расстройства личности	F 60-69	5	4,8	±2,10%
Эpileпсия	G 40 – G 49	5	4,8	±2,10%

Как было сказано выше, нами исследовались лица, прошедшие судебно - психиатрическую экспертизу стационарно в городе Алматы за период 2001 - 2005 годов.

Эти данные были сопоставлены со статистическими данными из ведомственной статистической отчетности по форме № 38 за тот же период, которые содержат сведения и по стационарной, и по амбулаторной СПЭ по всей Республике.

По данным, представленным в таблице № 2, статистический анализ структуры нозологических форм показывает, что группа органических психических расстройств (F00 - F99) представлена наибольшим количеством случаев. В течение 5 лет (2001 – 2005 гг.) они колебались в пределах от 44,5% до 52%. Второе место по частоте психических расстройств принадлежало диагнозу: Умственная отсталость (олигофрении) F70 - F79. За этот же период число подэкспертных лиц колебалось в пределах от 9% до 12,3%. Шизофрения составила от 3,5% до 5,01% случаев. Число расстройств личности колебалось в пределах от 5% до 6,7%. Психически здоровыми были признаны от 59,4% до 71,17% лиц, прошедших судебно-психиатрическую экспертизу в Республике Казахстан за 2001 – 2005 годы.

Среди лиц, проходивших СПЭ (ССПЭ и АСПЭ) в период 2001 - 2005 годы в Казахстане на первом месте были органические психические расстройства, на втором – умственная отсталость, на третьем – шизофрения. До двух третей подэкспертных лиц признавались здоровыми.

Ниже приведен анализ экспертных решений, вынесенных стационарной экспертизой проведенной в Алматы за анализируемый период - с 2001 по 2005 годы.

Как отмечалось выше, в алматинский стационар поступают лица, направленные на экспертизу, из всех областей Республики Казахстан. Эти данные характеризуют удельный вес применений статьи 17 Уголовного кодекса Республики Казахстан (УК РК) относительно стационарной экспертизы лиц из всех регионов Республики. А если учесть, что при амбулаторных экспертизах норма ограниченной вменяемости до сих пор применяется в единичных случаях, то приведенные данные в определенной мере отражают частоту применения ст. 17 УК РК по всему Казахстану.

Приводим сводные данные экспертных решений за 2001-2005 годы.

Среднее число лиц, признанных ограниченно вменяемыми, составило 5,81%.

Приведенные в таблице № 3 данные дают представление о том, что удельный вес применения статьи 17 УК РК колеблется в от 4,18% до 7,41%. Наименьшим вышеупомянутый удельный вес был в первый год системного применения. Среднее число лиц, признанных ограниченно вменяемыми, в 2001 - 2005 годах составило 5,81%.

Ниже приводятся данные по Российской Федерации о лицах с ограниченной вменяемостью, из которых следует, что в анализируемые годы в этих данных отмечается большой разброс числа лиц. Наибольшее количество лиц с установленным ди-

Таблица № 2

Нозологическая квалификация заболеваний по МКБ – 10 у подследственных и подсудимых лиц, прошедших судебно-психиатрическую экспертизу в Республике Казахстан за период 2001 - 2005 годов

Наименование заболеваний	Шифр заболевания по МКБ - 10	Годы										
		2001		2002		2003		2004		2005		
		Абсолютное число (чел.)	%		Абсолютное число (чел.)	%		Абсолютное число (чел.)	%		Абсолютное число (чел.)	%
Органические психические расстройства, симптоматические психозы	F00 - F099 F00 - F09	5274	46,9	5415	48,3	5667	52	4394	44	5162	45,4	
Шизофрения	F20 - F23	396	3,52	445	4	501	4,6	350	3,5	411	3,6	
Аффективные расстройства	F32	9	0,08	10	0,09	7	0,06	9	0,1	4	0,04	
Неврозы	F40 - F48	104	0,92	198	1,8	343	3,14	169	1,7	128	1,12	
Расстройства личности	F60 - F68	718	6,38	750	6,7	722	5,7	569	5,8	644	5,7	
Умственная отсталость	F70 - F79	1385	12,3	1300	11,6	1169	10,7	915	9,3	1032	9	
Психически здоров	0000	6721	59,7	6654	59,4	6153	56,5	6241	63	7117	62,6	
Прочие		323	2,9	294	2,6	319	2,9	275	2,2	271	2,4	
ВСЕГО (прошли экспертиз)		1250		11208		10892		9873		11373		

Таблица № 3

Сводные экспертные решения стационарной судебно–психиатрической экспертизы за период 2001 - 2005 годов

Название болезни	Число подэкспертных лиц (в абсолютном и процентном выражении с допустимым интервалом)				
	ВСЕГО	Вменяемые	Невменяемые	Ограниченно вменяемые	Статья 73 УК РК
Органическое психическое расстройство	804 (44,91%) ± 1,17	624 (34,86%) ± 1,12	100 (5,58%) ± 0,54	55 (3,07%) ± 0,40	25 (1,39%) ± 0,27
Умственная отсталость	133 (7,43%) ± 0,62	86 (4,80%) ± 0,50	21 (1,17%) ± 0,25	26 (1,45%) ± 0,28	-
Шизофрения	263 (14,69%) ± 0,83	24 (1,34%) ± 0,27	212 (11,84%) ± 0,58	13 (0,72%) ± 0,19	14 (0,78%) ± 0,2
Расстройство личности	79 (4,41%) ± 0,48	71 (3,96%) ± 0,46	3 (0,16%) ± 0,09	5 (0,27%) ± 0,12	-
Эпилепсия	30 (1,67%) ± 0,3	16 (0,89%) ± 0,22	9 (0,50%) ± 0,16	5 (0,27%) ± 0,12	-
Прочее	481 (26,87%) ± 1,04				
ВСЕГО	1790	821 (45,86%) ± 1,17	345 (19,27%) ± 0,9	104 (5,81%) ± 0,55	39 (2,17%) ± 0,34

агнозом имело место в 1998 году, а в остальные годы отмечены относительно равномерные колебания.

Приведем некоторые данные из анализа состояния 382 подэкспертных лиц, находившихся в

ГНЦС и СП им. В. П. Сербского (Москва, РФ) в 1997-1999 годы, к которым была применена статья 22 Уголовного кодекса Российской Федерации (см. таблицу № 4).

Таблица № 4

*Диагнозы, установленные лицам, которым рекомендовалось применение статьи 22 Уголовного кодекса Российской Федерации в 1997 – 1999 годах**

Диагноз	1997 г.	1998 г.	1999 г.
	Абсолютное число (чел.)	Абсолютное число (чел.)	Абсолютное число (чел.)
Органическое психическое расстройство	66	95	84
Умственная отсталость	9	12	6
Шизофрения	16	5	9
Расстройство личности	13	27	15

* Примечание - таблица приведена в сокращенном виде

Приведенные данные относятся к первым годам опыта применения ограниченной вменяемости в РФ в соответствие со статьёй 22 Уголовного кодекса Российской Федерации.

По более поздним данным ГНЦС и СП им. В.П.Сербского за 2002 год, в России среди подэкспертных лиц, признаваемых ограниченно вменяемыми, наиболее часто встречались лица с органическими психическими расстройствами. Они составили 46% от общего числа лиц, подвергнутых экспертизе. Умственная отсталость была установлена у 35,6% подэкспертных лиц, расстройства личности - у 7%, больных шизофренией - 2,6%. Другие психические расстройства составили 9,7% от общего числа лиц, подвергнутых экспертизе.

Преобладание лиц с органическими психическими расстройствами, которые составили около половины из общего числа подэкспертных лиц, признанных ограниченно вменяемыми, не вызывало каких-либо вопросов, поскольку подэкспертные с такого рода патологией преобладали среди лиц, направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу. Российскими авторами это объяснялось и тем, что среди органических психических расстройств отмечается высокий удельный вес по-граничных психических расстройств по степени их выраженности. Последние являются клинической предпосылкой для установления ограниченной вменяемости [1]. Низкий удельный вес диагноза расстройства личности (психопатии) среди лиц, признанных ограниченно вменяемыми, составивших 7% больных, объясняется сложившейся спецификой диагностических подходов в судебно-психиатрической практике, своеобразных диагностических стереотипов, при которых нередко переоценивается факт перенесенных органических вредностей. Больные шизофренией составили всего 2,6% в числе лиц признанных ограниченно вменяемыми.

Однако авторы заметили, что по данным первого опыта применения статьи 22 УК РФ в 1997 – 1999 годах удельный вес больных шизофренией, признанных ограниченно вменяемыми было около 22%.

Анализ работы судебно-психиатрических экспертных комиссий РФ после введения статьи 22 УК РФ показал, что её применение рекомендовалось примерно 3% лиц с психическими расстройствами. За период с 1997 года по 2002 год, т.е. в начальный этап применений статьи 22 УК РФ, когда ещё не были научно разработаны апробированные критерии оценки использования этой нормы, и случаи легко распознавались, в основном - эмпирически, показатель ограниченной вменяемости колебался в пределах от 2,2% в 1997 году до 2,8% в 2002 году.

Предполагалось, что этот показатель в будущем повысится. Эта динамика должна отражать, с одной стороны - степень научной разработанности критериев ограниченной вменяемости и уровень готовности экспертов обосновать свое решение. С другой стороны - необходима готовность применения нормы ограниченной вменяемости органами судопроизводства. По мере накопления опыта вос требованность нормы ограниченной вменяемости в юридической практике определяется инициативой защиты, судей и других представителей судопроизводства, у которых формируется представление о правовых преимуществах ее применения.

В Российской Федерации в 1999 году, т.е. на третьем году применения статьи 22 УК РФ отмечалась неравномерность данных. В работе некоторых комиссий имелась расширительная практика применений ограниченной вменяемости - она признавалась у каждого четвёртого лица, признанного вменяемым (т.е. как это имело место в России в 20 годы XX столетия). В 20% регионов страны вопрос о статье 22 УК РФ вообще не поднимался, а в

30% регионов решение об ограниченной вменяемости принималось в единичных случаях.

К 2000 году в России отмечалось некоторое сглаживание этих различий. В трёх из 78 регионов РФ этот показатель был на уровне 10%. В каждом четвёртом регионе страны вопрос о применении статьи 22 УК РФ в этот период не ставился вообще или решение принималось менее чем в 1% случаев.

В качестве основной причины неравномерной практики использования статьи 22 УК РФ считается недостаточная сформированность методических предпосылок ее применения.

В связи со сказанным выше, органическое психическое расстройство, как показал российский опыт, является наиболее частой психической патологией у лиц, признанных ограниченно вменяемыми. И эта клиническая выборка может считаться репрезентативной для обсуждения наиболее общих методических проблем по ограничено вменяемости.

Приведенные выше данные являются наиболее сопоставляемыми с нашими данными. В связи с этим, они приведены в аналитической части нашей работы, что облегчает использование МКБ – 10 в России с 1997 г. и Казахстане – с 1998 года. Хотя во многих странах дальнего зарубежья используется эта же классификация, однако, традиционные принципы с использованием базисного клинико-психопатологического метода в клинической диагностике в Казахстане во многом сходны с российскими.

В отличие от этого в странах Европы и США как в общепсихиатрической, так и, особенно в судебно-психиатрической теории и практике, используется социопсихологические критерии в синдромальной диагностике психических расстройств (что нашло отражение в МКБ – 10) [2].

Так, психиатры – эксперты Германии считают, что при расстройстве личности нет страдания, а есть нарушение, психопатическая личность и криминальная личность по их определению – это синонимы.

В англо-американской доктрине уголовного права в отношении лиц с «диссоциальным расстройством личности» в законе существует пояснение: «термин психическое нарушение» не означает патологического отклонения, которое проявляется только лишь периодическими приступами или антисоциальными действиями» (Вандыш - Бубко В. В., Шостакович Б. В., 2005).

Помимо разных принципов клинической диагностики уголовные кодексы западных стран, в от-

личие от института ограниченной вменяемости (принятой в России и в Казахстане), включают в себя норму «уменьшенной вменяемости» являющей несколько другим аргументом.

Как экспертиза, так и правовая оценка ограниченной вменяемости является сложной, о чем свидетельствует многомерный опыт применения этой нормы в странах дальнего зарубежья. Основными аргументами уменьшенной вменяемости в этих странах является не столько поиск психопатологии, сколько учёт личностных, неврологических расстройств, психические травмы, в основном в периоде детства, (т.е. психодинамический подход) ситуационных факторов.

Наши исследования являются первым опытом применения в практике судебной психиатрии в Казахстане нормы ограниченной вменяемости в соответствии со статьёй 17 Уголовного кодекса РК от 1997 года. Реальное её первое применение было предпринято в судебном отделении Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии в городе Алматы в 2001 году, т.е. через 4 года после выхода нового Уголовного кодекса Республики Казахстан. В 2000 году были единичные случаи применения этой нормы, которые не поддаются анализу.

В других регионах Казахстана, где функционируют только амбулаторные СПЭ, норма ограниченной вменяемости применяется в единичных случаях и в последние годы.

Алматинское судебно-психиатрическое отделение – это единственный стражный стационар, где проводятся ССПЭ для всей Республики Казахстан. Данные, полученные в нашем исследовании, отражают анализируемый материал из всех 15 областных регионов Республики.

Таким образом, приведенный анализ показывает, что наши данные, полученные при анализе нозологической квалификации заключений СПЭ лиц, к которым была применена норма ограниченной вменяемости в соответствии со статьёй 17 Уголовного кодекса РК от 1997 года, с одной стороны, отражает нозологическую структуру психических расстройств в Республике Казахстан за тот же период (2001 - 2005 годы). С другой стороны - они сопоставимы с данными института им. В. П. Сербского (Москва, РФ), полученными в 1997 – 2000 годах, в период первого опыта (так же как и в наших исследованиях) применение нормы ограниченной вменяемости в России в соответствии со статьёй 22 Уголовного кодекса Российской Федерации.

Литература:

1. Шостакович Б. В., Горинов В. В. *Ограниченнaя вменяемость*. – М., 2005. – 180 с.
2. МКБ – 10 в судебно-психиатрической практике. Пособие для врачей. Под редакцией Дмитриевой Т. Б., Шостакович Б. В. - М., 1999. – 165 с.

СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ В ОТНОШЕНИИ ПОДЭКСПЕРТНЫХ, КОТОРЫМ РЕКОМЕНДОВАНА СТ. 17 УК РК 1997 г.

Р. Г. Илешева, С. А. Алтынбеков, А. Т. Бабыкпаева

Обследованные подэкспертные лица (n=104) по половому признаку имели следующее распределение: 96 человек лица мужского пола (92,08%) и 8

человек лица женского пола (7,92%). На рисунке 1 представлены данные о принадлежности обследованных лиц к мужскому и женскому полам.

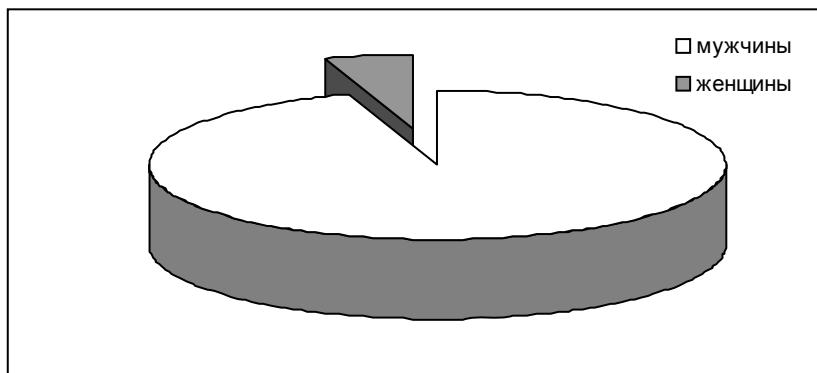


Рисунок 1. Распределение подэкспертных по гендерному признаку

Среди обследованных лиц абсолютное большинство составили лица мужского пола.

Ниже приводим данные возраста подэкспертных к моменту наблюдения.

Таблица № 1

Возраст обследованных лиц на момент совершения ими правонарушения

Возраст (в годах)	Абсолютное число (чел.)	%	Доверительный интервал
16 - 19	16	15,38	±3,55%
20 - 29	40	38,46	±4,79%
30 - 39	28	26,92	±4,37%
40 - 49	12	11,53	±3,14%
50 - 59	4	3,84	±1,89%
60 - 69	4	3,84	±1,89%

Как показывают приведенные в таблице № 1 данные, подавляющее большинство подэкспертных лиц совершили правонарушение в возрасте от 16 до 40 лет - 84 человека или 80,76% от общего числа обследованных лиц, в том числе в возрасте до 30 лет - 56 человек, что составляет 53,84%.

Таким образом, абсолютное большинство испытуемых – около 96,16% составили лица в юношеском, молодом и зрелом трудоспособном возрасте и 3,84% - это лица в возрасте старше 60 лет.

Приведенные данные свидетельствуют о достоверном преобладании среди подэкспертных, которым было рекомендовано применение статьи 17 УК РК, лиц в возрасте 20-29 лет.

В группе обследованных преобладали русские и другие представители европейской национальности 56 (55,44%) человек, а казахи и лица другой азиатской национальности 45 (44,55%), что представлено ниже.

Данные о национальном составе представлены в таблице № 2.

Таблица № 2

Национальный состав подэкспертных лиц

Национальность	Абсолютное число (чел.)	%	Доверительный интервал
Русские и лица других европейских национальностей	59	56,73	±4,88%
Казахи и лица других азиатских национальностей	45	43,27	±4,88%

Среди наблюдавшихся подэкспертных отмечалось преобладание количества городских жителей над сельскими жителями. Городские жи-

тели – 72 человека (69,23%) ($\pm 4,54$), сельские жители – 32 человека (30, 77%) ($\pm 4,54$) (см. таблицу № 3).

Таблица № 3

Число подэкспертных городских и сельских

Место проживания	Число подэкспертных абсолютное число, в %, \pm
Город	72 (69,23%) ($\pm 4,54$)
село	32 (30, 77%) ($\pm 4,54$)

Данные анализа уровня образования исследуемых лиц представлены в таблице № 4.

Таблица № 4

Число подэкспертных по уровню образования

Уровень образования	Число подэкспертных абсолютное число, в %, \pm
Вспомогательная школа	11 (10,57%) $\pm 3,02$
Начальное и неполное среднее образование	9 (8,65%) $\pm 2,76$
Среднее образование	79 (75,96%) $\pm 4,21$
Незаконченное высшее и высшее образование	5 (4,80%) $\pm 2,10$

Подавляющее большинство подэкспертных более двух третей от общего количества исследуемых лиц имело среднее образование, почти 20% – начальное (в том числе вспомогательная школа) и неполное сред-

нее образование и менее 50% данной категории лиц имели высшее и незаконченное высшее образование.

В таблице № 5 приведены данные по трудовой занятости.

Таблица № 5

Виды трудовой занятости подэкспертных

Трудовая занятость	Число подэкспертных абсолютное число, в %, \pm
не работали	75 (72,11 %) $\pm 4,41$
заняты физическим трудом	20 (19,23 %) $\pm 3,88$
учащиеся школ и студенты	4 (3,84%) $\pm 1,89$
умственным трудом	4 (3,84%) $\pm 1,89$
военнослужащий	1 (0,96%) $\pm 0,96$

Хотя $\frac{1}{3}$ подэкспертных имели среднее образование, при этом отмечалось преобладание лиц не работающих, а среди работающих – больше лиц, занятых физическим трудом, лица умственного труда представлены единицами.

Из приведенных в таблице № 5 данных видно, что не работали 75 человек или 72,11% от общего числа подэкспертных лиц, 20 человек испытуемых или 19,23% были заняты физическим трудом. Учащимися школ и студентами являлись 4 человека из числа испытуемых (3,84%) и лишь 4 человека (3,84%) занимались умственным трудом и 1 человек (0,96%) был военнослужащим.

Анализ уровня образования и трудовой занятости, отражающий уровень социального функционирования и качества жизни, показал абсолютное

преобладание лиц неработающих, большой процент лиц, занятых физическим трудом и минимальное число лиц занятых умственным трудом, учащиеся и студенты.

Ниже приводятся данные о семейном положении подэкспертных лиц (см. таблицу № 6).

Около подэкспертных лиц были женаты или замужем (гражданский брак) - 11 человек (10,57%), остальные – в браке не состояли 83 человека (79,80%), разведены 8 человек (7,69%), и единицы – вдовцы (вдовы) - 2 человека из числа подэкспертных лиц (1,92%).

Из приведенных данных видно, что подавляющее большинство – около 80% лиц были холосты, не замужем, разведены, единицы – это вдовцы и вдовы. Около 11% исследуемой категории состояли в гражданском браке.

Таблица № 6

Распределение подэкспертных по семейному положению

Семейное положение	Число подэкспертных абсолютное число, в %, ±
холосты (или не замужем)	83 – 79,80% ±3,95
были женаты или замужем (гражданский брак)	11 - 10,57% ±3,02
разведены	8 – 7,69% ±2,62
вдовцы (вдовы)	2 – 1,92% ±1,35

Таблица № 7

Распределение подэкспертных в зависимости от жилищных условий

Жилищные условия	Число подэкспертных абсолютное число, в %, ±
с родителями или с родственниками	86 (82,69%) ±3,72
отдельная квартиру или собственный дом	8 (7,69%) ±2,62
домах интернатах, психоневрологических интернатах	7 (6,73%) ±2,46
не имели определенного места жительства	3 (2,88%) ±1,64

Таким образом, более чем у 80% подэкспертных имела место семейная дезадаптация.

Исследование жилищных условий, в которых проживали подэкспертные, показало следующее (см. таблицу № 7).

86 человек из числа подэкспертных лиц (82,69%) проживали с родителями или с родственниками, и лишь единицы – 8 человек или 7,69% имели отдельную квартиру или собственный дом,

7 человек подэкспертных (6,73%) проживали в домах - интернатах, психоневрологических интернатах, не имели определенного места жительства 3 человека подэкспертных (2,88%).

Известно, что в формировании личности, в нормальном функционировании личности важнейшая роль принадлежит условиям воспитания с детства и проживания в семье. Анализ наших данных показал следующее (см. таблицу № 8).

Таблица № 8

Распределение подэкспертных в зависимости от условий семейного воспитания

Условия семейного воспитания	Число подэкспертных абсолютное число, в %, ±
В неполной семье	48 (46,15%) ±4,91
В полной семье	24 (23,07%) ±4,15
без отца (36,7%)	37 (35,5%) ±4,71
без матери (10,1%)	11 (10,65%) ±3,03
у бабушек и дедушек	10 (9,61%) ±2,90
с родственниками	18 (17,3%) ±3,72
в детском доме	4 (3,84%) ±1,89

В полной семье выросли (23,07%) подэкспертных. В неполной семье воспитывались около половины подэкспертных (46,15%). Обращает на себя внимание тот факт, что из этого количества подавляющее большинство лиц проживало без отца (35,5%), и лишь меньшая часть воспитывалась без матери (10,65%). Остальная четверть пациентов выросли у бабушек и дедушек (9,61%); часть подэкспертных лиц жила с родственниками (17,3%). Единицы воспитывались в детском доме (3,84%).

В силу преобладания гипопеки, как основного типа неправильного воспитания, в условиях депривации, у обследованных лиц нередко в детские

годы отмечалось формирование искаженных личностных установок в виде «отрицательной нравственной конституции» (Ф. В. Кондратьев).

Таким образом, анализ социodemографических данных лиц, признанных ограниченно вменяемыми в 2001 - 2005 годах, показывает следующее.

Среди подэкспертных абсолютное большинство представлено лицами мужского пола. Подавляющее большинство подэкспертных, к которым рекомендовано применение статьи 17 УК РК были в возрасте до 40 лет, в том числе больше половины – до 30 лет, то есть молодого трудоспособного возраста, было достоверное преобладание лиц в возрасте 20 - 29 лет.

По национальному составу отмечалось некоторое преобладание (больше половины) количества русских и лиц других европейских национальностей, и меньшее количество - казахи и лиц других азиатских национальностей.

Городские жители составили почти две трети от общего количества подэкспертных лиц, а жители села – это остальная часть данных подэкспертных лиц.

Анализ уровня образования исследуемого контингента показал преобладание лиц, имеющих среднее образование.

Большая часть испытуемых к моменту наблюдения были безработными, около 20% от всего числа подэкспертных лиц были заняты физическим трудом. Подэкспертные лица, занятые умственным трудом, составляли единицы, также и лиц, обучающихся в школе, ВУЗе было всего несколько человек. Около 80% подэкспертных лиц в браке не состояли (холост, не замужем или разведен). Десятая часть обследованных лиц в официальном браке не состояла, но имел место так называемый гражданский брак.

Среди подэкспертных лиц очень немногие имели отдельную квартиру или собственный дом. Большая часть данных лиц проживала с родителями или родственниками. Несколько человек проживали в домах - интернатах или не имели определенного места жительства.

Анализ микросоциальных, семейных условий, в которых выросли подэкспертные, показал, что лишь некоторые (более одной четверти испытуемых) выросли в полной семье. В неполной семье (чаще без отца, реже без матери) выросло около половины подэкспертных лиц. Остальная четверть жили у бабушек, дедушек, других родственников, единицы в детском доме.

Приведенные в нашей работе данные свидетельствуют о том, что большинство подэкспертных лиц выросли в условиях эмоциональной депривации, способствовавшей в дальнейшем формированию искаженных морально-этических установок с дезадаптацией в семье, быту, труде. Также полученные данные позволяют говорить о низком уровне социального функционирования и качества жизни.

НАРКОЛОГИЯ

ДИАГНОСТИКА ВИЧ - ИНФЕКЦИИ У ОПИЙНЫХ НАРКОМАНОВ

Л. Ю. Беспалова

г. Алматы

В последние десятилетия в нашей стране отмечается рост наркомании, в частности опийной (Субханбердина А. С., 2004), что вызывает особую тревогу. По своим опасным последствиям проблема наркомании относится к наиболее социально значимым, так как её распространение влияет не только на рост преступности, смертности среди молодежи, на число суицидальных проявлений, а также на возникновение и распространение заболеваний ВИЧ / СПИД, вирусного гепатита, которые ведут к росту врожденной детской патологии, инвалидности значительного числа лиц трудоспособного населения. Поэтому очевидна необходимость проведения эффективных своевременных мер по диагностике наркомании и ВИЧ-инфекции.

Зарубежными и российскими исследователями доказано, что прослеживается чёткая связь ВИЧ-инфекции с употреблением психоактивных веществ (ПАВ). На декабрь 2004 года в России зарегистрировано более 300 тысяч больных ВИЧ-инфекцией, при этом в 60 - 80% случаев (т.е. у 180 - 240 тыс. человек) инфицирование вирусом иммунодефицита человека произошло при внутривенном введении наркотиков (Датий А. В., 2004; Игонин А. Л., Шакlein К. Л., 2006). И по другим данным среди ВИЧ - инфицированных лиц почти 60% являются потребителями инъекционных наркотиков (ВИЧ-инфекция: информационный бюллетень. № 20, 2001). По существу, ВИЧ - инфекция и зависимость от ПАВ являются так называемыми коморбидными заболеваниями.

В результате длительного употребления ПАВ происходят определенные изменения психики, прежде всего, в виде анозогнозии, сужения круга интересов, изменения образа жизни: пренебрежительное отношение к собственному здоровью, недостаточная информированность об оппортунистических инфекциях, порой игнорирование негативных последствий употребления наркотиков. Даже при появлении осложнений парентерального введения наркотиков с присоединением ВИЧ - инфекции, больные практически самостоятельно не обращаются за медицинской помощью.

Материалы и методы

Нами прослежена диагностика ВИЧ-инфекции и гепатита у 48 пациентов, обнаруженных после парентерального введения наркотиков опиоидной группы.

Основным методом исследования явился клинико-психопатологический метод с ретроспектив-

ным тщательным анализом анамнестических сведений и лабораторных данных.

Как известно, вирусный гепатит С вызывается РНК-содержащим вирусом с инкубационным периодом до 6 месяцев со склонностью к хронификации процесса. Его диагностика может служить подтверждением наличия у пациентов ВИЧ-инфекции.

В процессе обследования, при проведении лабораторной диагностики (иммуноферментный анализ – ИФА, иммунный blotting), у данного контингента обнаружены антитела к ВИЧ - инфекции и у них же диагностирован хронический вирусный гепатит С (ХВГС). После лабораторного подтверждения диагноза: ВИЧ - инфекция, пациенты взяты на учёт в городской центр СПИД.

Результаты и обсуждение

К моменту обследования у всех наших пациентов диагностирована опийная наркомания, в структуре которой имеются сформировавшаяся психическая и физическая зависимость с регулярным приемом наркотиков и выраженные формы абstinенции. Длительность этапа злоупотребления опиийными препаратами составляет от 6 месяцев до 6 лет.

У всех обследованных положительная реакция на ВИЧ - инфекцию была обнаружена случайно. Прежде всего, это происходило в наркологических стационарах, куда пациенты (27 человек или 53,6%) госпитализировались для купирования тяжёлых абстинентных проявлений опийной, чаще героиновой, наркомании.

У 8 человек (16,6%), употреблявших ПАВ, ВИЧ-инфекция выявлена в следственном изоляторе и местах лишения свободы, при привлечении этих лиц к уголовной ответственности за хранение и распространение наркотиков (ст. 259 УК РК) и за другие противоправные действия. У 4 пациентов (8,3%) антитела к ВИЧ - инфекции обнаружены в токсикологическом отделении, куда они стационарировались в связи с передозировкой наркотическими средствами. Тяжёлые формы интоксикации, нередко с нарушением сознания, обусловлены с переходом этих лиц на новые виды наркотических веществ, в частности на «бомбу». Со слов самих наркоманов - «бомба» - это смесь героина и метадона, которая вызывает развитие абстинентного синдрома в тяжёлой степени с более выраженными психическими и соматоневрологическими проявлениями.

Мало кто из этого контингента наркозависимых лиц интересовался результатами анализов, так как после купирования и выхода из критического состояния, по их настойчивому требованию, они были выписаны. При последующей информации о положительной реакции на ВИЧ- инфекцию, они были удивлены и часто настойчиво отрицали наличие у них ВИЧ- инфекции, несмотря на наличие клинических симптомов (частые герпетические инфекции, ХВГС, периодические диспептические расстройства и др.).

Шахмарданов М. З., Надеждин А. В. (2002); Покровский В. В. (2003) и др. отмечают, что оппортунистические или «СПИД-индикаторные» заболевания у ВИЧ - инфицированных, протекая в тяжёлой форме, у 90% больных являются причиной смерти от СПИДа. Из оппортунистических инфекций, имеющих разную природу, у наших пациентов преобладала бактериальная и вирусная этиология заболевания.

Неблагоприятная эпидемическая ситуация по туберкулёзу в стране является серьёзной актуальной проблемой и вдвойне она актуальна у ВИЧ-инфицированных наркоманов. По данным Покровского В. В. (2003) туберкулёз диагностируется почти у 50% больных на разных стадиях ВИЧ-инфекции.

В наших наблюдениях 9 человек (18,7%) состояли на учёте в туберкулёзном диспансере, где впервые и была диагностирована ВИЧ - инфекция. У данного контингента обследованных лиц сложно определить, что является первичным: туберкулёз или ВИЧ - инфекция. Но достоверно одно: и то, и другое заболевание было вторичным по отношению к зависимости от ПАВ. Пациенты, которым были выставлены диагнозы: Туберкулёз легких, Специфическая пневмония, Эксудативный плеврит продолжали употреблять различные формы наркотических средств, в том числе инъекционные («хан-

ка», героин, «бомба»). Естественно, наличие такой формы оппортунистической патологии, как туберкулёз резко ухудшает иммунный статус лиц, зависимых от ПАВ. У троих из них имелись и другие ассоциированные инфекции, чаще вирусной этиологии. На теле у них остались депигментированные участки после перенесенной герпетической инфекции и наблюдались периодические герпетические высыпания на губах, туловище. У всех 9 человек был диагностирован хронический вирусный гепатит С.

У всех обследованных лиц в анамнезе имела место стадия острой инфекции в виде кратковременной лихорадки, недомогания, общей слабости, разбитости, головной боли, боли при глотании, снижения аппетита, болезненности лимфатических узлов в подчелюстной, подмышечной и затылочной областях и при обращении к врачам с вышеописанными жалобами состояние у них расценивалось как «обычная ОРВИ». В этот период ни один из пациентов не проходил диагностику на ВИЧ-инфекцию.

Основная диагностика проводилась при присоединении оппортунистических заболеваний или в стадии бессимптомной инфекции при госпитализации больных в наркологический или психиатрический стационары. Помимо клинических симптомов, более достоверным считается лабораторная диагностика на определение антител к ВИЧ-инфекциии методами ИФА и иммунного блотинга.

Выводы

Частота ВИЧ - инфекции у лиц, зависимых от ПАВ, в частности от опиоидов, позволяет считать их коморбидными и социально значимыми заболеваниями и подчеркивает большое практическое значение клинико-лабораторной диагностики для своевременной постановки диагноза.

Литература:

1. Датий А. В. *Профилактика ВИЧ-инфекции и других заболеваний: курс лекций.* - М., 2004. – ч. 1. – 75 с.
2. Игонин А. Л., Шакlein К. Н. *злоупотребление психоактивными веществами и ВИЧ-инфекция.* - М., 2006. – С. 5 - 11.
3. Покровский В. В., Ермак Т. Н., Беляева В. В., Юрин О. Г. *ВИЧ-инфекция. Клиника, диагностика и лечение.* – М., 2003. – С. 27 - 30.
4. Субханбердина А. С. *Автореферат дисс. докт. мед. наук.* – М., 2004.
5. Шахмарданова М. З., Надеждин А. В. *Парентеральные вирусные гепатиты в наркологической практике.* // Руководство по наркологии под ред. Н. Н. Иванца. – М., 2002. - Т. 2.– С. 358 - 372.

ОСОБЕННОСТИ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ

Л. Ю. Беспалова

г. Алматы

Сообщение о синдроме приобретенного иммунодефицита (СПИД) впервые появились в 1981 году в США, где уже насчитывается более 400 000 больных СПИДом. Примерно у 60% больных СПИДом выявляют неврологические симптомы, патологические изменения головного мозга обнаруживают у 75-90% больных.

Психические расстройства, связанные с ВИЧ, включают интеллектуально-мнестические расстройства, расстройства настроения в виде депрессии и маниакальных состояний, изменения личности, острые психозы, которые имеют свои особенности.

Материал и методы

Данная статья посвящена самому распространенному психопатологическому синдрому - астеническому.

Изучение психопатологических симптомов у 52 ВИЧ-инфицированных лиц, зависимых от опиоидов в 1-ой клинической стадии с бессимптомным течением инфекции (клиническая классификация ВИЧ-инфекции, ВОЗ, 2002), у больных, состоящих на учете в городском СПИД - центре г. Алматы, выявило наличие довольно выраженного астенического симптомокомплекса.

В нашей работе основным методом исследования стал клинико-психопатологический метод с тщательным анализом анамнестических данных.

У наших пациентов диагноз опийной, чаще героиновой, наркомании II - III стадии ставился на основании данных анамнеза (лечение в наркологических и психиатрических учреждениях), а также наличия выраженных клинических признаков заболевания, соответствующих разным его стадиям. Таким, как наличие сформированного патологического влечения к наркотику, динамика толерантности, абstinентного синдрома; внешние объективные признаки употребления инъекционных наркотиков, своеобразный сленг, а также судимость за хранение и распространение наркотиков (ст. 259 УК РК).

Результаты и обсуждение

Общая теория инфекционного процесса, с одной стороны - допускает существование маловирулентных штаммов ВИЧ, с другой, устойчивых к ВИЧ-инфекции больных, у которых наблюдается вялое течение заболевания.

Наших пациентов невозможно причислить к разряду последних. По мнению Покровского В. В. и др. (2003), лица, вводящие наркотики внутривенно, относятся к группе «уязвимых контингентов» к ВИЧ-инфекции. Можно предположить, что лица,

зависимые от психоактивных веществ (ПАВ) к моменту заражения ВИЧ-инфекцией, уже обнаруживают ослабление защитных сил организма, определенный иммунный дисбаланс и у них отмечается быстрое прогрессирование заболевания, атипичность по типу «реакции измененной почвы» (Жислин С. Г., 1965). Этим можно объяснить выраженность своеобразного «органического» астенического симптомокомплекса на стадии бессимптомного течения ВИЧ - инфекции. Дворкина Н. Я. (1975) отмечает, что для тяжелых инфекций, в отличие от обратимой функциональной астении, характерна органическая астения, отличающаяся необратимостью, прогредиентностью клинических проявлений. Органичность астении определяется также тяжестью и длительностью наркотической зависимости.

Несмотря на всеобщее утверждение, что астения является «неспецифическим» синдромом, в наших наблюдениях астенический симптомокомплекс содержит определенную специфическую информацию, характерную для этого контингента больных. Прежде всего, больные жалуются на чувство физической и психической слабости, упадок сил, немощность, не зависящие от внешних физических нагрузок. Как пациенты отмечают, силы не восстанавливаются «ни после приема наркотика, ни после отдыха», «все валится из рук». Повышенная истощаемость не связана ни с положительными, ни с отрицательными «эмоциями».

Общая слабость усугубляется повышенной жаждой и «неимоверной потливостью», за ночь, со слов больных, приходится по несколько раз менять белье. Чтобы утолить жажду, облегчить состояние сухости во рту, приходится пить 3 - 5 литров минеральной воды. Кроме повышенной потливости имеют место и другие вегетативные симптомы, как сердцебиение, ощущение нехватки воздуха, снижение аппетита.

В структуре астении отсутствует выраженная раздражительность, слабость, а преобладает пассивность, аспонтанность, адинамия. Характерный для астении ментизм, также носит своеобразный характер. Это не просто беспорядочный наплыв мыслей, а мысли, связанные с болезнью, с тревожными опасениями, образным представлением о безысходности, трагическом finale, то есть ментизм сопровождается психогенно-реактивным налетом, связанным с ситуацией психологического стресса.

Одним из типичных симптомов астенического симптомокомплекса у наших пациентов, являются тяжелые расстройства сна преимущественно с пре-

сомническим характером бессонницы. Пациенты отмечают, что без снотворных не спят 2 - 3 дня, что ещё больше «обессиливает организм». Одной из причин обращения пациентов за психотерапевтической помощью является именно бессонница.

В предъявляемых жалобах у 16 больных (30,8%) указывается на продолжительную, изнуряющую субфебрильную температуру в пределах 37,2 - 37,6 градуса. Больные с ностальгией вспоминали как раньше «чай с малиной» снижал температуру, какую бодрость при этом они испытывали.

Предъявляя вышеизложенные жалобы, пациенты были фиксированы на них и обстоятельны при их высказывании.

В рамках астенического синдрома у данного контингента имели место также снижение когнитивных функций с ослаблением памяти, что обычно, не характерно для лиц с чистой опийной наркоманией. Присоединение ВИЧ-инфекции усугубля-

ло прогрессирование течения, как наркотической патологии, так и соматического, иммунного статуса больных. Об этом свидетельствуют такие изменения, как снижение толерантности к наркотику, клиники наркотического опьянения — появление сопорозных форм опьянения с последующей амнезией и тяжесть астенического состояния, его «органический» характер, что наталкивает на мысль о раннем формировании нарко-ВИЧ-энцефалопатии.

Выводы

Присоединение ВИЧ-инфекции утяжеляет течение опийной наркомании, в частности астенический симптомокомплекс приобретает органический характер, что позволяет предположить, что существование наркомании и ВИЧ — инфекции способствует к более раннему формированию нарко-ВИЧ-энцефалопатии.

Литература:

1. Дворкина Н. Я. *Инфекционные психозы*. — М., 1975. - С. 22 - 35.
2. Жислин С. Г. *Очерки клинической психиатрии*. — М., 1965. - С. 148 - 154.
3. Игонин А. Л., Шаклеин К. Н. *Злоупотребление психоактивными веществами и ВИЧ-инфекция*. — М., 2006. - С. 52, 65, 69.
4. Покровский В. В. и др. *ВИЧ-инфекция. Клиника, диагностика, лечения*. — М., 2003. - С. 27 - 408.

МЕТОДОЛОГИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПЕРВИЧНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В СЕКТОРЕ ДОБРОВОЛЬНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МЗ РК

Д.м.н., проф. А. Л. Катков

г. Павлодар

Введение

Действенный контроль качества наркологической помощи является одним из главных механизмов реализации модели комплексной системы менеджмента качества (КСМК) наркологической помощи (НП).

В соответствие с установками КСМК НП, комплексная оценка качества профильной помощи должна проводиться в отношении: 1) предметных характеристик качества НП - структуры, процессов (технологических, ресурсообеспечивающих, управленических), результата; 2) параметров (компонентов) качества НП - адекватности, экономичности, обоснованности и высокого научно-технического уровня.

Технологиями выведения комплексной оценки качества по вышеприведенным характеристикам НП, соответственно, являются: 1) метод экспертных оценок (по отношению к параметрам адекватности обоснованности и научно-технического уровня); 2) метод комплексного экономического анали-

за (по отношению к параметру экономичности НП); 3) метод комплексного анализа клинической, социальной эффективности (по отношению к параметру эффективности НП).

Таким образом, речь идет о необходимости анализа множества индикаторов, характеризующих, практически, все более или менее значимые аспекты существующей системы наркологической помощи.

В соответствие с разработанной нами классификацией видов и этапов НП, такого рода анализ следует проводить, во-первых, в отношении определенного сектора (вида) наркологической помощи. А во-вторых - в отношении конкретного этапа оказания НП. В этом случае будут учитываться специфические особенности и технологии каждого рассматриваемого сектора НП.

При этом понятно, что для реализации технологии экспертных оценок (основной технологии определяется уровней качества НП в системе КСМК) необходим инструмент рабочего эталона -

стандарта организации определенного вида и, далее, этапа наркологической помощи. В качестве такого инструмента выступают разработанные проектные документы стандартных требований по организации систематизированных, в соответствие с основополагающей идеологией КСМК, видов и этапов наркологической помощи.

Все вышеуказанные требования были учтены в разработанной методологии комплексной оценки качества наркологической помощи - одним из главных инструментов реализации модели КСМК НП. Данная методология включает три основных этапа: 1) этап заполнения основных разделов карты опросника комплексной оценки качества по каждому анализируемому виду НП; 2) этап сопоставления значений основных индикаторов с эталонными характеристиками качества и выведение промежуточных оценок; 3) этап выведения уровней качества НП по основным разделам на основании установленных критериев.

Достоинство данной методологии заключается в том, что в ходе работы по заполнению основных разделов карты опросника и последующего анализа проводится комплексная оценка наиболее существенных компонентов качества НП, с использованием необходимого методологического инструментария - экспертных оценок, комплексно-экономического анализа, анализа клинической и социальной эффективности.

Таким образом, существенно сокращаются временные затраты необходимые на проведение соответствующего анализа, повышается эффективность оценки качества НП, т.к. одновременно оценивается весь комплекс необходимых индикаторов и всегда есть возможность оценить степень взаимовлияния каких либо анализируемых компонентов качества НП.

В следующих разделах настоящей публикации представлен технический инструментарий - (карта опросника комплексной оценки качества НП) с комментариями и общими сведениями по определению количественных показателей комплексной оценки качества на этапе первично-профилактической наркологической помощи.

1. Опросник комплексной оценки качества 1-го этапа наркологической помощи (этап первично-профилактической наркологической помощи) в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК

1. Характеристика структуры:

1.1. Спецификация отделений, подразделений и специальных групп наркологической службы МЗ РК с функциями оказания первично-профилактической наркологической помощи:

1.1.1. Наличие диспансерного наркологического отделения (при региональном наркологическом

ЛПО), осуществляющего функции объекта постоянного базирования и координатора деятельности основных структурных подразделений этапа первично-профилактической наркологической помощи;

1.1.2. Наличие в составе диспансерного отделения кабинета антиалкогольной и антинаркотической пропаганды;

1.1.3. Наличие кабинета анонимного наркологического консультирования (или телефонно-консультативная служба), действующего при наркологическом ЛПО, либо при других структурах;

1.1.4. Наличие специальной группы (в составе диспансерного отделения с привлечением сотрудников из других отделений) по оказанию первично-профилактической наркологической помощи населению региона, утвержденной отдельным приказом;

1.1.5. Наркологические кабинеты районных больниц, поликлиник, на предприятиях с функциями оказания первично-профилактической наркологической помощи (указать количество);

1.2. Спецификация отделений, подразделений и специальных групп наркологической службы МЗ РК с функциями информационного, управленического и ресурсного обеспечения этапа оказания первично-профилактической наркологической помощи:

1.2.1. Наличие организационно-методические отдела или кабинета при региональном наркологическом ЛПО, осуществляющего функции методического обеспечения и анализа деятельности на этапе первично-профилактической наркологической помощи;

1.2.2. Наличие специальной группы мониторинга, действующей при региональном наркологическом ЛПО и осуществляющей мониторинг реальной ситуации в сфере распространения высоких рисков и фактов вовлечения в зависимость от ПАВ среди населения региона;

1.2.3. Наличие специальной группы планирования, действующей при региональном наркологическом ЛПО, осуществляющей функции стратегического и оперативного планирования деятельности, в том числе и по совершенствованию наркологической помощи на первично-профилактическом этапе ее оказания;

1.2.4. Наличие специальной группы по инновационному внедрению, в том числе внедрению технологий первичной профилактики распространения зависимости от ПАВ, функционирующей в структуре региональных наркологических ЛПО и осуществляющей взаимодействие с профильными научными центрами;

1.2.5. Наличие комиссии по внутреннему аудиту и контролю качества наркологической помощи при региональном ЛПО, в том числе и контролю качества наркологической помощи, оказываемой на первично-профилактическом этапе;

1.2.6. Наличие административно-хозяйственно-экономический блока регионального ЛПО с функ-

циями ресурсного обеспечения первично-профилактического этапа наркологической помощи.

1.3. Спецификация договорных отношений регионального ЛПО с внешними партнерами по реализации этапа первично-профилактической наркологической помощи:

1.3.1. Наличие договора о сотрудничестве в сфере первичной профилактики распространения зависимости от ПАВ с региональными центрами ЗОЖ;

1.3.2. Наличие договора о сотрудничестве в сфере первичной профилактики распространения зависимости от ПАВ с департаментом среднего и высшего образования и конкретными организациями, представляющими данную сферу;

1.3.3. Наличие договора о сотрудничестве с отделом профилактики научного блока РНПЦ МСПН, либо наличие отдельного пункта о сотрудничестве по направлению первичной профилактики зависимости от ПАВ в трехстороннем договоре об участии в отраслевом наркологическом кластере.

1.3.4. Наличие договора о сотрудничестве по реализации этапа первично-профилактической помощи с региональным СПИД-центром;

1.3.5. Наличие договора о сотрудничестве по реализации этапа первично-профилактической помощи с профильными НПО, общественными фондами, организациями;

1.3.6. Наличие договора о сотрудничестве по реализации этапа первично-профилактической помощи с региональным управлением по борьбе с наркоманией и наркобизнесом (УБН).

2. Характеристика основных технологий (процессов), используемых на этапе первично-профилактической наркологической помощи

2.1. Диагностические технологии

2.1.1. Психологическая диагностика рисков вовлечения в зависимость от ПАВ среди детей;

2.2. Психологическая диагностика рисков вовлечения в зависимость от ПАВ среди подростков;

2.1.3. Психологическая диагностика рисков вовлечения в зависимость от ПАВ среди молодежи;

2.1.4. Психологическая диагностика дисгармоничных семейных отношений (семей повышенного риска), способствующих формированию зависимости от ПАВ у детей и подростков.

2.2. Информационные и консультативные технологии

2.2.1. Мотивационное информирование населения по вопросам эффективной профилактики формирования зависимости от ПАВ;

2.2.2. Групповое наркологическое консультирование детей, подростков, молодежи по вопросам эффективной профилактики вовлечения в зависимость от ПАВ;

2.2.3. Групповое наркологическое консультирование детей, подростков, молодежи с повышенным риском вовлечения в зависимость от ПАВ;

2.2.4. Индивидуальное наркологическое консультирование детей, подростков, молодежи с повышенным риском вовлечения в зависимость от ПАВ;

2.2.5. Наркологическое консультирование родителей и старших родственников в семьях с повышенным риском формирования зависимости от ПАВ у детей и подростков;

2.2.6. Наркологическое консультирование педагогов – психологов, школьных психологов, социальных педагогов и педагогов валеологов по вопросам ранней диагностики и коррекции высоких рисков вовлечения в зависимость от ПАВ;

2.2.7. Анонимное наркологическое консультирование по вопросам эффективной профилактики вовлечения в зависимость от ПАВ по телефону доверия;

2.2.8. Групповое психологическое консультирование детей, подростков, молодежи с повышенным риском вовлечения в зависимость от ПАВ;

2.2.9. Индивидуальное психологическое консультирование детей, подростков, молодежи с повышенным риском вовлечения в зависимость от ПАВ;

2.2.10. Психологическое консультирование родителей и старших родственников в семьях с повышенным риском формирования зависимости от ПАВ у детей, подростков, молодежи.

2.3. Коррекционные технологии

2.3.1. Социально-психологические тренинги по формированию психологической устойчивости у детей, подростков, молодежи к вовлечению в зависимость от ПАВ;

2.3.2. Краткосрочная групповая психотерапия детей, подростков, молодежи с высокими рисками вовлечения в зависимость от ПАВ;

2.3.3. Краткосрочная индивидуальная психотерапия лиц с высокими рисками вовлечения в зависимость от ПАВ.

2.4. Прочие технологии

2.4.1. Участие в стандартных первично-профилактических мероприятиях (акциях), реализуемых региональным центром ЗОЖ;

2.4.2. Участие в стандартных первично-профилактических мероприятиях (акциях), реализуемых иными организациями и структурами в рамках региональной программы борьбы с наркоманией и наркобизнесом.

3. Характеристика кадровой обеспеченности этапа первично-профилактической наркологической помощи

3.1. Общее количество сотрудников, задействованных на этапе оказания первично-профилакти-

4. Характеристика материально-технической обеспеченности этапа первично-профилактической наркологической помощи

4.1. Наличие зданий, помещений (кабинетов) для базирования отделений, подразделений и специалистов, реализующих этап первично-профилактической наркологической помощи;

4.2. Наличие технических возможностей для сбора, обработки, анализа и хранения информации по реализации этапа первично-профилактической помощи (компьютеры, связь, технический персонал);

4.3. Наличие специальных компьютерных программ, необходимых для психологического тестирования и выявления рисков вовлечения в зависимость от ПАВ у детей, подростков, молодежи;

4.4. Наличие специальных компьютерных классов, либо переносных компьютеров (ноутбуков), необходимых для проведения процедуры психологического тестирования в учебных заведениях;

4.5. Наличие переносной оргтехники (ноутбуки, видеопроекторы), необходимой для проведения качественного наркологического консультирования и мотивационного информирования контактных аудиторий;

4.6. Наличие договоренности с учебными заведениями о выделении специальных помещений для групповых занятий с детьми и подростками из группы повышенного риска наркологического профиля;

4.7. Наличие договоренностей с учебными заведениями о выделении специальных помещений (кабинетов) для индивидуальных занятий по коррекции высоких рисков вовлечения в зависимость от ПАВ у детей и подростков и проведения семейного наркологического консультирования.

5. Характеристика финансово-экономической обеспеченности этапа первично-профилактической наркологической помощи

5.1. Финансирование содержания и эксплуатации помещений регионального наркологического ЛПО, предназначенных для размещения структурных подразделений и специалистов этапа первично-профилактической помощи (указать % от нормативных потребностей);

5.2. Финансирование подготовки персонала по вопросам психологического тестирования рисков вовлечения в зависимость от ПАВ в разных возрастных группах (командировочные расходы, оплата обучения) - указать % от нормативных потребностей;

5.3. Финансирование подготовки персонала по вопросам наркологического консультирования детей, подростков, молодежи, а также – семейного наркологического консультирования (указать % от нормативных потребностей);

5.4. Финансирование приобретения специальных компьютерных программ психологического тестирования рисков вовлечения в зависимость от

ПАВ в различных возрастных группах (указать % от нормативных потребностей);

5.5. Финансирование приобретения переносных компьютеров (ноутбуков) для проведения процедуры психологического тестирования рисков вовлечения в зависимость от ПАВ (указать % от нормативных потребностей);

5.6. Финансирование оплаты труда за расширенный объем работы, выполняемой участниками специальной группы по оказанию первично-профилактической помощи (указать % от нормативных потребностей).

6. Характеристика организационно-управленческой обеспеченности этапа первично-профилактической наркологической помощи

6.1. Наличие утвержденной функциональной структуры этапа первично-профилактической наркологической помощи;

6.2. Наличие утвержденного многолетнего стратегического плана совершенствования региональной наркологической помощи специального раздела по организации этапа первично-профилактической наркологической помощи;

6.3. Наличие утвержденных оперативных планов деятельности регионального наркологического ЛПО соответствующих пунктов по организации этапа первично-профилактической наркологической помощи;

6.4. Наличие утвержденных в должностных обязанностях заведующего диспансерным отделением регионального наркологического ЛПО (либо заместителя главного врача по внебольничным вопросам) дополнительных пунктов по координации деятельности специалистов на этапе первично-профилактической наркологической помощи;

6.5. Наличие утвержденных в должностных обязанностях специалистов, действующих в структурных подразделениях по реализации этапа первично-профилактической наркологической помощи, пунктов, предусматривающих необходимость реализации основных технологий данного этапа;

6.6. Наличие приказа о формировании специальной группы по реализации этапа первично-профилактической наркологической помощи, действующей на базе диспансерного отделения регионального наркологического ЛПО;

6.7. Наличие утвержденного положения о деятельности группы специалистов по реализации этапа первично-профилактической наркологической помощи;

6.8. Наличие утвержденного годового плана мероприятий деятельности данной специальной группы;

6.9. Наличие утвержденных в должностных обязанностях участников специальной группы по реализации этапа первично-профилактической помощи, пунктов, предусматривающих необходимость выполнения основных технологий данного этапа;

6.10. Наличие утвержденных в помесячных и недельных планах – графиков каждого специалиста, действующего на этапе первично-профилактической наркологической помощи, конкретных пунктов по реализации данного этапа;

6.11. Наличие внедряемых (совместно с научными отделами профилактики и профессиональных стандартов РНПЦ МСПН) экспериментальных протоколов наркологической помощи на первично-профилактическом этапе ее оказания;

6.12. Наличие разработанных (совместно с научными отделами профилактики и профессиональных стандартов РНПЦ МСПН) деловых протоколов - утвержденных форм заполняемой документации каждым специалистом, действующим на этапе первично-профилактической наркологической помощи;

6.13. Наличие утвержденных форм отчетности специалистов по реализации этапа первично-профилактической наркологической помощи;

6.14. Наличие утвержденных сводных форм отчетности координатора деятельности на этапе первично-профилактической наркологической помощи (либо специального раздела в сводном отчете по основному профилю деятельности);

6.15. Наличие разработанных пунктов по внутреннему аудиту и контролю качества на этапе первично-профилактической наркологической помощи (промежуточному и итоговому) в деятельности комиссии по контролю качества регионального ЛПО;

6.16. Наличие общего приказа по реализации этапа первично-профилактической наркологической помощи в регионе, с приложениями, поименованными в п.п. 6.1.–6.15. настоящего раздела.

7. Характеристика эффективности (результаты) первично-профилактического этапа оказания наркологической помощи

7.1. Промежуточные индикаторы эффективности (сведения даются за 3 последних года)

7.1.1. Детское население школьного возраста в регионе (абсолютные цифры);

7.1.2. Количество детей, охваченных программами психологической диагностики рисков вовлечения в зависимость от ПАВ (абсолютные цифры и % отношения к детскому населению школьного возраста в регионе);

7.1.3. Количество детей, вошедших в группу повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ по результатам психологического тестирования (абсолютные цифры и в % отношении к детскому населению школьного возраста);

7.1.4. Количество детей, охваченных технологиями группового наркологического консультирования, реализуемыми в отношении общего контингента учащихся (абсолютные цифры и в % отношении к детскому населению школьного возраста региона);

7.1.5. Количество детей – представителей группы повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ, охваченных технологией группового наркологического консультирования (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству детей, входящих в группу повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ);

7.1.6. Количество детей – представителей группы повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ, охваченных технологией индивидуального наркологического консультирования (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству детей, входящих в группу повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ);

7.1.7. Количество детей – представителей группы повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ, охваченных технологией группового психологического консультирования (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству детей, входящих в группу повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ);

7.1.8. Количество детей – представителей группы повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ, охваченных технологией индивидуального психологического консультирования (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству детей, входящих в группу повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ);

7.1.9. Количество детей – представителей группы повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ, охваченных технологией социально-психологических тренингов по формированию психологической устойчивости к вовлечению в зависимость от ПАВ (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству детей, входящих в группу повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ);

7.1.10. Количество детей – представителей группы повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ, охваченных технологией краткосрочной групповой психотерапии (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству детей, входящих в группу повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ);

7.1.11. Количество детей – представителей группы повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ, охваченных технологией краткосрочной индивидуальной психотерапии (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству детей, входящих в группу повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ);

7.1.12. Подростковое население в регионе (абсолютные цифры);

7.1.13. Количество подростков, охваченных программами психологической диагностики рисков вовлечения в зависимость от ПАВ (абсолютные цифры и % отношения к общему количеству подросткового населения региона);

7.1.14. Количество подростков, вошедших в группу повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ по результатам психологического тестирования (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству подросткового населения региона);

7.1.15. Количество подростков, охваченных технологиями группового наркологического консультирования, реализуемыми в отношении общего контингента учащихся (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству подросткового населения региона);

7.1.16. Количество подростков – представителей группы повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ, охваченных технологией группового наркологического консультирования (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству подросткового населения региона, входящего в группу повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ);

7.1.17. Количество подростков – представителей группы повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ, охваченных технологией индивидуального наркологического консультирования (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству подросткового населения региона, входящего в группу повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ);

7.1.18. Количество подростков – представителей группы повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ, охваченных технологией группового психологического консультирования (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству подросткового населения региона, входящего в группу повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ);

7.1.19. Количество подростков – представителей группы повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ, охваченных технологией индивидуального психологического консультирования (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству подросткового населения региона, входящих в группу повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ);

7.1.20. Количество подростков – представителей группы повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ, охваченных технологией социально-психологических тренингов по формированию психологической устойчивости к вовлечению в зависимость от ПАВ (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству подросткового населения региона, входящих в группу повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ);

7.1.21. Количество подростков – представителей группы повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ, охваченных технологией краткосрочной групповой психотерапии (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству подросткового населения региона, входящих в группу повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ);

сткового населения региона, входящих в группу повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ);

7.1.22. Количество подростков – представителей группы повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ, охваченных технологией краткосрочной индивидуальной терапии (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству подросткового населения региона, входящих в группу повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ);

7.1.23. Общее количество семей, охваченных программами психологической диагностики повышенного риска по профилю семейных отношений, способствующих формированию зависимости от ПАВ у детей и подростков (в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству детей школьного возраста и подросткового населения региона);

7.1.24. Общее количество родителей, охваченных технологиями семейного наркологического консультирования (в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству детей и подростков группы повышенного риска по профилю зависимости от ПАВ);

7.1.25. Общее количество родителей, охваченных технологией семейного психологического консультирования (в абсолютных цифрах и в % отношении к общей группе семей повышенного риска по профилю дисгармонических семейных отношений, способствующих формированию зависимости от ПАВ у детей и подростков);

7.1.26. Общее количество представителей педагогических коллективов региона, охваченных технологиями наркологического консультирования по вопросам ранней диагностики высоких рисков и первых признаков вовлечения в зависимость от ПАВ у детей, подростков, молодежи (в абсолютных цифрах и в % отношении к количеству специалистов педагогического профиля, действующих в регионе);

7.1.27. Общее количество представителей педагогических коллективов региона – социальных педагогов, педагогов-вальеологов, школьных психологов, - прошедших специальную подготовку по вопросам компьютерной психологической диагностики и коррекции рисков вовлечения в зависимость от ПАВ в различных возрастных группах (в абсолютных цифрах и в % отношении к количеству специалистов данного профиля, действующих в региональных учреждениях образования).

7.1.28. Общее количество граждан, охваченных технологией анонимного наркологического консультирования по телефону доверия (абсолютные цифры);

7.1.29. Общее количество стандартных первично-профилактических мероприятий, проведенных по программам центра ЗОЖ (абсолютные цифры и обозначение каждого из них);

7.1.30. Общее количество стандартных первично-профилактических мероприятий, проведенных в рамках региональной программы борьбы с наркоманией наркобизнесом с участием иных организаций и структур (абсолютные цифры и обозначение каждого из них).

7.2. Конечные индикаторы эффективности
(сведения даются за 3 последних года)

7.2.1. Результаты анкетирования репрезентативной группы детей на предмет определения степени удовлетворенности адресными первично-профилактическими мероприятиями по профилю вовлечения в зависимость от ПАВ (указать % отрицательных оценок – низкий степени удовлетворенности; % положительных оценок – средней и высокой степени удовлетворенности);

7.2.2. Результаты анкетирования репрезентативной группы подростков на предмет определения степени удовлетворенности адресными первично-профилактическими мероприятиями по профилю вовлечения в зависимость от ПАВ (указать % отрицательных оценок – низкой степени удовлетворенности; % положительных оценок – средней и высокой степени удовлетворенности);

7.2.3. Результаты анкетирования репрезентативной группы молодежи на предмет определения степени удовлетворенности адресными первично-профилактическими мероприятиями по профилю вовлечения в зависимость от ПАВ (указать % отрицательных оценок – низкой степени удовлетворенности; % положительных оценок – средней и высокой степени удовлетворенности);

7.2.4. Результаты анкетирования репрезентативной группы родителей или близких родственников респондентов, поименованных в п.п. 7.2.1.-7.2.3., на предмет определения степени удовлетворенности результатами адресных первично-профилактических мероприятий, реализуемых по профилю вовлечения в зависимость от ПАВ (указать % отрицательных оценок – низкой степени удовлетворенности; % положительных оценок – средней и высокой степени удовлетворенности).

7.2.5. Динамика первичной заболеваемости по профилю алкогольной зависимости среди детей (абсолютные цифры и показатели на 100 тыс. детского населения региона);

7.2.6. Динамика первичной заболеваемости по профилю наркотической и токсической зависимости среди детей (абсолютные цифры и показатели на 100 тыс. детского населения региона);

7.2.7. Динамика первичной заболеваемости по профилю алкогольной зависимости среди подростков (абсолютные цифры и показатели на 100 тыс. подросткового населения региона);

7.2.8. Динамика первичной заболеваемости по профилю наркотической и токсической зависимости среди подростков (абсолютные цифры и

показатели на 100 тыс. подросткового населения региона);

7.2.9. Динамика первичной заболеваемости по профилю алкогольной зависимости среди общего населения региона (абсолютные цифры и показатели на 100 тыс. общего населения региона);

7.2.10. Динамика первичной заболеваемости по профилю наркотической и токсической зависимости среди общего населения региона (абсолютные цифры и показатели на 100 тыс. общего населения региона);

7.2.11. Динамика уровней рисков вовлечения в зависимость от ПАВ у охваченных первично-профилактическими мероприятиями детей школьного возраста (сравниваются показатели первичной и повторной психологической диагностики рисков вовлечения в зависимость от ПАВ в охваченных группах детей) – указывается показатель % отношения снижения высоких рисков вовлечения в зависимость от ПАВ;

7.2.12. Динамика уровней рисков, выявляемая при повторной психологической диагностике в группе детей с повышенным риском по профилю формирования зависимости от ПАВ – указывается показатель % отношения снижения высоких рисков вовлечения в зависимость от ПАВ;

7.2.13. Динамика показателей: 1) успеваемости; 2) нарушений поведения; 3) правонарушений; 4) случаев употребления ПАВ и вовлечения в химическую зависимость – у детей групп повышенного риска, охваченных технологиями первично-профилактической наркологической помощи (в абсолютных цифрах и % по отношению к общему количеству детей, входящих в группу повышенного риска);

7.2.14. Динамика уровней рисков вовлечения в зависимость от ПАВ у охваченных первично-профилактическими мероприятиями подростков (сравниваются показатели первичной и повторной психологической диагностики рисков вовлечения в зависимость от ПАВ в охваченных группах подростков) – указывается показатель % отношения снижения высоких рисков вовлечения в зависимость от ПАВ;

7.2.15. Динамика уровней рисков, выявляемая при повторной психологической диагностике в группе подростков с повышенным риском по профилю формирования зависимости от ПАВ – указывается показатель % отношения снижения высоких рисков вовлечения в зависимость от ПАВ;

7.2.16. Динамика показателей: 1) успеваемости; 2) нарушений поведения; 3) правонарушений; 4) случаев употребления ПАВ и вовлечения в химическую зависимость – у подростков групп повышенного риска, охваченных технологиями первично-профилактической наркологической помощи (в абсолютных цифрах и % по отношению к общему количеству подростков, входящих в группу повышенного риска);

7.2.17. Динамика экономического показателя – объема сэкономленных средств в результате снижения уровня первичной заболеваемости по профилю зависимости от ПАВ среди детей;

7.2.18. Динамика экономического показателя – объема сэкономленных средств в результате снижения уровня первичной заболеваемости по профилю зависимости от ПАВ среди подростков;

7.2.19. Динамика экономического показателя – объема сэкономленных средств в результате снижения уровня первичной заболеваемости по профилю зависимости от ПАВ среди общего населения.

2. Комментарии

Вышеприведенный опросник содержит 7 основных разделов, отражающих главные параметры качества НП на этапе первично-профилактической наркологической помощи:

- характеристика структуры (17 оцениваемых индикаторов);
- характеристика основных технологических процессов (19 оцениваемых индикаторов);
- характеристика ресурсообеспечивающих процессов (кадры) - 17 оцениваемых индикаторов;
- характеристика ресурсообеспечивающих процессов (материально-технические ресурсы) - 7 оцениваемых индикаторов;
- характеристика ресурсообеспечивающих процессов (финансово-экономические ресурсы) - 6 оцениваемых индикаторов;
- характеристика управлеченческих процессов - 16 оцениваемых индикаторов;
- характеристика результатов, достигаемых на этапе первично-профилактической помощи (49 оцениваемых индикаторов).

Таким образом, максимальное количество оцениваемых индикаторов качества НП (65) приходится на характеристики процессов - технологических, ресурсообеспечивающих, управлеченческих - представляющих функциональную активность данного этапа.

Далее, с небольшим отрывом, следует характеристики достижимых результатов (оцениваемых параметров).

И лишь на третьем месте располагаются индикаторы оценки качества структуры (17).

Такого рода пропорция в общей идеологии КСМК, ориентированной на процессный подход, представляется достаточно адекватной. А общее количество оцениваемых индикаторов на данном этапе НП - 131 - является оптимальным.

При этом следует учитывать, что приведенная система промежуточных и конечных индикаторов

эффективности первично-профилактического этапа наркологической помощи содержит, как общие объемные показатели охвата населения и целевых групп какими либо профильными услугами, так и показатели клинической, социальной и экономической эффективности.

В соответствующих методических рекомендациях по комплексной оценке качества НП на первично-профилактическом этапе ее оказания, подробно описывается технология выведения уровня качества НП по каждому анализируемому блоку. Особенность данной методики заключается в том, что наличие дефицита в каком либо одном звене (например – недостаточная квалификация кадров), даже и при удовлетворительных показателях по всем прочим оцениваемым разделам, не оставляет шансов на выведение общей удовлетворительной оценки или какого-либо усредненного уровня качества НП. То есть негативная оценка автоматически переносится на совокупный показатель качества НП на рассматриваемом этапе ее оказания.

Еще одной особенностью используемой оценочной технологии является несомненный приоритет конечных индикаторов эффективности (оценка результатов, достигаемых на соответствующем этапе НП). При наличие устойчивой отрицательной динамики конечных индикаторов эффективности, общая положительная оценка качества оказываемой НП невозможна.

Заключение

Реализация модели КСМК НП предполагает организацию самостоятельного этапа первично-профилактической наркологической помощи в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК.

При этом первичная профилактика распространения зависимости от ПАВ среди детей, подростков, молодежи является очевидным приоритетом, и тот сферой антитабаческой социальной активности, где качество и эффективность оказываемой профильной помощи особенно важны.

В связи со всем сказанным, разработка соответствующего стандарта организации этапа первично-профилактической наркологической помощи, а также - методологии комплексной оценки качества НП, оказываемой на данном этапе, представляется актуальной и своевременной.

Внедрение данной методологии будет способствовать повышению качества и эффективности первичной профилактики распространения зависимости от ПАВ и сопутствующего ВИЧ/СПИДа среди населения Республики Казахстан.

МЕТОДОЛОГИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПЕРВИЧНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В СЕКТОРЕ ДОБРОВОЛЬНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МЗ РК

Д.м.н., проф. А. Л. Катков

г. Павлодар

Введение

Этап первичной наркологической помощи в модели комплексной системы менеджмента качества (КСМК) наркологической помощи (НП) является основным инструментом выполнения главных задач, стоящих перед системой НП - достижение максимального охвата реальной популяции злоупотребляющих и зависимых от ПАВ приемлемыми формами наркологической помощи; эффективная профилактика распространения ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН); эффективная профилактика вовлечения в зависимость от ПАВ лиц, контактирующих с алкогольными потребителями ПАВ.

В данной связи чрезвычайно важной представляется проблема эффективного контроля качества первичной наркологической помощи, осуществляемого в соответствие со следующими принципами и подходами КСМК:

- оценка качества НП должна быть комплексной и проводится в отношении основных предметных характеристик качества (структуры, процесса, результата);

- комплексная оценка качества НП должна включать анализ таких параметров, как адекватность, экономичность, обоснованность и высокий научно-технический уровень, эффективность (компоненты качества ВОЗ);

- комплексная оценка качества НП должна проводиться с использованием технологий: экспертных оценок (оцениваются параметры адекватности, обоснованности и высокого научно-технического уровня); комплексного экономического анализа (оцениваются параметры экономичности и эффективности); комплексного анализа эффективности (оцениваются параметры клинической и социальной эффективности).

Разработанная нами методология комплексной оценки качества НП на этапах ее оказания, во-первых, соответствует вышеприведенным принципам и подходам КСМК. Во-вторых, позволяет существенно сократить время, необходимое для проведения комплексного анализа. В-третьих, с использованием данной методологии появляется возможность сопоставления и выявления степени взаимозависимости наиболее существенных компонентов качества в аспекте достижения конечных результатов на рассматриваемом этапе НП.

В следующих разделах настоящей статьи описывается технический инструментарий представляемой методологии комплексной оценки качества

первичной наркологической помощи (карта опросника с комментариями и общими сведениями по методике оценки уровней качества по основным разделам). Оценивается перспектива использования данной методологии.

1. Опросник комплексной оценки качества 2-го этапа наркологической помощи (этап первичной наркологической) в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК

1. Характеристика структуры

1.1. Спецификация подразделений и специальных групп наркологической службы МЗ РК, функционирующих на этапе первичной наркологической помощи:

1.1.1. Наличие диспансерного отделения регионального наркологического ЛПО, осуществляющего функции объекта постоянного базирования, основного координатора деятельности специальной группы по оказанию первичной наркологической помощи, других подразделений (кабинетов), функционирующих на данном этапе;

1.1.2. Наличие кабинета анонимного (телефонного) консультирования, либо специальная телефонно-консультативная служба, действующая при наркологическом ЛПО;

1.1.3. Наличие специальной группы сотрудников наркологического ЛПО (врачей – наркологов, социальных работников, инструкторов по реабилитации - консультантов по зависимостям) по реализации этапа первичной наркологической помощи;

1.1.4. Наличие наркологических кабинетов районных больниц и поликлиник, наркологические кабинеты промышленных и иных предприятий с функциями оказания первичной наркологической помощи.

1.2. Спецификация отделений, подразделений и специальных групп с функциями информационного, управленческого и ресурсного обеспечения первичной наркологической помощи:

1.2.1. Наличие специальной группы мониторинга, действующей при региональном наркологическом ЛПО и осуществляющей мониторинг реальной ситуации в сфере распространения зависимости от ПАВ среди населения региона;

1.2.2. Наличие специальной группы планирования, действующей при региональном наркологическом ЛПО и осуществляющей функции стратегического и оперативного планирования деятельности, в том числе на этапе первичной наркологической помощи;

- 1.2.3. Наличие специальной группы по инновационному внедрению, функционирующей в структуре региональных наркологических ЛПО и осуществляющей взаимодействие с профильными научными центрами;
- 1.2.4. Наличие комиссии по внутреннему аудиту и контролю качества наркологической помощи, в том числе оказываемой на первичном этапе;
- 1.2.5. Наличие организационно-методического отдела или кабинета региональных наркологических ЛПО, осуществляющих функции методического обеспечения анализа информации о деятельности на этапе первичной наркологической помощи;
- 1.2.6. Наличие административно-хозяйственно-экономического блока регионального ЛПО с функциями ресурсного обеспечения этапа первичной наркологической помощи.
- 1.3. Спецификация учреждений, подразделений и кабинетов, являющихся внешними партнерами наркологических организаций по реализации этапа первичной наркологической помощи:
- 1.3.1. Наличие стационарных пунктов доверия по реализации программ снижения вреда от употребления наркотиков, действующих при СПИД-центрах, поликлиниках и больницах системы МЗ РК;
- 1.3.2. Наличие стационарных пунктов доверия по реализации программ снижения вреда от употребления наркотиков, действующих при НПО;
- 1.3.3. Наличие передвижных (мобильных) пунктов доверия по реализации программ снижения вреда, действующих в системе МЗ РК, либо при профильных НПО;
- 1.3.4. Наличие токсикологических отделений и центров при больницах скорой помощи, многопрофильных поликлиниках;
- 1.3.5. Наличие специальной токсикологической бригады скорой и неотложной помощи;
- 1.3.6. Наличие реанимационных отделений и отделений (палат) интенсивной терапии, действующих при многопрофильных или специализированных клиниках, оказывающих услуги по профилю детоксикации при острой или хронической интоксикации ПАВ;
- 1.3.7. Наличие частных клиник и кабинетов, оказывающих услуги по выведению из состояния острой (опьянение) и хронической интоксикации ПАВ, купированию острых абстинентных состояний;
- 1.3.8. Наличие региональных СПИД-центров, координирующих деятельность по снижению вреда от употребления наркотиков;
- 1.3.9. Наличие многопрофильных поликлиник, оказывающих медицинскую помощь зависимым от наркотиков по показаниям, анонимно (дружественные поликлиники);
- 1.3.10. Наличие детских отделений и кабинетов многопрофильных поликлиник;
- 1.3.11. Наличие подростковых отделений и кабинетов многопрофильных поликлиник;
- 1.3.12. Наличие психотерапевтических центров и кабинетов (государственные и частные);
- 1.3.13. Наличие консультативно-психологических центров и кабинетов (государственные и частные);
- 1.3.14. Наличие службы экстренной психологической помощи (телефонно-консультативные службы).
- 1.4. Спецификация договорных отношений с внешними партнерами по реализации этапа первичной наркологической помощи:
- 1.4.1. Наличие договора о сотрудничестве в сфере оказания первичной наркологической помощи ВИЧ-инфицированным наркозависимым, заключаемый между региональным наркологическим ЛПО и СПИД-центром;
- 1.4.2. Наличие договора о сотрудничестве в сфере оказания первичной наркологической помощи клиентам программ снижения вреда, заключаемый между региональным наркологическим ЛПО и НПО, специализирующимися по профилю профилактики ВИЧ;
- 1.4.3. Наличие договора о сотрудничестве в сфере оказания первичной наркологической помощи лицам, получающим детоксикационную терапию в связи с острой или хронической интоксикацией ПАВ, заключаемый между региональным наркологическим ЛПО и токсикологическими центрами, отделениями, бригадами скорой токсикологической помощи, действующими при данных центрах, либо в составе подразделений СП;
- 1.4.4. Наличие договора о сотрудничестве в сфере оказания первичной наркологической помощи пациентам реанимационных отделений, отделений и палат интенсивной терапии, получающих лечение в связи с острой или хронической интоксикацией ПАВ, заключаемый между региональным наркологическим ЛПО и руководством данных подразделений;
- 1.4.5. Наличие договора о сотрудничестве в сфере оказания первичной наркологической помощи пациентам, получающим лечение в частных клиниках и кабинетах по выведению из состояния острой и хронической интоксикации ПАВ, заключаемый между региональными наркологическими ЛПО и руководством данных клиник и кабинетов;
- 1.4.6. Наличие договора о сотрудничестве в сфере оказания первичной наркологической помощи детям и подросткам с признаками употребления ПАВ с вредными последствиями и формирования зависимости от ПАВ (выявляемых при профилактических осмотрах в многопрофильных поликлиниках), заключаемый между региональным наркологическим ЛПО и руководством данных поликлиник;
- 1.4.7. Наличие договора о сотрудничестве в сфере оказания первичной наркологической помощи лицам, обратившимся в психотерапевтические, консультативно-психологические отделения и кабинеты, центры экстренной психологической по-

моши с проблемами, связанными с употреблением ПАВ, заключаемый между региональным наркологическим ЛПО и руководством данных структур;

1.4.8. Наличие договора о сотрудничестве в сфере оказания первичной наркологической помощи лицам, обращающимся в дружественные поликлиники по поводу коморбидной патологии, связанной с употреблением ПАВ, заключаемый между региональными наркологическими ЛПО и руководством дружественных поликлиник.

2. Характеристика основных технологий (процессов), используемых на этапе первичной наркологической помощи

2.1. Диагностические технологии

2.1.1. Диагностика употребления ПАВ с вредными последствиями с использованием критерииев МКБ-10;

2.1.2. Диагностика синдрома зависимости от ПАВ (начальных и развернутых клинических форм) с использованием критерииев МКБ-10;

2.1.3. Оценка степени тяжести основных проявлений зависимости от ПАВ с использованием инструмента Индекса Тяжести Аддикции (ИТА);

2.1.4. Диагностика коморбидной, по отношению к химической зависимости, патологии на этапе первичной наркологической помощи (ВИЧ, гепатиты В и С и др.);

2.2. Информационные и консультативные технологии

2.2.1. Мотивационное информирование на этапе первичной наркологической помощи;

2.2.2. Наркологическое консультирование зависимых от ПАВ на этапе первичной наркологической помощи;

2.2.3. Наркологическое консультирование созависимых на этапе первичной наркологической помощи;

2.2.4. Социальное консультирование на этапе первичной наркологической помощи.

2.3. Технологии медикаментозной и заместительной терапии

2.3.1. Медикаментозная терапия синдрома зависимости и его осложнений (отравлений, передозировок);

2.3.2. Комплексная медикаментозная терапия коморбидной, по отношению к зависимости от ПАВ, патологии;

2.3.3. Заместительная терапия, используемая в отношении ВИЧ-инфицированных и других потребителей инъекционных наркотиков по показаниям.

2.4. Психотерапевтические и тренинговые технологии

2.4.1. Краткосрочная мотивационная психотерапия зависимых от ПАВ (групповая, индивидуальная);

2.4.2. Проблемно-ориентированная психотерапия зависимых от ПАВ (групповая, индивидуальная);

2.4.3. Стress-шоковая психотерапия зависимых от алкоголя;

2.4.4. Тренинги по формированию устойчивой мотивации к прохождению курсов полноценной медико-социальной реабилитации у зависимых от ПАВ.

2.5. Прочие технологии, используемые в программах снижения вреда от употребления наркотиков

2.5.1. Предоставление материалов (обмен шприцев, раздача дезинфекционных, информационных материалов, презервативов потребителям инъекционных наркотиков);

2.5.2. Специальное обучение потребителей инъекционных наркотиков безопасному (по профилю инфицирования ВИЧ) поведению - безопасные инъекции, профилактика передозировок, безопасный секс; обучение созависимых;

2.5.3. Социальная помощь и поддержка (восстановление документов; помощь в трудоустройстве, трудовом обучении);

2.5.4. Дотестовое и послетестовое консультирование при тестировании на ВИЧ.

3. Характеристика кадровой обеспеченности этапа первичной наркологической помощи

3.1. Количество штатных единиц врачей-наркологов в диспансерном отделении регионального наркологического ЛПО;

3.2. Количество занятых должностей (физических лиц) врачей-наркологов в диспансерном отделении регионального наркологического ЛПО;

3.3. Количество штатных единиц социальных работников в диспансерном отделении регионального наркологического ЛПО;

3.4. Количество занятых единиц (физических лиц) социальных работников в диспансерном отделении регионального наркологического ЛПО;

3.5. Общее количество штатных единиц инструкторов по реабилитации по региональному наркологическому ЛПО в целом;

3.6. Количество занятых штатных единиц (физических лиц) инструкторов по реабилитации по региональному наркологическому ЛПО в целом;

3.7. Штатные единицы врачей-наркологов регионального наркологического ЛПО в соответствие с приказом МЗ РК № 764 от 26 октября 2004 года – в абсолютных единицах и процентах (%) к расчетным требованиям;

3.8. Штатные единицы социальных работников регионального наркологического ЛПО диспансерных отделений в соответствие с приказом МЗ РК № 764 от 26 октября 2004 года – в абсолютных единицах и процентах (%) к расчетным требованиям;

3.9. Штатные единицы инструкторов по реабилитации регионального наркологического ЛПО в

соответствие с приказом МЗ РК № 764 от 26 октября 2004 года – в абсолютных единицах и процентах (%) к расчетным требованиям;

3.10. Количество врачей наркологов регионального наркологического ЛПО, включенных в группу по реализации этапа первичной наркологической помощи;

3.11. Количество социальных работников регионального наркологического ЛПО, включенных в группу по реализации этапа первичной наркологической помощи;

3.12. Количество инструкторов по реабилитации (консультантов по зависимости) регионального наркологического ЛПО, включенных в группу по реализации этапа первичной наркологической помощи;

3.13. Степень соответствия квалификационным требованиям стандарта организации наркологической помощи врачей наркологов, задействованных на этапе оказания первичной наркологической помощи, по региональному ЛПО и по региону в целом (указать % соответствия по общему количеству специалистов - наркологов, задействованных на этапе первичной наркологической помощи);

3.14. Степень соответствия квалификационным требованиям стандарта организации наркологической помощи социальных работников, задействованных на этапе оказания первичной наркологической помощи, по региональному ЛПО и по региону в целом (указать % соответствия по общему количеству специалистов – социальных работников, задействованных на этапе первичной наркологической помощи);

3.15. Степень соответствия квалификационным требованиям стандарта организации наркологической помощи инструкторов по реабилитации (консультантов по зависимости), задействованных на этапе оказания первичной наркологической помощи, по региональному ЛПО и по региону в целом (указать % соответствия по общему количеству специалистов - инструкторов по реабилитации (консультантов по зависимостям), задействованных на этапе первичной наркологической помощи);

3.16. Наличие проработанного плана дополнительной и непрерывной профессиональной подготовки по основному профилю деятельности для врачей наркологов, задействованных на этапе первичной наркологической помощи по региональному наркологическому ЛПО и по региону в целом (указать % отношение к общему количеству специалистов данного профиля, задействованных на этапе первичной наркологической помощи);

3.17. Наличие проработанного плана дополнительной и непрерывной профессиональной подготовки по основному профилю деятельности для социальных работников, задействованных на этапе первичной наркологической помощи по региональному наркологическому ЛПО и по региону в

целом (указать % отношение к общему количеству специалистов данного профиля, задействованных на этапе первичной наркологической помощи);

3.18. Наличие проработанного плана дополнительной и непрерывной профессиональной подготовки по основному профилю деятельности для инструкторов по реабилитации (консультантов по зависимости), задействованных на этапе первичной наркологической помощи по региональному наркологическому ЛПО и по региону в целом (указать % отношение к общему количеству специалистов данного профиля, задействованных на этапе первичной наркологической помощи);

4. Характеристика материально-технической обеспеченности этапа первичной наркологической помощи

4.1. Наличие зданий, помещений (кабинетов) для размещения отделений, подразделений и специалистов, реализующих этап первичной наркологической помощи;

4.2. Наличие оборудованных рабочих мест, в том числе средствами оперативной связи, для сотрудников специальной группы по реализации этапа первичной наркологической помощи на базе диспансерного отделения;

4.3. Наличие закрепленного транспорта за сотрудниками группы по реализации этапа первичной наркологической помощи;

4.4. Наличие технических возможностей для распечатывания микробуклетов (технология мотивационного информирования) по основной проблематике этапа первичной наркологической помощи;

4.5. Наличие технических возможностей для сбора, обработки, анализа и хранения информации по реализации этапа первичной наркологической помощи на базе диспансерного отделения (компьютеры, связь, технический персонал)

4.6. Наличие возможностей для проведения индивидуального, группового наркологического консультирования и мотивационной терапии (отдельные или специально-предоставляемые помещения) в основных структурах, обозначенных в п. 1. – удовлетворительные, неудовлетворительные (указать % потребности).

5. Характеристика финансово-экономической обеспеченности этапа первичной наркологической помощи

5.2.1. Финансирование содержания и эксплуатации помещений, необходимых для размещения структурных подразделений и специалистов, реализующих этап первичной наркологической помощи (в % отношении к нормативным потребностям);

5.2.2. Финансирование приобретения оргтехники и оборудования, необходимых на этапе первичной наркологической помощи (в % отношении к нормативным потребностям);

5.2.3. Финансирование оплаты командировочных расходов и расходов на профильную подготовку специалистов, действующих на этапе первичной наркологической помощи (в % отношении к нормативным потребностям);

5.2.4. Финансирование оплаты труда за расширенный объем выполняемой работы, выполняемой участниками группы по реализации этапа первичной наркологической помощи (в % отношении к нормативным потребностям).

6. Характеристика организационно-управленческой обеспеченности этапа первичной наркологической помощи

6.1. Наличие утвержденной функциональной структуры этапа первичной наркологической помощи;

6.2. Наличие, в многолетнем стратегическом плане совершенствования наркологической помощи в регионе, специального раздела по организации этапа первичной наркологической помощи;

6.3. Наличие, в оперативном плане деятельности регионального наркологического ЛПО, соответствующих пунктов по организации этапа первичной наркологической помощи;

6.4. Наличие, в должностных обязанностях заведующего диспансерным отделением регионального наркологического ЛПО (либо заместителя главного врача по внебольничным вопросам), дополнительных пунктов по координации деятельности специалистов, реализующих этап первичной наркологической помощи;

6.5. Наличие, в должностных обязанностях специалистов, действующих в структурных подразделениях по реализации этапа первичной наркологической помощи, пунктов, предусматривающих необходимость реализации основных технологий данного этапа;

6.6. Наличие приказа о формировании специальной группы по реализации этапа первичной наркологической помощи, действующей на базе регионального наркологического ЛПО;

6.7. Наличие положения о деятельности группы специалистов по реализации этапа первичной наркологической помощи;

6.8. Наличие годового плана мероприятий деятельности специальной группы по реализации этапа первичной наркологической помощи;

6.9. Наличие, в должностных обязанностях участников специальной группы по реализации этапа первичной наркологической помощи, пунктов, предусматривающих необходимость выполнения основных технологий данного этапа;

6.10. Наличие в помесячных и недельных планах – графиках каждого специалиста, действующего на этапе первичной наркологической помощи, конкретных пунктов по реализации данного этапа;

6.11. Наличие внедряемых (совместно с научными отделами клинической наркологии, профес-

сиональных стандартов РНПЦ МСПН) экспериментальных протоколов первичной наркологической помощи;

6.12. Наличие разработанного (совместно с научными отделами клинической наркологии, профессиональных стандартов РНПЦ МСПН) делового протокола – утвержденных форм документации, заполняемой каждым специалистом, действующим на этапе первичной наркологической помощи;

6.13. Наличие утвержденных форм отчетности специалистов по реализации этапа первичной наркологической помощи;

6.14. Наличие утвержденной сводной формы отчетности координатора деятельности по реализации этапа первичной наркологической помощи (либо специального раздела в сводном отчете по основному профилю деятельности);

6.15. Наличие соответствующих пунктов по внутреннему аудиту и контролю качества на этапе первичной наркологической помощи (промежуточному и итоговому) в деятельность комиссии по контролю качества регионального ЛПО;

6.16. Наличие общего приказа по реализации этапа первичной наркологической помощи в регионе, с приложениями, поименованными в п.п. 6.1.– 6.15. – настоящего раздела.

7. Характеристика эффективности (результатата) реализации этапа первичной наркологической помощи

7.1. Промежуточные индикаторы эффективности (сведения даются за последние 3 года)

7.1.1. Общее количество зависимых от алкоголя в регионе по результатам мониторинга (специальных эпидемиологических исследований) в абсолютных цифрах и процентах к общему населению региона. Если такие исследования не проводились – сделать соответствующую отметку;

7.1.2. Количество зависимых от алкоголя среди контингента детей по результатам мониторинга и специальных эпидемиологических исследований – указать в абсолютных цифрах и процентах к детскому населению региона (если такие исследования не проводились – сделать соответствующую отметку);

7.1.3. Количество зависимых от алкоголя среди контингента подростков по результатам мониторинга и специальных эпидемиологических исследований – указать в абсолютных цифрах и процентах к подростковому населению региона (если такие исследования не проводились – сделать соответствующую отметку);

7.1.4. Количество зависимых от алкоголя, охваченных этапом первичной наркологической помощи в регионе (в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству зависимых от алкоголя, выявляемого при проведении соответствующих эпидемиологических исследований в регионе);

7.1.5. Количество детей – зависимых от алкоголя, либо употребляющих алкоголь с вредными последствиями, охваченных этапом первичной наркологической помощи (в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству детей, зависимых от алкоголя и употребляющих алкоголь с вредными для себя последствиями, устанавливаемому при проведении мониторинга наркологической ситуации);

7.1.6. Количество подростков, зависимых от алкоголя, либо употребляющих алкоголь с вредными для себя последствиями, охваченных этапом первичной наркологической помощи (в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству подростков, зависимых от алкоголя и употребляющих алкоголь с вредными для себя последствиями, устанавливаемому при проведении мониторинга наркологической ситуации в регионе);

7.1.7. Количество зависимых от алкоголя, перешедших с этапа первичной наркологической помощи на этап амбулаторного лечения и реабилитации (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству зависимых от алкоголя, охваченных этапом первичной наркологической помощи);

7.1.8. Количество детей – зависимых и злоупотребляющих алкоголем, перешедших с этапа первичной наркологической помощи на этап амбулаторного лечения и реабилитации (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству зависимых и злоупотребляющих алкоголем, охваченных этапом первичной наркологической помощи);

7.1.9. Количество подростков – зависимых и злоупотребляющих алкоголем, перешедших с этапа первичной наркологической помощи на этап амбулаторного лечения и реабилитации (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству подростков – зависимых и злоупотребляющих алкоголем, охваченных этапом первичной наркологической помощи);

7.1.10. Количество зависимых от алкоголя, перешедших с этапа первичной наркологической помощи на этап стационарного лечения и реабилитации (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству зависимых от алкоголя, охваченных этапом первичной наркологической помощи);

7.1.11. Количество детей, зависимых от алкоголя, перешедших с этапа первичной наркологической помощи на этап стационарного лечения и реабилитации (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству детей, зависимых от алкоголя, охваченных этапом первичной наркологической помощи);

7.1.12. Количество подростков, зависимых от алкоголя, перешедших с этапа первичной наркологической помощи на этап стационарного лечения и реабилитации (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству подростков, зависи-

мых от алкоголя, охваченных этапом первичной наркологической помощи);

7.1.13. Общее количество зависимых от наркотических и токсических веществ в регионе по результатам мониторинга (специальных эпидемиологических исследований) в абсолютных цифрах и процентах к общему населению региона. Если такие исследования не проводились – сделать соответствующую отметку;

7.1.14. Количество зависимых от наркотических и токсических веществ среди контингента детей по результатам мониторинга и специальных эпидемиологических исследований – указать в абсолютных цифрах и процентах к детскому населению региона (если такие исследования не проводились – сделать соответствующую отметку);

7.1.15. Количество зависимых от наркотических и токсических веществ среди контингента подростков по результатам мониторинга и специальных эпидемиологических исследований – указать в абсолютных цифрах и процентах к подростковому населению региона (если такие исследования не проводились – сделать соответствующую отметку);

7.1.16. Количество зависимых от наркотических и токсических веществ, охваченных этапом первичной наркологической помощи в регионе (в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству зависимых от наркотических и токсических веществ, выявляемого при проведении соответствующих эпидемиологических исследований в регионе);

7.1.17. Количество детей – зависимых от наркотических и токсических веществ, охваченных этапом первичной наркологической помощи (в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству детей, зависимых от наркотических и токсических веществ, устанавливаемому при проведении мониторинга наркологической ситуации);

7.1.18. Количество подростков, зависимых от наркотических и токсических веществ, охваченных этапом первичной наркологической помощи (в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству подростков, зависимых от наркотических и токсических веществ, устанавливаемому при проведении мониторинга наркологической ситуации в регионе);

7.1.19. Количество зависимых от наркотических и токсических веществ, перешедших с этапа первичной наркологической помощи на этап амбулаторного лечения и реабилитации (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству зависимых от наркотических и токсических веществ, охваченных этапом первичной наркологической помощи);

7.1.20. Количество детей – зависимых от наркотических и токсических веществ, перешедших с этапа первичной наркологической помощи на этап амбулаторного лечения и реабилитации (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству

детей, зависимых от наркотических и токсических веществ, охваченных этапом первичной наркологической помощи);

7.1.21. Количество подростков – зависимых от наркотических и токсических веществ, перешедших с этапа первичной наркологической помощи на этап амбулаторного лечения и реабилитации (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству подростков – зависимых от наркотических и токсических веществ, охваченных этапом первичной наркологической помощи);

7.1.22. Количество зависимых от наркотических и токсических веществ, перешедших с этапа первичной наркологической помощи на этап стационарного лечения и реабилитации (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству зависимых от наркотических и токсических веществ, охваченных этапом первичной наркологической помощи);

7.1.23. Количество детей, зависимых от наркотических и токсических веществ, перешедших с этапа первичной наркологической помощи на этап стационарного лечения и реабилитации (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству детей, зависимых от наркотических и токсических веществ, охваченных этапом первичной наркологической помощи);

7.1.24. Количество подростков, зависимых от наркотических и токсических веществ, перешедших с этапа первичной наркологической помощи на этап стационарного лечения и реабилитации (абсолютные цифры и в % отношении к общему количеству подростков, зависимых от наркотических и токсических веществ, охваченных этапом первичной наркологической помощи);

7.1.25. Общее количество созависимых, охваченных этапом первичной наркологической помощи (в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству зависимых от ПАВ, охваченных этапом первичной наркологической помощи);

7.1.26. Общее количество семинаров по диагностике синдрома зависимости, технологиям проведения мотивационного информирования и взаимодействия со специальной группой по реализации этапа первичной наркологической помощи (при региональном ЛПО), проведенных среди персонала, в структурах, поименованных в п. 1.

7.2. Конечные индикаторы эффективности (сведения даются за последние 3 года)

7.2.1. Результаты анкетирования репрезентативной группы злоупотребляющих и зависимых от ПАВ, охваченных этапом первичной наркологической помощи, на предмет определения степени соответствия предоставляемых на данном этапе услуг ожиданиям и потребностям охваченного контингента (указать % отрицательных оценок – низкой степени соответствия; % положи-

тельных оценок – средней и высокой степени соответствия);

7.2.2. Результаты анкетирования репрезентативных выборочных групп родных и близких контингента зависимых от ПАВ, охваченного этапом первичной наркологической помощи, на предмет определения степени соответствия предоставляемых на данном этапе услуг ожиданиям и запросам семьи и ближайшего окружения охваченного контингента (указать % отрицательных оценок – низкой степени соответствия; % положительных оценок – средней и высокой степени соответствия);

7.2.3. Показатель % соотношения количества зависимых от ПАВ, переведенных с этапа первичной наркологической помощи на этапы амбулаторного лечения и реабилитации;

7.2.4. Динамика показателя распространенности ремиссий (длительностью от 1 года и выше) у контингента зависимых от ПАВ, получавших наркологическую помощь на первичном этапе ее оказания – в абсолютных цифрах и % к общему количеству охваченного данным этапом наркологической помощи в течение последнего учитываемого года контингента;

7.2.5. Динамика инфицирования ВИЧ у охваченного этапом первичной наркологической помощи контингента зависимых от наркотиков – в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству зависимых от ПАВ, охваченных этапом первичной наркологической помощи в течение последнего учитываемого года;

7.2.6. Динамика передозировок и отравлений ПАВ (в том числе со смертельным исходом) у охваченного этапом первичной наркологической помощи контингента зависимых от ПАВ – в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству зависимых от ПАВ, охваченных этапом первичной наркологической помощи в течение последнего учитываемого года;

7.2.7. Динамика изменения поведения в сторону менее рискованного по профилю инфицирования ВИЧ у охваченного этапом первичной наркологической помощи контингента наркозависимых – в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству зависимых от ПАВ, охваченных этапом первичной наркологической помощи в течение последнего учитываемого года;

7.2.8. Динамика показателя спонтанных (без прохождения курсов амбулаторного и стационарного лечения в программах МСР) ремиссий у контингента зависимых от ПАВ, охваченного этапом первичной наркологической помощи – в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству зависимых от ПАВ, охваченных этапом первичной наркологической помощи в течение последнего учитываемого года;

7.2.9. Динамика показателя частоты правонарушений у охваченного контингента зависимых от

ПАВ – в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству зависимых от ПАВ, охваченных этапом первичной наркологической помощи в течение последнего учитываемого года;

7.2.10. Динамика показателя трудоустройства у охваченных этапом первичной наркологической помощи контингента зависимых от ПАВ – в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству зависимых от ПАВ, охваченных этапом первичной наркологической помощи в течение последнего учитываемого года;

7.2.11. Динамика показателя объема экономической выгоды, получаемой за счет реализации этапа первичной наркологической помощи (вследствие увеличения общего количества лиц, направляемых на МСР и находящихся в состоянии устойчивой ремиссии);

7.2.12. Динамика показателя экономической эффективности – соотношения объемов полученной, в результате реализации этапа первичной наркологической помощи, выгоды с прямым затратам на реализацию данного вида помощи.

2. Комментарии

Вышеприведенная карта опросника по комплексной оценке этапа первичной наркологической помощи в секторе МЗ РК содержит 7 основных разделов, отражающих главные характеристики качества НП:

- характеристика структуры этапа первичной НП (32 оцениваемых индикатора);
- характеристика основных технологических процессов (19 оцениваемых индикаторов);
- характеристика ресурсообеспечивающих процессов (кадры) - 17 оцениваемых индикаторов;
- характеристика ресурсообеспечивающих процессов (материально-технические ресурсы) - 6 оцениваемых индикаторов;
- характеристика ресурсообеспечивающих процессов (финансово-экономические ресурсы) - 4 оцениваемых индикаторов;
- характеристика управлеченческих процессов (16 оцениваемых индикаторов);
- характеристика результатов, достигаемых на этапе первичной наркологической помощи в секторе МЗ РК (38 оцениваемых индикаторов).

Наибольшее количество оцениваемых индикаторов (62) характеризует процессы - технологические, ресурсообеспечивающие, управлеченческие - представляющие функциональную активность этапа первичной наркологической помощи в секторе МЗ РК.

На втором месте по количеству оцениваемых индикаторов - характеристики достигаемых на данном этапе НП результатов (38).

На третьем месте - общее количество индикаторов, характеризующих качество структуры первичной НП - 32.

Такое распределение, с позицией КСМК, ориентированной на реализацию процессного подхода, представляется вполне закономерным. А общее количество оцениваемых индикаторов - 132 - адекватным и оптимальным для выведения дифференцированной оценки качества рассматриваемого этапа наркологической помощи в секторе МЗ РК.

Приведенная в карте опросника система промежуточных и конечных индикаторов эффективности реализации этапа первичной наркологической помощи содержит: объемные показатели охвата реальной популяции злоупотребляющих и зависимых от ПАВ профильными услугами; показатели клинической, социальной, экономической эффективности. То есть, и здесь прослеживается принцип комплексной оценки качества оказываемой на данном этапе НП.

Технологии оценки и выведения уровней качества рассматриваемого этапа НП по каждому разделу, и в совокупности, подробно описывается в соответствующих методических рекомендациях.

Здесь мы отметим лишь тот факт, что степени дефицита показателей качества, выявляемые по какому либо разделу, автоматически переносится на общую оценку качества рассматриваемого этапа НП. А также - то обстоятельство, что очевидным приоритетом при выведении общего уровня качества первичной наркологической помощи в секторе МЗ РК является система конечных индикаторов эффективности.

Заключение

В модели КСМК НП вопросы организации эффективной первичной наркологической помощи занимают особое место в связи с важностью задач, решаемых за счет активности данного этапа НП.

В связи с этим разработка методологии комплексной оценки качества и эффективности оказываемой на данном этапе НП представляется весьма актуальной.

Внедрение данной методологии будет способствовать эффективному решению задач по охвату реальной популяции потребителей ПАВ приемлемыми формами наркологической помощи, а также - эффективной профилактики распространения зависимости от ПАВ и сопутствующего ВИЧ/СПИДа среди населения РК.

МЕТОДОЛОГИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ЭТАПЕ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ В СЕКТОРЕ ДОБРОВОЛЬНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МЗ РК

Д.м.н., проф. А. Л. Катков

г. Павлодар

Введение

Этап амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ в модели КСМК НП существенно отличается от существующих схем оказания наркологической помощи на данном этапе. В первую очередь, что различие касается технологий оказания наркологической помощи. В модели КСМК данные технологии представлены полноценными реабилитационными программами. В то время, как в традиционных схемах амбулаторная наркологическая помощь, в основном, сводится к профилактическому наблюдению и симптоматической медикаментозной терапии зависимых от ПАВ.

Следует отметить, что масштабное внедрение полноценных программ амбулаторного лечения зависимых от ПАВ, особенно детей и подростков, для которых данная форма оказания наркологической помощи наиболее адекватна, повышает доступность и степень приемлемости НП для нуждающегося контингента зависимых и употребляющих ПАВ. Что, в свою очередь будет способствовать повышению охвата реальной популяции потребителей ПАВ полноценными программами амбулаторной реабилитации.

В данной связи проблема обеспечения высокого качества услуг, оказываемых на рассматриваемом этапе НП, в частности - вопросы эффективного контроля качества НП на этапе амбулаторного лечения и реабилитации - представляется весьма важной.

Методология комплексной оценки качества НП на основных этапах ее оказания разработана с целью обеспечения эффективного контроля качества НП, т.е. является инструментом реализации названной задачи. Данная методология полностью удовлетворяет следующим основным принципам и подходам КСМК НП:

- оценка качества НП является комплексной и проводится в отношении основных предметных характеристик категорий качества - структуры, процесса, результата;

- методология комплексной оценки качества НП включает анализ таких параметров (компонентов качества ВОЗ), как: адекватность, экономичность, обоснованность и высокий научно-технический уровень, эффективность;

- комплексная оценка качества НП, в контексте данной методологии, проводится с использованием соответствующих технологий: экспертных оце-

нок (по отношению к параметрам адекватности, обоснованности и высокого научно-технического уровня); комплексного экономического анализа (по отношению к параметрам экономичности и эффективности); комплексного анализа эффективности (по отношению к параметрам клинической и социальной эффективности).

В следующих разделах описывается технологический инструментарий комплексной методологии оценки качества НП на этапах ее оказания: карта опросника с комментариями и общими сведениями по выведению итоговых оценок качества по основным разделам.

1. Опросник комплексной оценки качества 3-го этапа наркологической помощи (этап амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ) в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК

1. Характеристика структуры:

1.1. Наличие диспансерного отделения наркологического профиля (указать мощность – количество посещений в смену);

1.2. Наличие детско-подросткового отделения наркологического профиля (указать мощность – количество посещений в смену);

1.3. Наличие кабинетов участковых наркологов взрослых – указать количество в диспансерном отделении;

1.4. Наличие кабинетов участковых детско-подростковых наркологов – указать количество в диспансерном отделении;

1.5. Наличие кабинетов участковых детских наркологов – указать количество в диспансерном отделении;

1.6. Наличие кабинетов анонимного лечения при диспансерном отделении – указать количество;

1.7. Наличие кабинета психотерапевта при диспансерном отделении – указать количество;

1.8. Наличие кабинета психолога в диспансерном отделении – указать количество;

1.9. Наличие кабинета специалиста по социальной работе (социального работника) в диспансерном отделении – указать количество;

1.10. Наличие кабинета экспертизы алкогольного и наркотического опьянения в диспансерном отделении;

1.11. Наличие кабинета судебно-наркологической экспертизы;

-
- 1.12. Наличие кабинета антиалкогольной и антитабачной пропаганды (первичной профилактики);
- 1.13. Наличие процедурного кабинета;
- 1.14. Наличие отделения дневного стационара, действующего при диспансерном отделении, либо самостоятельно (указать количество мест);
- 1.15. Наличие клинико-биохимической лаборатории при диспансерном отделении (либо с возможностью обследования пациентов, обратившихся в данное отделение);
- 1.16. Наличие нейрофизиологической лаборатории при диспансерном отделении (либо с возможностью обследования пациентов, обратившихся в данное отделение);
- 1.17. Наличие лаборатории патопсихологической диагностики при диспансерном отделении (либо с возможностью обследования обратившихся на амбулаторный прием пациентов);
- 1.18. Наличие регистратуры при диспансерном отделении с техническими возможностями сбора, обработки и хранения информации и текущей документации;
- 1.19. Наличие при диспансерном отделении организационно-методического кабинета или отдела с кабинетом медицинской статистики;
- 1.20. Наличие специальной группы мониторинга наркологической ситуации, действующей при диспансерном отделении (либо при региональном ЛПО с участием сотрудников диспансерных наркологических отделений);
- 1.21. Наличие специальной группы планирования наркологической помощи, действующей при диспансерном отделении (либо при региональном ЛПО с участием сотрудников диспансерных наркологических отделений);
- 1.22. Наличие специальной группы инновационного внедрения, действующей при диспансерном отделении (либо при региональном ЛПО с участием сотрудников диспансерного наркологического отделения);
- 1.23. Наличие комиссии по внутреннему аудиту и контролю качества, действующей при региональном наркологическом ЛПО с участием специалистов диспансерного отделения;
- 1.24. Наличие самостоятельного административно-хозяйственно-экономического блока диспансерного отделения;
- 1.25. Наличие наркологических кабинетов в регионе, действующих в структуре многопрофильных медицинских учреждений – указать количество;
- 1.26. Наличие наркологических кабинетов в регионе, действующих в структуре промышленных предприятий – указать количество;
- 1.27. Наличие наркологических кабинетов в регионе, действующих в структуре автотранспортных предприятий – указать количество;
- 1.28. Наличие наркологических кабинетов в регионе, действующих в структуре сельскохозяйственных предприятий – указать количество;
- 1.29. Наличие фельдшерских наркопунктов в регионе, действующих в структуре многопрофильных медицинских учреждений – указать количество;
- 1.30. Наличие фельдшерских наркопунктов в регионе, действующих в структуре промышленных предприятий – указать количество;
- 1.31. Наличие фельдшерских наркопунктов в регионе, действующих в структуре автотранспортных предприятий – указать количество;
- 1.32. Наличие фельдшерских наркопунктов в регионе, действующих в структуре сельскохозяйственных предприятий – указать количество;
- 1.33. Наличие частных наркологических кабинетов и центров, оказывающих амбулаторную наркологическую помощь – указать количество;
- 1.34. Наличие частных психотерапевтических кабинетов и центров, оказывающих профильную психотерапевтическую помощь зависимым от ПАВ и созависимым – указать количество;
- 1.35. Наличие частных кабинетов и центров психологического консультирования, оказывающих профильную психологическую помощь зависимым от ПАВ и созависимым – указать количество.
-
- 2. Характеристика основных технологий (процессов), используемых на этапе амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ**
- 2.1. *Диагностические технологии* (здесь отмечаются только те технологии, которые используются на этапе амбулаторного лечения и реабилитации)
- 2.1.1. Клинико-психопатологическая диагностика психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ с использованием критериев МКБ-10;
- 2.1.2. Оценка степени тяжести основных проявлений зависимости от ПАВ с использованием инструмента Индекса Тяжести Аддикций (ИТА);
- 2.1.3. Экспериментально-психологическая диагностика особенностей сфер психической деятельности (стандартная);
- 2.1.4. Экспериментально-психологическая диагностика уровней реабилитационного потенциала и актуальных мишеней МСР;
- 2.1.5. Клиническая диагностика коморбидной, по отношению к диагнозу химической зависимости, патологии;
- 2.1.6. Клинико-биохимическая диагностика;
- 2.1.7. Бактериологическая и вирусологическая диагностика, включая возможность тестирования на ВИЧ;
- 2.1.8. Нейрофизиологическая диагностика;
- 2.1.9. ЭКГ-диагностики;
- 2.1.10. Рентгенологическая диагностика;
- 2.1.11. Узи – диагностика;

2.1.12. Анализ содержания психоактивных веществ в биологических жидкостях и тканях организма;

2.2. Технологии детоксикации

2.2.1. Инфузионные методы;

2.2.2. Экстракорпоральные методы;

2.2.3. Ускоренная детоксикация в сочетании с введением антагонистических препаратов;

2.3. Медикаментозная терапия

2.3.1. Псилофармакотерапия синдрома зависимости и его осложнений;

2.3.2. Симптоматическая медикаментозная психотерапия, направленная на стимуляцию мозгового метаболизма и компенсацию последствий хронической интоксикации ПАВ;

2.3.3. Медикаментозная терапия коморбидной патологии;

2.3.4. Антагонистическая терапия с использованием блокаторов опиоидных рецепторов;

2.4. Немедикаментозная терапия

2.4.1. Физиотерапия;

2.4.2. Рефлексотерапия;

2.4.3. Гомеопатическая терапия;

2.5. Консультативные технологии

2.5.1. Наркологическое консультирование зависимых от ПАВ на этапе амбулаторного лечения и реабилитации;

2.5.2. Наркологическое консультирование созависимых на этапе амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ;

2.5.3. Психологическое консультирование зависимых от ПАВ на этапе амбулаторного лечения и реабилитации;

2.5.4. Психологическое консультирование созависимых на этапе амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ;

2.5.5. Социальное консультирование зависимых от ПАВ на этапе амбулаторного лечения и реабилитации;

2.5.6. Социальное консультирование созависимых на этапе амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ;

2.6. Тренинговые технологии

2.6.1. Тренинги по формированию устойчивой мотивации на прохождение полноценного лечения и отказ от употребления ПАВ на этапе амбулаторного лечения и реабилитации;

2.6.2. Тренинги по формированию необходимых адаптационных навыков сензитивности, коммуникативности, асертивности, креативности на этапе амбулаторного лечения и реабилитации;

2.6.3. Тренинги по формированию психологической устойчивости к повторному вовлечению в

зависимость от ПАВ на этапе амбулаторного лечения и реабилитации;

2.7. Психотерапевтические технологии

2.7.1. Мотивационная психотерапия на этапе амбулаторного лечения и реабилитации;

2.7.2. Проблемно-ориентированная психотерапия (групповая, индивидуальная) на этапе амбулаторного лечения и реабилитации;

2.7.3. Стресс-шоковая психотерапия зависимых от алкоголя и табака на этапе амбулаторного лечения и реабилитации.

2.8. Реабилитационные технологии

2.8.1. Программа амбулаторной реабилитации детей, зависимых от алкоголя и токсических веществ;

2.8.2. Программа амбулаторной реабилитации подростков, зависимых от алкоголя;

2.8.3. Программа амбулаторной реабилитации подростков, зависимых от опиоидов и других наркотических и токсических веществ;

2.8.4. Программа амбулаторной реабилитации взрослых лиц, зависимых от алкоголя;

2.8.5. Программа амбулаторной реабилитации взрослых лиц, зависимых от опиоидов и других наркотических и токсических веществ.

2.9. Экспертные технологии

2.9.1. Экспертиза алкогольного опьянения;

2.9.2. Экспертиза наркотического опьянения;

2.9.3. Судебно-наркологическая экспертиза;

2.9.4. Военно-наркологическая экспертиза;

2.9.5. Трудовая наркологическая экспертиза;

2.9.6. Наркологическое освидетельствование на предмет обоснования наркологического диагноза либо его отсутствия.

3. Характеристика кадровой обеспеченности на этапе амбулаторного лечения и реабилитации

3.1. Количество штатных единиц по диспансерному отделению в абсолютных цифрах и в % соответствии к требованиям приказа МЗ РК № 764 от 2004 г. (по каждой профессиональной специфике отдельная);

3.2. Количество сотрудников – физических лиц по диспансерному отделению в абсолютных цифрах и в % укомплектованности имеющихся штатных единиц (по каждой специфике персонала отдельно);

3.3. Количество штатных единиц по дневному стационару в абсолютных цифрах и в % соответствии к требованиям приказа МЗ РК № 764 от 2004 года (по каждой специфике отдельно);

3.4. Количество сотрудников – физических лиц по дневному стационару в абсолютных цифрах и в % соответствии к имеющимся штатным единицам (по каждой специфике персонала - отдельно);

3.5. Количество штатных единиц по наркологическим кабинетам региона в абсолютных цифрах

и в % соответствии к требованиям приказа МЗ РК № 764 от 2004 г. (по каждой профессиональной специфике отдельная);

3.6. Количество сотрудников – физических лиц по наркологическим кабинетам региона в абсолютных цифрах и в % укомплектованности имеющихся штатных единиц (по каждой специфике персонала отдельно);

3.7. Штатная укомплектованность врачами – наркологами по диспансерному наркологическому отделению (количество должностей; количество физических лиц);

3.8. Штатная укомплектованность врачами – наркологами по отделению дневного стационара (количество должностей; количество физических лиц);

3.9. Штатная укомплектованность врачами – наркологами действующих наркологических кабинетов в регионе (наличие врачебно-наркологических ставок и физических лиц);

3.10. Степень соответствия квалификационным требованиям стандарта организации наркологической помощи врачей наркологов, действующих на этапе амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ, по региональному ЛПО и по региону в целом (указать % соответствия по общему количеству специалистов - наркологов, действующих на этапе амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ);

3.11. Наличие проработанного плана дополнительной и непрерывной профессиональной подготовки по основному профилю деятельности для врачей наркологов, действующих на этапе амбулаторного лечения и реабилитации по региональному наркологическому ЛПО и по региону в целом (указать % отношение к общему количеству специалистов данного профиля, действующих на этапе амбулаторного лечения и реабилитации);

3.12. Штатная укомплектованность врачами психотерапевтами по диспансерному наркологическому отделению (количество должностей; количество физических лиц);

3.13. Штатная укомплектованность врачами психотерапевтами по отделению дневного стационара (количество должностей; количество физических лиц);

3.14. Степень соответствия квалификационным требованиям стандарта организации наркологической помощи врачей психотерапевтов, действующих на этапе амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ, по региональному ЛПО и по региону в целом (указать % соответствия по общему количеству специалистов - психотерапевтов, действующих на этапе амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ);

3.15. Наличие проработанного плана дополнительной и непрерывной профессиональной подготовки по основному профилю деятельности для врачей психотерапевтов, действующих на этапе

амбулаторного лечения и реабилитации по региональному наркологическому ЛПО и по региону в целом (указать % отношение к общему количеству специалистов данного профиля, действующих на этапе амбулаторного лечения и реабилитации);

3.16. Штатная укомплектованность психологами по диспансерному наркологическому отделению (количество должностей; количество физических лиц);

3.17. Штатная укомплектованность психологами по отделению дневного стационара (количество должностей; количество физических лиц);

3.18. Степень соответствия квалификационным требованиям стандарта организации наркологической помощи психологов, действующих на этапе амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ, по региональному ЛПО и по региону в целом (указать % соответствия по общему количеству специалистов - психологов, действующих на этапе амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ);

3.19. Наличие проработанного плана дополнительной и непрерывной профессиональной подготовки по основному профилю деятельности для психологов, действующих на этапе амбулаторного лечения и реабилитации по региональному наркологическому ЛПО и по региону в целом (указать % отношение к общему количеству специалистов данного профиля, действующих на этапе амбулаторного лечения и реабилитации);

3.20. Штатная укомплектованность социальными работниками по диспансерному наркологическому отделению (количество должностей; количество физических лиц);

3.21. Штатная укомплектованность социальными работниками по отделению дневного стационара (количество должностей; количество физических лиц);

3.22. Степень соответствия квалификационным требованиям стандарта организации наркологической помощи социальных работников, действующих на этапе амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ, по региональному ЛПО и по региону в целом (указать % соответствия по общему количеству специалистов – социальных работников, действующих на этапе амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ);

3.23. Наличие проработанного плана дополнительной и непрерывной профессиональной подготовки по основному профилю деятельности для социальных работников, действующих на этапе амбулаторного лечения и реабилитации по региональному наркологическому ЛПО и по региону в целом (указать % отношение к общему количеству специалистов данного профиля, действующих на этапе амбулаторного лечения и реабилитации);

3.24. Штатная укомплектованность инструкторов по реабилитации (консультантов по зависимостям) по диспансерному наркологическому отде-

лению (количество должностей; количество физических лиц);

3.25. Штатная укомплектованность инструкторов по реабилитации (консультантов по зависимостям) по отделению дневного стационара (количество должностей; количество физических лиц);

3.26. Степень соответствия квалификационным требованиям стандарта организации наркологической помощи инструкторов по реабилитации (консультантов по зависимостям), действующих на этапе амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ, по региональному ЛПО и по региону в целом (указать % соответствия по общему количеству специалистов - инструкторов по реабилитации (консультантов по зависимостям), действующих на этапе амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ);

3.27. Наличие проработанного плана дополнительной и непрерывной профессиональной подготовки по основному профилю деятельности для инструкторов по реабилитации (консультантов по зависимостям), действующих на этапе амбулаторного лечения и реабилитации по региональному наркологическому ЛПО и по региону в целом (указать % отношение к общему количеству специалистов данного профиля, действующих на этапе амбулаторного лечения и реабилитации).

3.28. Штатная укомплектованность специалистами диагностического профиля и профиля физиотерапии по диспансерному наркологическому отделению (количество должностей; количество физических лиц);

3.29. Штатная укомплектованность среднего медицинского персонала, фельдшеров, лаборантов по диспансерному наркологическому отделению (количество должностей; количество физических лиц);

3.30. Штатная укомплектованность прочего персонала по диспансерному наркологическому отделению (количество должностей; количество физических лиц);

3.31. Штатная укомплектованность специальных групп, оказывающих организационное содействие деятельности на этапе амбулаторного лечения и реабилитации.

4. Характеристика материально-технической обеспеченности этапа амбулаторного лечения и реабилитации

4.1. Наличие зданий, сооружений, необходимых для размещения диспансерного отделения, отделения дневного стационара (указать обеспеченность в % от нормативных потребностей);

4.2. Наличие инвентаря, необходимого для оборудования рабочих мест специалистов, действующих в диспансерных отделениях и отделении дневного стационара – мебель, компьютеры, средства связи, канцелярские принадлежности и материалы (указать обеспеченность в % от нормативных потребностей);

4.3. Наличие диагностического оборудования и расходных материалов для обеспечения деятельности клинико-биохимической лаборатории (указать % соответствия нормативным потребностям);

4.4. Наличие диагностического оборудования, необходимого для деятельности нейрофизиологической лаборатории и расходных материалов (указать % соответствия нормативным потребностям);

4.5. Наличие диагностических программ, оборудования (компьютеры) и специального инвентаря (диагностические карты, тесты и пр.), необходимых для деятельности лаборатории патопсихологической диагностики (указать % соответствия нормативным требованиям);

4.6. Наличие автотранспорта, закрепленного за диспансерным отделением и отделением дневного стационара (указать количество единиц и % соответствия нормативным потребностям);

4.7. Наличие технических возможностей для сбора, обработки, анализа, хранения и воспроизведения информации по реализации этапа амбулаторного лечения и реабилитации;

4.8. Наличие медикаментов в соответствие с нормативными потребностями данного этапа (амбулаторное лечение в диспансерном отделении и отделении дневного стационара) – указать % соответствия нормативным потребностям;

4.9. Наличие инвентаря, расходных материалов, необходимых для реализации реабилитационного процесса на данном этапе (указать % соответствия нормативным требованиям).

5. Характеристика финансово-экономической обеспеченности этапа амбулаторного лечения и реабилитации

5.1. Финансирование по статье воспроизводства и эксплуатации основных фондов (капитальные и текущие ремонты), задействованных на этапе амбулаторного лечения и реабилитации (указать % от нормативных потребностей);

5.2. Финансирование по статьям приобретения инвентаря, необходимого на этапе амбулаторного лечения и реабилитации (указать % от нормативных потребностей);

5.3. Финансирование по статьям приобретения медицинской техники для оснащения диагностических лабораторий (указать % от нормативных потребностей);

5.4. Финансирование по статьям приобретения автотранспорта и прочего оборудования (компьютеры, связь и др.) – указать % от нормативных потребностей;

5.5. Финансирование по статьям приобретения медикаментов (указать % от нормативных потребностей);

5.6. Финансирование по статьям приобретения расходных материалов, необходимых для реализации программ амбулаторной реабилитации (бума-

га, краски, спорт – инвентарь и т.д.) – указать % от нормативных потребностей;

5.7. Финансирование по статьям командировочных расходов и оплаты за обучение персонала, действующего на этапе амбулаторного лечения и реабилитации (указать % от нормативных потребностей);

5.8. Финансирование по статье оплаты труда специалистов, действующих на этапе амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ (указать % от нормативных потребностей);

5.9. Финансирование по статьям приобретения и эксплуатации оргтехники и средств связи, необходимых для реализации этапа амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ (указать % от нормативных потребностей).

6. Характеристика организационно-управленческой обеспеченности этапа амбулаторного лечения и реабилитации

6.1. Наличие проработанной функциональной структуры (схемы) региональной наркологической помощи на этапе амбулаторного лечения и реабилитации, в соответствие с разделом 1. (прилагается к многолетнему стратегическому и оперативному планам);

6.2. Наличие многолетнего стратегического плана (либо соответствующего фрагмента общего стратегического плана организации) по совершенствованию этапа амбулаторного лечения и реабилитации;

6.3. Наличие оперативного плана основных мероприятий по реализации этапа амбулаторного лечения и реабилитации на текущий год;

6.4. Наличие утвержденных и экспериментальных протоколов наркологической помощи на этапе амбулаторного лечения и реабилитации, основным нозологическим (алкогольная зависимость, зависимость от опиоидов) и возрастным (дети, подростки, взрослые) спецификам;

6.5. Наличие в должностных обязанностях специалистов, действующих в диспансерных наркологических отделениях и отделениях дневного стационара, пунктов по реализации технологий амбулаторной реабилитации зависимых от ПАВ

6.6. Наличие в кадровом составе диспансерного отделения группы или отдельных специалистов, в чьи функциональные обязанности входит непосредственная курация процессов внедрения инновационных технологий (диагностика, лечение, реабилитация, организационные, информационные и другие технологии);

6.7. Наличие в организации комиссии по контролю качества, осуществляющей текущий и итоговый контроль качества оказания наркологической помощи на этапе амбулаторного лечения и реабилитации;

6.8. Наличие ежегодных отчетов о деятельности по реализации этапа амбулаторного лечения и реабилитации;

6.9. Наличие экспертных заключений комиссии по контролю качества в отношении текущего и итогового контроля деятельности диспансерного отделения и отделения дневного стационара на этапе амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ (привести общую оценку качества за последний год);

6.10. Наличие общего приказа по региональному ЛПО о реструктуризации этапа амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ;

6.11. Наличие прочих действующих нормативных документов, регламентирующих деятельность по оказанию амбулаторно-поликлинической наркологической помощи (приказы, положения, инструкции) – указать какие.

7. Характеристика эффективности (результатата) реализации этапа амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ

7.1. Промежуточные индикаторы эффективности (сведения даются за последние 3 года)

7.1.1. Показатель первичной заболеваемости среди населения региона по профилю алкогольной зависимости в абсолютных цифрах и на 100 тыс. населения;

7.1.2. Показатель первичной заболеваемости по профилю алкогольной зависимости среди детского населения региона в абсолютных цифрах и на 100 тыс. детского населения;

7.1.3. Показатель первичной заболеваемости среди подросткового населения региона по профилю алкогольной зависимости в абсолютных цифрах на 100 тыс. подросткового населения;

7.1.4. Показатель общей заболеваемости (контингента) по профилю алкогольной зависимости среди населения региона в абсолютных цифрах и на 100 тыс. населения;

7.1.5. Показатель общей заболеваемости (контингента) по профилю алкогольной зависимости среди детей в абсолютных цифрах и на 100 тыс. детского населения;

7.1.6. Показатель общей заболеваемости (контингента) по профилю алкогольной зависимости среди подростков в абсолютных цифрах и на 100 тыс. подросткового населения;

7.1.7. Показатель соотношения реального количества лиц, зависимых от алкоголя (по данным эпидемиологических исследований и специального мониторинга, проводимого в регионе) с числом учтенного контингента зависимых от алкоголя по данным последнего года;

7.1.8. Показатель соотношения реального количества детей, зависимых и злоупотребляющих алкоголем (по данным эпидемиологических исследований и специального мониторинга, проводимого в регионе) с числом учтенного контингента детей, злоупотребляющих и зависимых от алкоголя, по данным последнего года;

7.1.9. Показатель соотношения реального количества подростков, зависимых и злоупотребляющих алкоголем (по данным эпидемиологических исследований и специального мониторинга, проводимого в регионе) с числом учтенного контингента подростков, злоупотребляющих и зависимых от алкоголя, по данным последнего года;

7.1.10. Процентное соотношение числа зависимых от алкоголя, прошедших курсы амбулаторного лечения и реабилитации в течение последнего года, к общему числу учтенного контингента зависимых от алкоголя в регионе;

7.1.11. Процентное соотношение числа детей, злоупотребляющих и зависимых от алкоголя, прошедших курсы амбулаторного лечения и реабилитации в течение последнего года, к общему количеству учтенного контингента детей, злоупотребляющих и зависимых от алкоголя;

7.1.12. Процентное соотношение числа подростков, зависимых от алкоголя, прошедших курсы амбулаторного лечения и реабилитации в течение последнего года, к общему количеству учтенного контингента подростков, зависимых от алкоголя;

7.1.13. Показатель первичной заболеваемости среди населения региона по профилю наркотической и токсической зависимости в абсолютных цифрах и на 100 тыс. населения;

7.1.14. Показатель первичной заболеваемости по профилю наркотической и токсической зависимости среди детского населения региона в абсолютных цифрах и на 100 тыс. детского населения;

7.1.15. Показатель первичной заболеваемости среди подросткового населения региона по профилю наркотической и токсической зависимости в абсолютных цифрах и на 100 тыс. подросткового населения;

7.1.16. Показатель общей заболеваемости (контингента) по профилю наркотической и токсической зависимости среди населения региона в абсолютных цифрах и на 100 тыс. населения;

7.1.17. Показатель общей заболеваемости (контингента) по профилю наркотической и токсической зависимости среди детей в абсолютных цифрах и на 100 тыс. детского населения;

7.1.18. Показатель общей заболеваемости (контингента) по профилю наркотической и токсической зависимости среди подростков в абсолютных цифрах и на 100 тыс. подросткового населения;

7.1.19. Показатель соотношения реального количества лиц, зависимых от наркотических и токсических веществ (по данным эпидемиологических исследований и специального мониторинга проводимого в регионе), с числом учтенного контингента зависимых от наркотических и токсических веществ по данным последнего года;

7.1.20. Показатель соотношения реального количества детей, зависимых и злоупотребляющих наркотическими и токсическими веществами (по

данным эпидемиологических исследований и специального мониторинга, проводимого в регионе) с числом учтенного контингента детей, злоупотребляющих и зависимых от наркотических и токсических веществ, по данным последнего года;

7.1.21. Показатель соотношения реального количества подростков, зависимых и злоупотребляющих наркотическими и токсическими веществами (по данным эпидемиологических исследований и специального мониторинга, проводимого в регионе) с числом учтенного контингента подростков, злоупотребляющих и зависимых от наркотических и токсических веществ, по данным последнего года;

7.1.22. Процентное соотношение числа зависимых от наркотических и токсических веществ, прошедших курсы амбулаторного лечения и реабилитации в течение последнего года, к общему числу учтенного контингента зависимых от наркотических и токсических веществ в регионе;

7.1.23. Процентное соотношение числа детей, злоупотребляющих и зависимых от наркотических и токсических веществ, прошедших курсы амбулаторного лечения и реабилитации в течение последнего года, к общему количеству учтенного контингента детей, злоупотребляющих и зависимых от наркотических и токсических веществ;

7.1.24. Процентное соотношение числа подростков, зависимых от наркотических и токсических веществ, прошедших курсы амбулаторного лечения и реабилитации в течение последнего года, к общему количеству учтенного контингента подростков, зависимых от наркотических и токсических веществ.

7.2. Конечные индикаторы эффективности (сведения даются за последние 3 года)

7.2.1. Результаты анкетирования репрезентативной группы зависимых от ПАВ, охваченных этапом амбулаторного лечения и реабилитации на предмет определения степени соответствия предоставляемых на данном этапе услуг ожиданиям и потребностям охваченного контингента (указать % отрицательных оценок – низкой степени соответствия; % положительных оценок – средней и высокой степени соответствия);

7.2.2. Результаты анкетирования среди родных и близких зависимых от ПАВ, охваченных этапом амбулаторного лечения и реабилитации, а также – созависимых лиц, получавших консультативную и иную помощь на данном этапе, на предмет определения степени соответствия предоставляемых услуг ожиданиям и потребностям данного контингента (указать % отрицательных оценок – низкой степени соответствия; % положительных оценок – средней и высокой степени соответствия);

7.2.3. Показатель распространенности ремиссий (длительностью от 1 года и выше) среди пациент-

тов с алкогольной зависимостью, завершивших программу амбулаторного лечения и реабилитации;

7.2.4. Показатель распространенности ремиссий (длительностью от 1 года и выше) среди детей с алкогольной зависимостью, завершивших программу амбулаторного лечения и реабилитации;

7.2.5. Показатель распространенности ремиссий (длительностью от 1 года и выше) среди подростков с алкогольной зависимостью, завершивших программу амбулаторного лечения и реабилитации;

7.2.6. Показатель распространенности ремиссий (длительностью от 1 года и выше) среди лиц с наркотической и токсической зависимостью, завершивших программу амбулаторного лечения и реабилитации;

7.2.7. Показатель распространенности ремиссий (длительностью от 1 года и выше) среди детей с наркотической и токсической зависимостью, завершивших программу амбулаторного лечения и реабилитации;

7.2.8. Показатель распространенности ремиссий (длительностью от 1 года и выше) среди подростков с наркотической и токсической зависимостью, завершивших программу амбулаторного лечения и реабилитации;

7.2.9. Показатель инфицирования ВИЧ у охваченного этапом амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от наркотиков в период ремиссии – в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству зависимых от ПАВ, охваченных этапом амбулаторного лечения и реабилитации в течение последнего учитываемого года;

7.2.10. Показатель частоты правонарушений у охваченного этапом амбулаторного лечения и реабилитации общего контингента зависимых от ПАВ в период ремиссии – в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству зависимых от ПАВ, охваченных этапом амбулаторного лечения и реабилитации в течение последнего учитываемого года;

7.2.11. Показатель трудовой занятости (трудоустройства) у охваченного этапом амбулаторного лечения и реабилитации общего контингента зависимых от ПАВ в период ремиссии – в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству зависимых от ПАВ, охваченных этапом амбулаторного лечения и реабилитации в течение последнего учитываемого года;

7.2.12. Показатель объема общей экономической выгоды, получаемой в результате реализации этапа амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ, и выхода пациентов в состояние ремиссии;

7.2.13. Показатель экономической эффективности (соотношения объемов экономической выгоды, полученной за счет этапа амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ, к прямым затратам на реализацию данного этапа наркологической помощи).

2. Комментарии

Приведенная карта опросника по комплексной оценке качества этапа амбулаторного лечения и реабилитации, зависимых от ПАВ в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК содержит 7 основных разделов, отражающих главные характеристики качества НП:

- характеристики структуры этапа амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ (35 оцениваемых индикаторов);
- характеристика основных технологических процессов (45 оцениваемых индикаторов);
- характеристики ресурсообеспечивающих процессов (кадры) - 31 оцениваемый индикатор;
- характеристика ресурсообеспечивающих процессов (материально-технические ресурсы) - 9 оцениваемых индикаторов;
- характеристика ресурсообеспечивающих процессов (финансово-экономические ресурсы) - 9 оцениваемых индикаторов;
- характеристика управлеченческих процессов (11 оцениваемых индикаторов);
- характеристика результатов, достигаемых на этапе амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ (37 оцениваемых индикаторов).

При этом качество процессов - технологических, ресурсообеспечивающих, управлеченческих - представляющих функциональную активность этапа амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ, определяет наибольшее количество оцениваемых индикаторов - 105.

Далее, по интенсивности оценки качества, располагаются характеристики результата - 37 индикаторов.

А также - характеристики структуры - 35 индикаторов.

С позиций КСМК, такое распределение вполне закономерно и отражает общую установку на реализацию процессного подхода. Общее количество оцениваемых индикаторов - 179 - по данному этапу наркологической помощи представляется оптимальным.

Приведенная в карте опросника система промежуточных и конечных индикаторов эффективности реализации рассматриваемого этапа наркологической помощи содержит, как объемные показатели охватываемого контингента зависимых от ПАВ (что отражает степень приемлемости и привлекательности данного сектора услуг), так и показатели клинической, социальной и экономической эффективности. То есть оценка качества проводится комплексно, как это и требуется в соответствие с идеологией КСМК.

Детальная технология оценок и выведения итоговых уровней качества НП, оказываемой на этапе амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ, описывается в соответствующих методи-

ческих рекомендациях. Здесь отмечается лишь тот факт, что степень дефицитарности какого-либо раздела автоматически переносится на общую оценку качества рассматриваемого этапа НП. При этом, очевидным приоритетом при выведении итогового уровня качества НП на этапе амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ является система конечных индикаторов эффективности.

Заключение

Должная организация этапа амбулаторного лечения и реабилитации, зависимых от ПАВ, с обеспечением контроля качества оказываемых услуг в соответствие с требованиями КСМК, будет способствовать эффективному выполнению задач по совершенствованию наркологической помощи населению Республики Казахстан.

МЕТОДОЛОГИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ В СЕКТОРЕ ДОБРОВОЛЬНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МЗ РК

Д.м.н., проф. А. Л. Катков

г. Павлодар

Введение

Этап стационарного лечения и реабилитации является главным звеном НП, обеспечивающим требуемый результат - длительность и качество ремиссий.

Предлагаемая модель стационарной помощи в системе КСМК (комплексная система менеджмента качества) НП (наркологическая помощь) ориентирована на прохождение полноценной реабилитации с тремя последовательными циклами: 1) медикаментозная коррекция; 2) психотерапевтическая и психологическая реабилитация; 3) социальная реабилитация. Время прохождения первых двух циклов составляет 2 месяца. Длительность третьего цикла - от 2-х до 4-х месяцев.

В модели КСМК успешное прохождение этапа стационарного лечения и реабилитации обеспечивается, в том числе, и за счет сквозной мотивационной терапии, адекватного наркологического консультирования зависимых от ПАВ на предшествующих этапах первичной наркологической помощи, амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ. Выполнения задачи по достижению устойчивой и длительной ремиссии предполагает наличие преемственности (активную мотивацию на участие) с этапом противорецидивной и поддерживающей терапии.

Таким образом, этап стационарного лечения и реабилитации в модели КСМК является одним из 4-х взаимосвязанных организационных компонентов НП, обеспечивающих общее качество результата.

Методология комплексной оценки качества НП на этапе стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК разработанной с целью эффективного контроля качества НП, оказываемой на рассматриваемом этапе. Данная методология

полностью удовлетворяет основным принципам и подходам КСМК НП в сфере контроля качества:

- оценка качества НП является комплексной и проводится в отношении основных предметных характеристик категории качества - структуры, процесса, результата;

- методология комплексной оценки качества НП включает анализ таких компонентов качества ВОЗ как адекватность, экономичность, обоснованность и высокий научно-технический уровень, эффективность;

- комплексная оценка качества НП, в контексте данной методологии, проводится с использованием технологий: экспертных оценок (по отношению к параметрам адекватности, обоснованности и высокого научно-технического уровня); комплексного экономического анализа (по отношению к параметрам экономичности и эффективности); комплексного анализа клинической и социальной эффективности НП.

В следующих разделах настоящей публикации описывается технологический инструментарий рассматриваемой методологии комплексной оценки качества НП: карта опросника с комментариями и общими сведениями по выведению итоговых оценок качества НП по основным разделам.

1. Опросник комплексной оценки качества 4-го этапа наркологической помощи (этап стационарного лечения и реабилитации, зависимых от ПАВ) в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК

1. Характеристика структуры:

- 1.1. Наличие приемного отделения;
- 1.2. Наличие отделения (палат) интенсивной терапии;

-
-
- 1.3. Наличие отделения (палат) реанимации;
 - 1.4. Наличие стационарных наркологических отделений (взрослые), ориентированных на проведение медикаментозной коррекции острых и подострых абстинентных состояний, проведение мотивационной терапии зависимых от ПАВ;
 - 1.5. Наличие наркологического отделения детского;
 - 1.6. Наличие наркологического отделения подросткового;
 - 1.7. Наличие отделения психотерапии и реабилитации (взрослое), ориентированного на реализацию 2-го этапа МСР;
 - 1.8. Наличие отделения (центра) социальной реабилитации (взрослое), ориентированного на реализацию 3-го этапа МСР;
 - 1.9. Наличие отделения (центра) психотерапии и социальной реабилитации детского;
 - 1.10. Наличие отделения (центра) психотерапии и социальной реабилитации подросткового;
 - 1.11. Наличие отделения ночного стационара для зависимых от алкоголя;
 - 1.12. Наличие отделения ночного стационара для зависимых от наркотиков;
 - 1.13. Наличие отделений принудительного лечения зависимых от ПАВ (мужских, женских);
 - 1.14. Наличие наркологического отделения при психиатрических больницах;
 - 1.15. Наличие наркологического отделения при многопрофильных больницах;
 - 1.16. Наличие наркологического отделения при противотуберкулезных диспансерах;
 - 1.17. Наличие клинико-биохимической лаборатории;
 - 1.18. Наличие нейрофизиологической лаборатории;
 - 1.19. Наличие бактериологической и вирусологической лаборатории;
 - 1.20. Наличие отделения (кабинетов) функциональной и лучевой диагностики (ЭКГ, УЗИ, Рентген);
 - 1.21. Наличие отделения (кабинета) физиотерапии;
 - 1.22. Наличие аптеки с оборудованным аптечным складом;
 - 1.23. Наличие организационно-методического отдела с кабинетом медицинской статистики и компьютерным центром для сбора, обработки, анализа информации по реализации этапа стационарного лечения и реабилитации;
 - 1.24. Наличие специальной управлеченческой группы мониторинга наркологической ситуации при организационно-методическом отделе наркологического ЛПО;
 - 1.25. Наличие специальной управлеченческой группы планирования наркологической помощи при организационно-методическом отделе наркологического ЛПО;
 - 1.26. Наличие специальной управлеченческой группы инновационного внедрения, действующая под руководством заместителя главного врача наркологического ЛПО по клинической работе;
 - 1.27. Наличие комиссии по внутреннему аудиту и контролю качества при организационно-методическом отделе наркологического ЛПО;
 - 1.28. Наличие административно-хозяйственно-экономического отдела с полным набором управлеченческих функций;
 - 1.29. Наличие хозяйственных служб, необходимых для функционирования стационара (кухни, гаражи, котельные, хозяйствственные склады, ремонтные мастерские, подсобное хозяйство);
 - 1.30. Наличие лечебно-трудовых мастерских, классов трудового обучения, компьютерных классов, используемых в процессе социальной реабилитации зависимых от ПАВ.
-
- ## 2. Характеристика основных технологий (процессов), используемых на этапе стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ
- 2.1. Диагностические технологии (здесь отмечаются только те технологии, которые используются на этапе стационарного лечения и реабилитации)
 - 2.1.1. Клинико-психопатологическая диагностика психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ с использованием критериев МКБ-10;
 - 2.1.2. Оценка степени тяжести основных проявлений зависимости от ПАВ с использованием инструмента Индекса Тяжести Аддикций (ИТА);
 - 2.1.3. Клиническая диагностика коморбидной, по отношению к диагнозу химической зависимости, патологии;
 - 2.1.4. Клинико-биохимическая диагностика;
 - 2.1.5. Бактериологическая и вирусологическая диагностика;
 - 2.1.6. Нейрофизиологическая диагностика;
 - 2.1.7. ЭКГ – диагностика;
 - 2.1.8. Рентгенологическая диагностика;
 - 2.1.9. УЗИ-диагностика;
 - 2.1.10. Экспериментально-психологическая диагностика особенностей сфер психической деятельности зависимых от ПАВ стандартная;
 - 2.1.11. Экспериментально-психологическая диагностика уровней реабилитационного потенциала и актуальных мишеней МСР у зависимых от ПАВ;
 - 2.1.12. Анализ содержания психоактивных веществ в биологических тканях и жидкостях организма.
 - 2.2. Технологии детоксикации
 - 2.2.1. Инфузионные методы детоксикации;
 - 2.2.2. Методы экстракорпоральной детоксикации;
 - 2.2.3. Комплексная, ускоренная детоксикация;
-

2.3. Медикаментозная терапия

- 2.3.1. Психофармакотерапия синдрома зависимости и его осложнений;
- 2.3.2. Симптоматическая медикаментозная терапия, направленная на купирование абстинентных проявлений;
- 2.3.3. Симптоматическая медикаментозная терапия, направленная на стимуляцию мозгового метаболизма и преодоление последствий хронической интоксикации ПАВ;
- 2.3.4. Дифференцированная медикаментозная терапия коморбидной патологии;
- 2.3.5. Антагонистическая терапия с использованием блокаторов опиоидных рецепторов;
- 2.3.6. Специфическая антиретровирусная терапия ВИЧ-инфицированных наркозависимых.

2.4. Немедикаментозная терапия

- 2.4.1. Физиотерапия;
- 2.4.2. Рефлексотерапия;
- 2.4.3. Гомеопатическая терапия;
- 2.4.4. ЛФК, фитнес, занятия спортом;

2.5. Консультативные технологии

- 2.5.1. Наркологическое консультирование на 1-ом этапе стационарной MCP (этап медикаментозной коррекции и мотивационной терапии);
- 2.5.2. Наркологическое консультирование на 2-ом этапе стационарной MCP (этап психотерапии и реабилитации);
- 2.5.3. Наркологическое консультирование на 3-ем этапе стационарной MCP (этап социальной реабилитации);
- 2.5.4. Наркологическое консультирование созависимых на этапе стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ;
- 2.5.5. Психологическое консультирование на 1-ом этапе стационарной MCP (этап медикаментозной коррекции и мотивационной терапии);
- 2.5.6. Психологическое консультирование на 2-ом этапе стационарной MCP (этап психотерапии и реабилитации);
- 2.5.7. Психологическое консультирование на 3-ем этапе стационарной MCP (этап социальной реабилитации);
- 2.5.8. Психологическое консультирование созависимых на этапе стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ;
- 2.5.9. Социальное консультирование на 1-ом этапе стационарной MCP (этап медикаментозной коррекции и мотивационной терапии);
- 2.5.10. Социальное консультирование на 2-ом этапе стационарной MCP (этап психотерапии и реабилитации);
- 2.5.11. Социальное консультирование на 3-ем этапе стационарной MCP (этап социальной реабилитации);

2.5.12. Социальное консультирование созависимых на этапе стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ;

2.5.13. Мотивационное консультирование по проблемам химической зависимости, проводимое штатными инструкторами-консультантами по реабилитации на 1-ом этапе стационарной MCP (этап медикаментозной коррекции и мотивационной терапии);

2.5.14. Мотивационное консультирование по проблемам химической зависимости, проводимое штатными инструкторами-консультантами по реабилитации на 2-ом этапе стационарной MCP (этап психотерапии и реабилитации);

2.5.15. Мотивационное консультирование по проблемам химической зависимости, проводимое штатными инструкторами-консультантами по реабилитации на 3-ем этапе стационарной MCP (этап социальной реабилитации);

2.5.16. Многопрофильное врачебное консультирование по диагностике и лечению коморбидной патологии.

2.6. Психотерапевтические технологии

2.6.1. Групповая мотивационная психотерапия на 1-ом этапе стационарной MCP (этап медикаментозной коррекции и мотивационной терапии);

2.6.2. Индивидуальная мотивационная психотерапия на 1-ом этапе стационарного MCP (этап медикаментозной коррекции и мотивационной терапии);

2.6.3. Групповая проблемно-ориентированная психотерапия, направленная на формирование свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в химическую зависимость на 2-ом этапе стационарного MCP (этап психотерапии и реабилитации);

2.6.4. Групповая проблемно-ориентированная психотерапия, направленная на формирование свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в химическую зависимость на 3-ем этапе стационарного MCP (этап социальной реабилитации);

2.6.5. Индивидуальная проблемно-ориентированная психотерапия, направленная на формирование свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в химическую зависимость на 2-ом этапе стационарной MCP (этап психотерапии и реабилитации);

2.6.6. Индивидуальная проблемно-ориентированная психотерапия, направленная на формирование свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в химическую зависимость на 3-ем этапе стационарной MCP (этап социальной реабилитации);

2.7. Тренинговые технологии

2.7.1. Мотивационные тренинги на 1-ом этапе стационарной MCP (этап медикаментозной коррекции и мотивационной терапии);

2.7.2. Мотивационные тренинги на 2-ом этапе стационарной MCP (этап психотерапии и реабилитации);

2.7.3. Мотивационные тренинги на 3-ем этапе стационарной MCP (этап социальной реабилитации);

2.7.4. Тренинги по формированию адаптационных навыков, навыков стрессоустойчивости на 2-ом этапе стационарной MCP (этап психотерапии и реабилитации);

2.7.5. Тренинги по формированию адаптационных навыков, навыков стрессоустойчивости на 3-ем этапе стационарной MCP (этап социальной реабилитации);

2.7.6. Тренинги по формированию свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ на 2-ом этапе стационарной MCP (этап психотерапии и реабилитации);

2.7.7. Тренинги по формированию свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ на 3-ем этапе стационарной MCP (этап социальной реабилитации);

2.8. Образовательные технологии

2.8.1. Стандартные образовательные программы для детей и подростков, находящихся в программе стационарной MCP;

2.8.2. Специальные образовательные программы (введение в профессию, компьютерная грамотность и др.), реализуемые на 3-ем этапе стационарной MCP;

2.8.3. Программы профессионального обучения, реализуемые на 3-ем этапе стационарной MCP.

2.9. Трудовая занятость

2.9.1. Трудовая занятость по самообслуживанию, уборке помещений и территории, текущему ремонту помещений на 2-3-ем этапе стационарной MCP;

2.9.2. Трудовая занятость в производственных мастерских и цехах на 3-ем этапе стационарной MCP;

2.9.3. Трудовая занятость в подсобном хозяйстве на 3-ем этапе стационарной MCP.

2.10. Реабилитационные технологии

2.10.1. Программа 1-го этапа стационарной MCP детей, зависимых от алкоголя (медикаментозной коррекции и мотивационной терапии);

2.10.2. Программа 2-го этапа стационарной MCP детей, зависимых от алкоголя (психотерапии и реабилитации);

2.10.3. Программа 1-го этапа стационарной MCP детей, зависимых от опиоидов и других наркотиков (медикаментозной коррекции и мотивационной терапии);

2.10.4. Программа 2-го этапа стационарной MCP детей, зависимых от опиоидов и других наркотиков (психотерапии и реабилитации);

2.10.5. Программа 1-го этапа стационарной MCP детей, зависимых от летучих растворителей

и других токсических веществ (медикаментозной коррекции и мотивационной психотерапии);

2.10.6. Программа 2-го этапа стационарной MCP детей, зависимых от летучих растворителей и других токсических веществ (психотерапии и реабилитации);

2.10.7. Программа 1-го этапа стационарной MCP подростков, зависимых от алкоголя (медикаментозной коррекции мотивационной терапии);

2.10.8. Программа 2-го этапа стационарной MCP подростков, зависимых от алкоголя (психотерапии и реабилитации);

2.10.9. Программа 1-го этапа стационарной MCP подростков, зависимых от опиоидов и других наркотиков (медикаментозной коррекции и мотивационной терапии);

2.10.10. Программа 2-го этапа стационарной MCP подростков, зависимых от опиоидов и других наркотиков (психотерапии и реабилитации);

2.10.11. Программа 1-го этапа стационарной MCP подростков, зависимых от летучих растворителей и других токсических веществ (медикаментозная коррекция и мотивационной психотерапии);

2.10.12. Программа 2-го этапа стационарной MCP подростков, зависимых от летучих растворителей и других токсических веществ (психотерапии и реабилитации);

2.10.13. Программа 1-го этапа стационарной MCP взрослых, зависимых от алкоголя (медикаментозной коррекции мотивационной терапии);

2.10.14. Программа 2-го этапа стационарной MCP взрослых, зависимых от алкоголя (психотерапии и реабилитации);

2.10.15. Программа 3-го этапа стационарной MCP взрослых, зависимых от алкоголя (социальной реабилитации);

2.10.16. Программа 1-го этапа стационарной MCP взрослых, зависимых от опиоидов и других наркотиков (медикаментозной коррекции и мотивационной терапии);

2.10.17. Программа 2-го этапа стационарной MCP взрослых, зависимых от опиоидов и других наркотиков (психотерапии и реабилитации);

2.10.18. Программа 3-го этапа стационарной MCP взрослых, зависимых от опиоидов и других наркотиков (социальной реабилитации);

2.10.19. Программа 1-го этапа стационарной MCP взрослых, зависимых от летучих растворителей и других токсических веществ (медикаментозная коррекция и мотивационной психотерапии);

2.10.20. Программа 2-го этапа стационарной MCP взрослых, зависимых от летучих растворителей и других токсических веществ (психотерапии и реабилитации);

2.10.21. Программа 3-го этапа стационарной MCP взрослых, зависимых от летучих растворителей и других токсических веществ (социальной реабилитации);

-
- 2.11. Экспертные технологии в стационаре
- 2.11.1. Стационарная судебно-наркологическая экспертиза;
- 2.11.2. Стационарная военная наркологическая экспертиза;
- 2.11.3. Стационарная трудовая наркологическая экспертиза;
- 2.11.4. Стационарное наркологическое освидетельствование;
- 2.12. Стационарное наркологическое освидетельствование (обоснование наркологического диагноза, либо его отсутствия в стационарных условиях).
- 3. Характеристика кадровой обеспеченности на этапе стационарного лечения и реабилитации**
- 3.1. Количество штатных единиц по наркологическому стационару в абсолютных цифрах и в % соответствии к требованиям приказа МЗ РК № 764 от 2004 г. (по каждой профессиональной специфике отдельная);
- 3.2. Количество сотрудников – физических лиц по наркологическому стационару в абсолютных цифрах и в % укомплектованности имеющихся штатных единиц (по каждой специфике персонала отдельно);
- 3.3. Штатная укомплектованность врачами – наркологами по наркологическому стационару (количество должностей; количество физических лиц);
- 3.4. Степень соответствия квалификационным требованиям стандарта организации наркологической помощи врачей наркологов, действующих на этапе стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ, по региональному ЛПО и по региону в целом (указать % соответствия по общему количеству специалистов - наркологов, действующих на этапе стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ);
- 3.5. Наличие проработанного плана дополнительной и непрерывной профессиональной подготовки по основному профилю деятельности для врачей наркологов, действующих на этапе стационарного лечения и реабилитации по региональному наркологическому ЛПО и по региону в целом (указать % отношение к общему количеству специалистов данного профиля, действующих на этапе стационарного лечения и реабилитации);
- 3.6. Штатная укомплектованность врачами психотерапевтами по наркологическому стационару (количество должностей; количество физических лиц);
- 3.7. Степень соответствия квалификационным требованиям стандарта организации наркологической помощи врачей психотерапевтов, действующих на этапе стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ, по региональному ЛПО и по региону в целом (указать % соответствия по общему количеству специалистов данного профиля, действующих на этапе стационарного лечения и реабилитации);
- 3.8. Наличие проработанного плана дополнительной и непрерывной профессиональной подготовки по основному профилю деятельности для врачей психотерапевтов, действующих на этапе стационарного лечения и реабилитации по региональному наркологическому ЛПО и по региону в целом (указать % отношение к общему количеству специалистов данного профиля, действующих на этапе стационарного лечения и реабилитации);
- 3.9. Штатная укомплектованность психологами по наркологическому стационару (количество должностей; количество физических лиц);
- 3.10. Степень соответствия квалификационным требованиям стандарта организации наркологической помощи психологов, действующих на этапе стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ, по региональному ЛПО и по региону в целом (указать % соответствия по общему количеству специалистов данного профиля, действующих на этапе стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ);
- 3.11. Наличие проработанного плана дополнительной и непрерывной профессиональной подготовки по основному профилю деятельности для психологов, действующих на этапе стационарного лечения и реабилитации по региональному наркологическому ЛПО и по региону в целом (указать % отношение к общему количеству специалистов данного профиля, действующих на этапе стационарного лечения и реабилитации);
- 3.12. Штатная укомплектованность социальными работниками по наркологическому стационару (количество должностей; количество физических лиц);
- 3.13. Степень соответствия квалификационным требованиям стандарта организации наркологической помощи социальных работников, действующих на этапе стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ, по региональному ЛПО и по региону в целом (указать % соответствия по общему количеству специалистов – социальных работников, действующих на этапе стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ);
- 3.14. Наличие проработанного плана дополнительной и непрерывной профессиональной подготовки по основному профилю деятельности для социальных работников, действующих на этапе стационарного лечения и реабилитации по региональному наркологическому ЛПО и по региону в целом (указать % отношение к общему количеству специалистов данного профиля, действующих на этапе стационарного лечения и реабилитации);
- 3.15. Штатная укомплектованность инструкторов по реабилитации (консультантов по зависимостям) по наркологическому стационару (количество должностей; количество физических лиц);
-

3.16. Степень соответствия квалификационным требованиям стандарта организации наркологической помощи инструкторов по реабилитации (консультантов по зависимостям), действующих на этапе стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ, по региональному ЛПО и по региону в целом (указать % соответствия по общему количеству специалистов - инструкторов по реабилитации (консультантов по зависимостям), действующих на этапе стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ);

3.17. Наличие проработанного плана дополнительной и непрерывной профессиональной подготовки по основному профилю деятельности для инструкторов по реабилитации (консультантов по зависимостям), действующих на этапе стационарного лечения и реабилитации по региональному наркологическому ЛПО и по региону в целом (указать % отношение к общему количеству специалистов данного профиля, действующих на этапе стационарного лечения и реабилитации).

3.18. Штатная укомплектованность специалистами диагностического профиля и профиля физиотерапии по наркологическому стационару (количество должностей; количество физических лиц);

3.19. Штатная укомплектованность среднего медицинского персонала, фельдшеров, лаборантов по наркологическому стационару (количество должностей; количество физических лиц);

3.20. Штатная укомплектованность прочего персонала по наркологическому стационару (количество должностей; количество физических лиц);

3.21. Штатная укомплектованность специальных групп, оказывающих организационное содействие деятельности на этапе амбулаторного лечения и реабилитации (количество должностей; количество физических лиц).

4. Характеристика материально-технической обеспеченности этапа стационарного лечения и реабилитации

4.1. Наличие зданий, сооружений, необходимых для размещения стационарных отделений и подразделений, хозяйственных служб, необходимых для обеспечения непрерывной деятельности наркологического стационара, соответствующих санитарным нормам (указать % обеспеченности от нормативных потребностей);

4.2. Наличие автотранспорта в соответствие с нормативами обеспечения (указать количество единиц и % от потребления);

4.3. Оснащение стационарных отделений необходимым инвентарем (технический инвентарь, мебель, средства связи, компьютерная техника, канцелярские принадлежности и материалы) – указать обеспеченность в % от нормативных потребностей;

4.4. Оснащение стационарных отделений мягким инвентарем (постельные принадлежности, белье, спецодежда) – указать обеспеченность в % от нормативных потребностей;

4.5. Наличие диагностического оборудования и расходных материалов для обеспечения деятельности клинико-биохимической лаборатории в соответствие с требованиями клинического протокола (указать % соответствия нормативным потребностям);

4.6. Наличие диагностического оборудования и расходных материалов для обеспечения деятельности бактериологической и вирусологической лаборатории в соответствие с требованиями клинического протокола (указать % соответствия нормативным потребностям);

4.7. Наличие диагностического оборудования и расходных материалов, необходимых для обеспечения деятельности нейрофизиологической лаборатории в соответствии с требованиями клинического протокола (указать % соответствия нормативным потребностям);

4.8. Наличие диагностического оборудования и расходных материалов для обеспечения рентгенологической диагностики в соответствие с требованиями клинического протокола (указать % соответствия нормативным потребностям);

4.9. Наличие диагностического оборудования и расходных материалов для обеспечения УЗИ-диагностики в соответствии с требованиями клинического протокола (указать % соответствия нормативным потребностям);

4.10. Наличие диагностического оборудования (компьютеры, диагностические компьютерные программы, диагностические карты, тесты и пр.) и расходных материалов для обеспечения деятельности патопсихологической лаборатории (указать % соответствия нормативным потребностям);

4.11. Наличие медицинского оборудования для проведения интенсивной медикаментозной терапии, экстракорпоральной детоксикации и реанимационных мероприятий в соответствие с клиническим протоколом (указать % соответствия нормативным потребностям);

4.12. Наличие прочего медицинского оборудования, инвентаря и расходных материалов, необходимых для реализации 1-го этапа стационарной МСР (указать % соответствия нормативным потребностям);

4.13. Наличие инвентаря, расходных материалов, необходимых для реализации 2-го и 3-го этапов стационарной МСР (указать % соответствия нормативным потребностям);

4.14. Наличие медикаментов в соответствие с нормативными потребностями (клиническими протоколами), установленными для этапа стационарного лечения и реабилитации (указать % соответствия нормативным потребностям);

4.15. Наличие внутренней информационной сети с компьютерным оборудованием рабочих мест специалистов наркологического стационара, воз-

можностями ведения электронной истории болезни и создания компьютерной базы данных;

4.16. Наличие компьютерных рабочих мест для специалистов стационарных отделений (указать % от реальной потребности);

4.17. Санитарный автотранспорт, закрепленный за наркологическим стационаром (указать % от реальной потребности).

5. Характеристика финансово-экономической обеспеченности этапа стационарного лечения и реабилитации

5.1. Финансирование по статье воспроизводства и эксплуатации основных фондов (капитальные и текущие ремонты) наркологического стационара (указать % от нормативных потребностей);

5.2. Финансирование по статьям коммунального обеспечения (тепло, электроэнергия, вода, техническое обслуживание, связь) – указать % от нормативных потребностей;

5.3. Финансирование по статьям приобретения автотранспорта, ремонта и эксплуатации имеющегося транспорта и приобретения горюче-смазочных материалов (указать % от нормативных потребностей);

5.4. Финансирование по статьям приобретения технического инвентаря и расходных средств (указать % от нормативных потребностей);

5.5. Финансирование по статьям приобретения медицинского инвентаря и расходных средств (указать % от нормативных потребностей);

5.6. Финансирование по статьям приобретения медицинского оборудования (указать % от нормативных потребностей);

5.7. Финансирование по статьям приобретения медикаментов (указать % от нормативных потребностей);

5.8. Финансирование по статье организации питания для стационарных больных в соответствие с установленными нормами (указать % от нормативных потребностей);

5.9. Финансирование по статье приобретения и эксплуатации оргтехники, средств связи (указать % от нормативных потребностей);

5.10. Финансирование по статьям командировочных расходов (указать % от нормативных потребностей);

5.11. Финансирование по статье оплаты за обучение персонала (указать % от нормативных потребностей);

5.12. Финансирование по статье приобретения периодической литературы (подписка) и оплаты за Интернет (указать % от нормативных потребностей).

6. Характеристика организационно-управленческой обеспеченности этапа стационарного лечения и реабилитации

6.1. Наличие утвержденной функциональной структуры этапа стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ;

6.2. Наличие, в многолетнем стратегическом плане развития наркологической помощи в регионе, специального раздела по реструктуризации и совершенствованию стационарной наркологической помощи;

6.3. Наличие, в оперативных планах деятельности региональных наркологических ЛПО, соответствующих пунктов по реструктуризации и совершенствованию этапа стационарной наркологической помощи согласно требованиям настоящего организационного стандарта;

6.4. Наличие, в должностных обязанностях специалистов, действующих на этапах стационарной МСР, пунктов по реализации стандартных технологий оказания стационарной наркологической помощи зависимым от ПАВ;

6.5. Наличие внедряемых (совместно с профильным научным центром) экспериментальных протоколов стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ, дифференцированных по возрастному признаку и по типам зависимостей;

6.6. Наличие специальной управлеченческой группы по мониторингу наркологической ситуации в регионе и анализу эффективности противодействующих усилий (в частности на этапе стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ);

6.7. Наличие оперативных планов мероприятий и положений о деятельности специальной группы мониторинга наркологической ситуации при региональном ЛПО;

6.8. Наличие специальной управлеченческой группы по стратегическому и оперативному планированию наркологической помощи в регионе (в частности планированию наркологической помощи на этапе стационарного лечения и реабилитации);

6.9. Наличие оперативных планов мероприятий и положений о деятельности специальной группы планирования при региональном наркологическом ЛПО;

6.10. Наличие специальной группы по инновационному внедрению технологий наркологической помощи (в частности технологий наркологической помощи на этапе стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ);

6.11. Наличие оперативных планов мероприятий и положений о деятельности специальной группы по инновационному внедрению при региональном наркологическом ЛПО;

6.12. Наличие специальной комиссии по внутреннему аудиту и контролю качества наркологической помощи (в том числе на этапе стационарного лечения и реабилитации) при региональном наркологическом ЛПО;

6.13. Наличие оперативных планов мероприятий и положений о деятельности комиссии по внутреннему аудиту и контролю качества наркологической помощи при региональном ЛПО;

6.14. Наличие общего приказа по региональному ЛПО о реструктуризации этапа стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ;

6.15. Наличие ежегодных отчетов о деятельности наркологического стационара с анализом качества оказания наркологической помощи;

6.16. Наличие экспертных заключений комиссии по контролю качества в отношении текущего и итогового контроля деятельности наркологического стационара (привести общую оценку качества за последний год).

6.17. Наличие действующих нормативных документов, регламентирующих деятельность по оказанию наркологической помощи на этапе стационарного лечения и реабилитации (приказы, положения, инструкции) – указать какие.

7. Характеристика эффективности (результаты) реализации этапа стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ

7.1. Промежуточные индикаторы эффективности (сведения даются за последние 3 года)

7.1.1. Показатель количества пациентов с алкогольной зависимостью, прошедших курс стационарного лечения и реабилитации в течение последнего года (в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству зависимых от алкоголя, состоящих на диспансерном учете в региональном ЛПО);

7.1.2. Показатель % соотношения количества пациентов с алкогольной зависимостью, прошедших полный курс стационарной MCP (1-ый, 2-ой этапы) к общему количеству пациентов с алкогольной зависимостью, пользовавшихся наркологическим стационаром в течение года;

7.1.3. Показатель количества детей с алкогольной зависимостью, прошедших курс стационарного лечения и реабилитации в течение последнего года (в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству детей с алкогольной зависимостью, состоящих на диспансерном учете в региональном ЛПО);

7.1.4. Показатель % соотношения количества детей с алкогольной зависимостью, прошедших полный курс стационарной MCP (1-ый, 2-ой этапы), к общему количеству детей с алкогольной зависимостью, пользовавшихся наркологическим стационаром в течение года;

7.1.5. Показатель количества подростков с алкогольной зависимостью, прошедших курс стационарного лечения и реабилитации в течение последнего года (в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству подростков, с алкогольной зависимостью, состоящих на диспансерном учете в региональном ЛПО);

7.1.6. Показатель % соотношения количества подростков с алкогольной зависимостью, прошедших полный курс стационарной MCP (1-ый, 2-ой

этапы), к общему количеству подростков с алкогольной зависимостью, пользовавшихся наркологическом стационаре в течение года;

7.1.7. Показатель количества пациентов, зависимых от наркотиков и токсических веществ, прошедших курс стационарного лечения и реабилитации в течение последнего года (в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству зависимых от алкоголя, состоящих на диспансерном учете в региональном ЛПО);

7.1.8. Показатель % соотношения количества пациентов, зависимых от наркотиков и токсических веществ, прошедших полный курс стационарной MCP (1-ый, 2-ой этапы), к общему количеству пациентов зависимых от наркотиков и токсических веществ, пользовавшихся наркологическом стационаре в течение года;

7.1.9. Показатель количества детей, зависимых от наркотиков и токсических веществ, прошедших курс стационарного лечения и реабилитации в течение последнего года (в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству детей, зависимых от наркотиков и токсических веществ, состоящих на диспансерном учете в региональном ЛПО);

7.1.10. Показатель % соотношения количества детей, зависимых от наркотиков и токсических веществ, прошедших полный курс стационарной MCP (1-ый, 2-ой этапы), к общему количеству детей, зависимых от наркотиков и токсических веществ, пользовавшихся наркологическом стационаре в течение года;

7.1.11. Показатель количества подростков, зависимых от наркотиков и токсических веществ, прошедших курс стационарного лечения и реабилитации в течение последнего года (в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству подростков, зависимых от наркотиков и токсических веществ, состоящих на диспансерном учете в региональном ЛПО);

7.1.12. Показатель % соотношения количества подростков, зависимых от наркотиков и токсических веществ, прошедших полный курс стационарной MCP (1-ый, 2-ой этапы), к общему количеству подростков, зависимых от наркотиков и токсических веществ, пользовавшихся наркологическом стационаре в течение года;

7.2. Конечные индикаторы эффективности (сведения даются за последние 3 года)

7.2.1. Результаты анкетирования репрезентативной группы зависимых от ПАВ, охваченных этапом стационарного лечения и реабилитации на предмет определения степени соответствия предоставляемых на данном этапе услуг ожиданиям и потребностям охваченного контингента (указать % отрицательных оценок – низкой степени соответствия; % положительных оценок – средней и высокой степени соответствия);

7.2.2. Результаты анкетирования среди родных и близких зависимых от ПАВ, охваченных этапом стационарного лечения и реабилитации, а также – созависимых лиц, получавших консультативную и иную помощь на данном этапе, на предмет определения степени соответствия предоставляемых услуг ожиданиям и потребностям данного контингента (указать % отрицательных оценок – низкой степени соответствия; % положительных оценок – средней и высокой степени соответствия);

7.2.3. Показатель распространенности ремиссий (длительностью от 1 года и выше) среди пациентов с алкогольной зависимостью, прошедших курс стационарного лечения и реабилитации;

7.2.4. Показатель распространенности ремиссий (длительностью от 1 года и выше) среди детей с алкогольной зависимостью, прошедших курс стационарного лечения и реабилитации;

7.2.5. Показатель распространенности ремиссий (длительностью от 1 года и выше) среди подростков с алкогольной зависимостью, прошедших курс стационарного лечения и реабилитации;

7.2.6. Показатель распространенности ремиссий (длительностью от 1 года и выше) среди пациентов с наркотической и токсической зависимостью, прошедших курс стационарного лечения и реабилитации;

7.2.7. Показатель распространенности ремиссий (длительностью от 1 года и выше) среди детей с наркотической и токсической зависимостью, прошедших курс стационарного лечения и реабилитации;

7.2.8. Показатель распространенности ремиссий (длительностью от 1 года и выше) среди подростков с наркотической и токсической зависимостью, прошедших курс стационарного лечения и реабилитации;

7.2.9. Показатель инфицирования ВИЧ у охваченного этапом стационарного лечения и реабилитации зависимых от наркотиков в период ремиссии – в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству зависимых от ПАВ, охваченных этапом стационарного лечения и реабилитации в течение последнего учитываемого года;

7.2.10. Показатель частоты правонарушений у охваченного этапом стационарного лечения и реабилитации общего контингента зависимых от ПАВ в период ремиссии – в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству зависимых от ПАВ, охваченных этапом стационарного лечения и реабилитации в течение последнего учитываемого года;

7.2.11. Показатель трудовой занятости (трудоустройства) у охваченного этапом стационарного лечения и реабилитации общего контингента зависимых от ПАВ в период ремиссии – в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству зависимых от ПАВ, охваченных этапом стационар-

ного лечения и реабилитации в течение последнего учитываемого года;

7.2.12. Показатель объема общей экономической выгоды, получаемой в результате реализации этапа стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ и выхода в состояние ремиссии;

7.2.13. Показатель экономической эффективности (соотношение объемов экономической выгоды, полученной за счет этапа стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ, к прямым затратам на реализацию данного этапа наркологической помощи).

2. Комментарии

Приведенная карта опросника по комплексной оценке качества этапа стационарного лечения и реабилитации, зависимых от ПАВ в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК содержит 7 основных разделов, отражающих главные характеристики качества НП:

- характеристики структуры этапа стационарного лечения и реабилитации, зависимых от ПАВ (30 оцениваемых индикаторов);
- характеристика основных технологических процессов (86 оцениваемых индикаторов);
- характеристика ресурсообеспечивающих процессов (кадры) - 21 оцениваемый индикатор;
- характеристика ресурсообеспечивающих процессов (материально-технические ресурсы) - 17 оцениваемых индикаторов;
- характеристика ресурсообеспечивающих процессов (финансово-экономические ресурсы) - 12 оцениваемых индикаторов;
- характеристика управлеченческих процессов (17 оцениваемых индикаторов);
- характеристика результатов, достигаемых на этапе стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ (25 оцениваемых индикаторов).

В данной схеме качество процессов – технологических, ресурсообеспечивающих, управлеченческих – представляющих функциональную активность этапа стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ, определяет наибольшее количество оцениваемых индикаторов - 153.

Далее, по интенсивности оценки качества, следуют характеристики структуры - 30 оцениваемых индикаторов.

А также - характеристики результата - 25 индикаторов.

С позиций КСМК вышеприведенное распределение интенсивности качественных оценок отражает общую установку на реализацию процессного подхода, и вполне закономерно. Общее количество оцениваемых на данном этапе НП индикаторов - 208 - представляется оптимальным.

Приведенная в карте опросника система промежуточных и конечных индикаторов эффективнос-

ти содержит, как объемные показатели охватывающего контингента зависимых от ПАВ (отражающих степень приемлемости и привлекательности данного сектора услуг для контингента зависимых от ПАВ), так и показатели клинической, социальной, экономической эффективности. То есть оценки качества проводятся комплексно, в соответствие с требованиями КСМК.

Детальная технология оценок и выведения итоговых уровней качества НП, оказываемой на этапе стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ, описывается в соответствующих методических рекомендациях. Здесь отмечается лишь тот факт, что степень дефицитарности какого-либо раздела базисной карты автоматически переносится на общую оценку качества НП, оказываемой на рассматриваемом этапе. При этом главным приоритетом при вы-

ведении итогового уровня качества НП является система конечных индикаторов эффективности.

Заключение

Этап стационарного лечения и реабилитации, зависимых от ПАВ в модели КСМК является важным звеном системы НП, обеспечивающим выполнение задачи по достижению устойчивых и длительных ремиссий у охваченного контингента.

Комплексная оценка качества НП, оказываемой на данном этапе, будет способствовать повышению эффективности стационарной наркологической помощи. А широкомасштабное внедрение технологии комплексной оценки качества НП будет способствовать выполнению главных задач по совершенствованию наркологической помощи в Республике Казахстан.

МЕТОДОЛОГИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ЭТАПЕ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ И ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ В СЕКТОРЕ ДОБРОВОЛЬНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МЗ РК

Д.м.н., проф. А. Л. Катков

г. Павлодар

Введение

В модели комплексной системы менеджмента качества (КСМК) наркологической помощи (НП) этап противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ выполняет важную функцию по достижению длительной и устойчивой ремиссии.

При этом, особенно значимыми факторами, обеспечивающими привлекательность и приемлемость профильных услуг для контингента зависимых от ПАВ, являются характеристики качества основных слагаемых НП, оказываемой на данном этапе.

Методология комплексной оценки качества НП, оказываемой на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК, разработана с целью эффективного контроля качества НП на рассматриваемом этапе. Данная методология полностью удовлетворяет основным принципам и подходит КСМК НП в сфере контроля качества:

- оценка качества НП является комплексной и проводится в отношении основных предметных характеристик категории качества - структуры, процесса, результата;

- методология комплексной оценки качества НП включает анализ таких компонентов качества ВОЗ как адекватность, экономичность, обоснованность и высокий научно-технический уровень, эффективность;

- комплексная оценка качества НП, в контексте данной методологии, проводится с использованием технологий: экспертных оценок (по отношению к параметрам адекватности, обоснованности и высокого научно-технического уровня); комплексного экономического анализа (по отношению к параметрам экономичности и эффективности); комплексного анализа клинической и социальной эффективности НП, оказываемой на данном этапе.

В следующих разделах настоящей публикации описывается технологический инструментарий методологии комплексной оценки качества НП на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ: карта опросника с комментариями и общими сведениями по выведению итоговых оценок качества НП по основным разделам.

1. Опросник комплексной оценки качества 5-го этапа наркологической помощи (этап противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ) в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК

1. Характеристика структуры

1.1. Спецификация лечебно-реабилитационных подразделений и специальных групп наркологической

службы МЗ РК, обеспечивающих реализацию этапа противорецидивной и поддерживающей терапии:

1.1.1. Наличие диспансерного отделения регионального наркологического ЛПО;

1.1.2. Наличие диспансерного наркологического отделения подросткового (либо специализированные подростковые наркологические кабинеты в составе диспансерного наркологического отделения);

1.1.3. Наличие диспансерного наркологического отделения детского (либо специализированные детские наркологические кабинеты в составе диспансерного наркологического отделения);

1.1.4. Наличие специальной группы сотрудников диспансерного наркологического отделения (врачей – наркологов, врачей – психотерапевтов, психологов, социальных работников и специалистов по социальной работе), по реализации этапа противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ;

1.1.5. Наличие стационарного наркологического отделения с закрепленными функциями по реализации этапа противорецидивной и поддерживающей терапии;

1.1.6. Наличие стационарного наркологического отделения детского с закрепленными функциями по реализации этапа противорецидивной и поддерживающей терапии;

1.1.7. Наличие стационарного наркологического отделения подросткового, с закрепленными функциями по реализации этапа противорецидивной и поддерживающей терапии;

1.1.8. Наличие специальной группы сотрудников наркологического стационара (врачей – наркологов, врачей – психотерапевтов, психологов, социальных работников и специалистов по социальной работе) по реализации этапа противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ;

1.1.9. Наличие специальных наркологических кабинетов с функциями противорецидивной и поддерживающей терапии в структуре внедиспансерной наркологической помощи;

1.1.10. Наличие наркологических кабинетов анонимного лечения с функциями противорецидивной и поддерживающей терапии в структуре внедиспансерной наркологической помощи;

1.1.11. Наличие наркологических кабинетов с функциями противорецидивной и поддерживающей терапии при районных больницах и поликлиниках;

1.1.12. Наличие наркологических кабинетов с функциями противорецидивной и поддерживающей терапии при промышленных, автотранспортных, сельскохозяйственных и иных предприятиях;

1.1.13. Наличие психотерапевтических кабинетов и центров с функциями противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ;

1.1.14. Наличие консультативно-психологических кабинетов и центров с функциями противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ;

1.1.15. Наличие профильных НПО с функциями противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ;

1.1.16. Наличие устойчивых групп бывших пациентов, действующие по программе АА (анонимные алкоголики);

1.1.17. Наличие устойчивых групп бывших пациентов, действующие по программе АН (анонимные наркоманы);

1.1.18. Наличие клинико-биохимической лаборатории регионального наркологического ЛПО;

1.1.19. Наличие бактериологической и вирусологической лаборатории;

1.1.20. Наличие нейрофизиологической лаборатории регионального наркологического ЛПО.

1.2. Спецификация отделений, подразделений и специальных групп с функциями информационного, управляемого и ресурсного обеспечения этапа противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ:

1.2.1. Наличие организационно-методического отдела с кабинетом медицинской статистики и компьютерным центром для сбора, обработки и анализа информации по реализации этапа противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ;

1.2.2. Наличие специальной управляемой группы мониторинга наркологической ситуации при организационно-методическом отделе регионального наркологического ЛПО;

1.2.3. Наличие специальной управляемой группы планирования наркологической помощи, в том числе – наркологической помощи на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ (при организационно-методическом отделе регионального наркологического ЛПО);

1.2.4. Наличие специальной группы по инновационному внедрению, в том числе – по инновационному внедрению технологий противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ (при заместителе главного врача по клинической работе регионального наркологического ЛПО);

1.2.5. Наличие комиссии по внутреннему аудиту и контролю качества, в том числе – контролю качества наркологической помощи, оказываемой на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии (при организационно-методическом отделе регионального наркологического ЛПО);

1.2.6. Наличие административно-хозяйственно-экономического блока регионального наркологического ЛПО с функциями ресурсного обеспечения этапа противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ.

2. Характеристика основных технологий (процессов), используемых на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии

2.1. *Диагностические технологии* (здесь отмечаются только те виды диагностики, которые используются на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии)

2.1.1. Анализ содержания психоактивных веществ в биологических жидкостях и тканях организма;

2.1.2. Тестирование на ВИЧ;

2.1.3. Диагностика тяжести зависимости с использованием инструмента ИТА (индекс тяжести зависимости);

2.1.4. Экспериментально-психологическая диагностика уровней реабилитационного потенциала и актуальных мишеней на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии;

2.1.5. Определение качества жизни и социального функционирования по методологии ВОЗ (опросник SF - 36);

2.1.6. Клинико-биохимическая диагностика по показаниям;

2.1.7. Нейрофизиологическая диагностика по показаниям.

2.2. Технологии детоксикации

2.2.1. Инфузионная детоксикация (используется в случае срыва).

2.3. Медикаментозная терапия

2.3.1. Психофармакотерапия (используется в случаях: срыва; обострения патологического влечения к ПАВ; в периоды аффективных колебаний; в периоды адаптационного напряжения – стрессовых реакций и состояний);

2.3.2. Симптоматическая медикаментозная терапия, направленная на стимуляцию мозгового метаболизма (по показаниям);

2.3.3. Симптоматическая медикаментозная терапия коморбидной патологии (по показаниям);

2.3.4. Антагонистическая терапия с использованием блокаторов опиоидных рецепторов.

2.4. Немедикаментозная терапия

2.4.1. Физиотерапия по показаниям;

2.4.2. Рефлексотерапия по показаниям;

2.4.3. Гомеопатическая терапия по показаниям.

2.5. Консультативные технологии

2.5.1. Наркологическое консультирование зависимых от ПАВ на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии;

2.5.2. Наркологическое консультирование созависимых на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ;

2.5.3. Психологическое консультирование зависимых от ПАВ на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии;

2.5.4. Психологическое консультирование созависимых на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ;

2.5.5. Социальное консультирование зависимых от ПАВ на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии;

2.5.6. Социальное консультирование созависимых на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ.

2.6. Психотерапевтические технологии

2.6.1. Групповая проблемно-ориентированная психотерапия зависимых от ПАВ на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии;

2.6.2. Индивидуальная проблемно-ориентированная психотерапия зависимых от ПАВ на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии;

2.6.3. Индивидуальная экспресс-психотерапия зависимых от ПАВ, находящихся в состоянии срыва.

2.7. Тренинговые технологии

2.7.1. Мотивационные тренинги на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии;

2.7.2. Тренинги по формированию адаптационных навыков и стрессоустойчивости на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии;

2.7.3. Тренинги по формированию свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии.

3. Характеристики кадровой обеспеченности на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии

3.1. Количество штатных единиц по диспансерному отделению в абсолютных цифрах и в % соответствии к требованиям приказа МЗ РК № 764 от 2004 г. (по каждой профессиональной специфике отдельная);

3.2. Количество сотрудников – физических лиц по диспансерному отделению в абсолютных цифрах и в % укомплектованности имеющихся штатных единиц (по каждой специфике персонала отдельно);

3.3. Количество штатных единиц по наркологическим кабинетам региона в абсолютных цифрах и в % соответствии к требованиям приказа МЗ РК № 764 от 2004 г. (по каждой профессиональной специфике отдельная);

3.4. Количество сотрудников – физических лиц по наркологическим кабинетам региона в абсолютных цифрах и в % укомплектованности имеющихся штатных единиц (по каждой специфике персонала отдельно);

3.5. Штатная укомплектованность врачами – наркологами по диспансерному наркологическому

отделению (количество должностей; количество физических лиц);

3.6. Штатная укомплектованность врачами – наркологами действующих наркологических кабинетов в регионе (наличие врачебно-наркологических ставок и физических лиц);

3.7. Количество врачей-наркологов (физических лиц), задействованных на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии, по учреждению (указать абсолютную цифру и процентное (%) соотношение к общему количеству врачей-наркологов, работающих в учреждении);

3.8. Количество врачей-наркологов (физических лиц), задействованных на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии, по области (указать абсолютное количество и в процентном (%) соотношении к общему количеству врачей-наркологов в регионе);

3.9. Степень соответствия квалификационным требованиям стандарта организации наркологической помощи врачей наркологов, действующих на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ, по региональному ЛПО и по региону в целом (указать % соответствия по общему количеству специалистов - наркологов, действующих на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ);

3.10. Наличие проработанного плана дополнительной и непрерывной профессиональной подготовки по основному профилю деятельности для врачей наркологов, действующих на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии по региональному наркологическому ЛПО и по региону в целом (указать % отношение к общему количеству специалистов данного профиля, действующих на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии);

3.11. Штатная укомплектованность врачами психотерапевтами по диспансерному наркологическому отделению (количество должностей; количество физических лиц);

3.12. Количество психотерапевтов (физических лиц), задействованных на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии по учреждению (указать абсолютную цифру и в процентном (%) соотношении к общему количеству психотерапевтов, работающих в учреждении);

3.13. Количество психотерапевтов (физических лиц), задействованных на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии в целом по региону (указать абсолютную цифру и в процентном (%) соотношении к общему количеству психотерапевтов, действующих в системе наркологической помощи региона);

3.14. Степень соответствия квалификационным требованиям стандарта организации наркологической помощи врачей психотерапевтов, действующих на этапе противорецидивной и поддерживающей

терапии зависимых от ПАВ, по региональному ЛПО и по региону в целом (указать % соответствия по общему количеству специалистов - психотерапевтов, действующих на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ);

3.15. Наличие проработанного плана дополнительной и непрерывной профессиональной подготовки по основному профилю деятельности для врачей психотерапевтов, действующих на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии по региональному наркологическому ЛПО и по региону в целом (указать % отношение к общему количеству специалистов данного профиля, действующих на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии);

3.16. Штатная укомплектованность психологами по диспансерному наркологическому отделению (количество должностей; количество физических лиц);

3.17. Количество психологов (физических лиц), задействованных на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии по учреждению (указать абсолютную цифру и в процентном (%) соотношении к общему количеству психологов, работающих в учреждении);

3.18. Количество психологов (физических лиц), задействованных на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии в целом по региону (указать абсолютную цифру и в процентном (%) соотношении к общему количеству психологов, действующих в системе наркологической помощи региона);

3.19. Степень соответствия квалификационным требованиям стандарта организации наркологической помощи психологов, действующих на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ, по региональному ЛПО и по региону в целом (указать % соответствия по общему количеству специалистов - психологов, действующих на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ);

3.20. Наличие проработанного плана дополнительной и непрерывной профессиональной подготовки по основному профилю деятельности для психологов, действующих на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии по региональному наркологическому ЛПО и по региону в целом (указать % отношение к общему количеству специалистов данного профиля, действующих на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии);

3.21. Штатная укомплектованность социальными работниками по диспансерному наркологическому отделению (количество должностей; количество физических лиц);

3.22. Количество социальных работников и специалистов по социальной работе (физических лиц), задействованных на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии по учреждению (указать абсолютную цифру и в процентном (%) соотношении к общему количеству социальных работников

и специалистов по социальной работе, работающих в учреждении);

3.23. Количество социальных работников и специалистов по социальной работе (физических лиц), задействованных на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии в целом по региону (указать абсолютную цифру и в процентном (%) соотношении к общему количеству социальных работников и специалистов по социальной работе, действующих в системе наркологической помощи региона);

3.24. Степень соответствия квалификационным требованиям стандарта организации наркологической помощи социальных работников, действующих на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ, по региональному ЛПО и по региону в целом (указать % соответствия по общему количеству специалистов – социальных работников, действующих на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ);

3.25. Наличие проработанного плана дополнительной и непрерывной профессиональной подготовки по основному профилю деятельности для социальных работников, действующих на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии по региональному наркологическому ЛПО и по региону в целом (указать % отношение к общему количеству специалистов данного профиля, действующих на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии).

4. Характеристика материально-технической обеспеченности этапа противорецидивной и поддерживающей терапии

4.1. Наличие помещений, необходимых для проведения противорецидивной и поддерживающей терапии (указать % от потребностей);

4.2. Наличие инвентаря, необходимого для оборудования рабочих мест специалистов, действующих на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии (указать % от потребностей);

4.3. Наличие расходных материалов, необходимых для реализации процесса противорецидивной и поддерживающей терапии (материалы, используемые в процессе групповой психотерапии, тренингов, индивидуальных занятий);

4.4. Наличие диагностического оборудования для определения содержания психоактивных веществ в биологических жидкостях и тканях организма;

4.5. Наличие диагностических программ и оборудования (компьютеры, карты, тесты) необходимого для проведения экспериментально-психологической диагностики определения уровня реабилитационного потенциала и актуальных мишеней этапа противорецидивной и поддерживающей терапии (указать % соответствия нормативным потребностям);

4.6. Наличие технических возможностей для сбора, обработки, анализа, хранения и воспроиз-

ведения информации по реализации этапа противорецидивной и поддерживающей терапии;

4.7. Наличие медикаментов в соответствие с нормативными потребностями (указать % соответствия);

4.8. Наличие оперативных средств связи (телефоны, электронная почта) для контакта с пациентами на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии.

5. Характеристика финансово-экономической обеспеченности этапа противорецидивной и поддерживающей терапии

5.1. Финансирование по специфике содержания и эксплуатации помещений, необходимых для проведения противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ (указать % от нормативных потребностей);

5.2. Финансирование по специфике приобретения инвентаря и расходных материалов, необходимых для реализации основных технологических процессов на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии, в соответствие с расчетами и нормативными потребностями (указать % от нормативных потребностей);

5.3. Финансирование по специфике приобретения медикаментов, изделий медицинского назначения, в соответствие с нормативными потребностями и расчетами по обеспечению этапа противорецидивной и поддерживающей терапии (указать % от нормативных потребностей);

5.4. Финансирование по специфике обеспечения и эксплуатации оперативных средств связи (мобильная связь, электронная почта) специалистов с пациентами на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии (указать % от нормативных потребностей).

5.5. Оплата труда специалистов, действующих на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ (указать % от нормативных потребностей);

5.6. Оплата командировочных расходов и расходов на профессиональную подготовку специалистов, действующих на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ (указать % от нормативных потребностей).

6. Характеристика организационно-управленческой обеспеченности этапа противорецидивной и поддерживающей терапии

6.1. Наличие утвержденной функциональной структуры этапа противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ;

6.2. Наличие, в многолетнем стратегическом плане развития наркологической помощи в регионе, специального раздела по реорганизации этапа противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ;

6.3. Наличие, в оперативных планах деятельности региональных наркологических ЛПО, соответствующих пунктов по реорганизации и совершенствованию наркологической помощи, оказываемой на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии;

6.4. Наличие, в должностных обязанностях специалистов, действующих на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии, пунктов по реализации стандартных технологий оказания наркологической помощи зависимым от ПАВ на данном этапе;

6.5. Наличие, в должностных обязанностях заведующего диспансерным наркологическим отделением (либо заместителя главного врача наркологического ЛПО по лечебной работе), дополнительных пунктов по координации деятельности специалистов, оказывающих наркологическую помощь на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии;

6.6. Наличие внедряемых (совместно с профильным научным центром) протоколов наркологической помощи зависимым от ПАВ на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии;

6.7. Наличие положения о деятельности группы специалистов по реализации этапа противорецидивной и поддерживающей терапии на базе диспансерного наркологического отделения (либо на базе стационарного наркологического отделения);

6.8. Наличие, в должностных обязанностях специалистов, действующих в составе группы по реализации этапа противорецидивной и поддерживающей терапии, пунктов по реализации специфических технологий наркологической помощи на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии;

6.9. Наличие годового плана мероприятий деятельности группы специалистов по реализации этапа противорецидивной и поддерживающей терапии;

6.10. Наличие в ежемесячных и недельных планах-графиках поименованных специалистов соответствующих мероприятий и конкретных пунктов по реализации этапа противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ;

6.11. Наличие разработанных, при участии сотрудников профильного научного центра, и утвержденных форм отчетности специалистов, действующих на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ;

6.12. Наличие утвержденных форм сводной отчетности основного координатора деятельности по реализации этапа противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ;

6.13. Наличие приказа о формировании группы специалистов по реализации этапа противорецидивной и поддерживающей терапии на базе диспансерного наркологического отделения (либо на базе наркологического стационара);

6.14. Наличие специального фрагмента программы мониторинга наркологической ситуации в

регионе, оценивающего эффективность этапа противорецидивной и поддерживающей терапии;

6.15. Наличие в составе специальной группы по внедрению инновационных технологий наркологической помощи специалистов, действующих на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии;

6.16. Наличие пунктов по промежуточному и итоговому контролю качества наркологической помощи, оказываемой на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии зависимым от ПАВ, в деятельность комиссии по внутреннему аудиту и контролю качества при региональном наркологическом ЛПО;

6.17. Наличие общего приказа по организации наркологической помощи на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии с приложениями, поименованными в п.п. 6.1. – 6.16. настоящего раздела.

7. Характеристика эффективности (результата) реализации этапа противорецидивной и поддерживающей терапии

7.1. Промежуточные индикаторы эффективности (показатели за последние 3 года)

7.1.1. Показатель количества пациентов с алкогольной зависимостью, направленных на этап противорецидивной и поддерживающей терапии после прохождения этапа первичной наркологической помощи (в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству зависимых от алкоголя, получивших курс первичной наркологической помощи в течение последнего года);

7.1.2. Показатель количества пациентов с алкогольной зависимостью, прошедших курс противорецидивной и поддерживающей терапии после направления с этапа первичной наркологической помощи (в абсолютных цифрах в % отношении к общему количеству зависимых от алкоголя, получивших курс первичной наркологической помощи в течение последнего года);

7.1.3. Показатель количества пациентов с алкогольной зависимостью, направленных на этап противорецидивной и поддерживающей терапии после прохождения курса амбулаторного лечения и реабилитации (в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству зависимых от алкоголя, получивших курсы амбулаторного лечения и реабилитации в течение последнего года);

7.1.4. Показатель количества пациентов с алкогольной зависимостью, прошедших курс противорецидивной и поддерживающей терапии после этапа амбулаторного лечения и реабилитации (в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству зависимых от алкоголя, получивших курсы амбулаторного лечения и реабилитации в течение последующего года);

ших курс противорецидивной и поддерживающей терапии после направления с этапа первичной наркологической помощи (в абсолютных цифрах в % отношении к общему количеству зависимых подростков от наркотических и токсических веществ, получивших курс первичной наркологической помощи в течение последнего года);

7.1.33. Показатель количества подростков с наркотической и токсической зависимостью, направленных на этап противорецидивной и поддерживающей терапии после прохождения курса амбулаторного лечения и реабилитации (в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству зависимых подростков от наркотических и токсических веществ, получивших курсы амбулаторного лечения и реабилитации в течение последнего года);

7.1.34. Показатель количества подростков с наркотической и токсической зависимостью, прошедших курс противорецидивной и поддерживающей терапии после этапа амбулаторного лечения и реабилитации (в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству зависимых подростков от наркотических и токсических веществ, получивших курсы амбулаторного лечения и реабилитации в течение последующего года);

7.1.35. Показатель количества подростков с наркотической и токсической зависимостью, направленных на этап противорецидивной и поддерживающей терапии после прохождения курса стационарного лечения и реабилитации (в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству зависимых подростков от наркотических и токсических веществ, получивших курсы стационарного лечения и реабилитации в течение последнего года);

7.1.36. Показатель количества подростков с наркотической и токсической зависимостью, прошедших курс противорецидивной и поддерживающей терапии после направления с этапа стационарного лечения и реабилитации (в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству зависимых подростков от наркотических и токсических веществ, завершивших курсы стационарного лечения и реабилитации в течение последнего года);

7.2. Конечные индикаторы эффективности (показатели за последние 3 года)

7.2.1. Результаты анкетирования репрезентативной группы зависимых от ПАВ, охваченных этапом противорецидивной и поддерживающей терапии, на предмет определения степени соответствия предоставляемых на данном этапе услуг ожиданиям и потребностям охваченного контингента (указать % отрицательных оценок – низкой степени соответствия; % положительных оценок – средней и высокой степени соответствия);

7.2.2. Результаты анкетирования среди родных и близких зависимых от ПАВ, охваченных этапом противорецидивной и поддерживающей терапии,

а также созависимых лиц, получавших консультативную и иную помощь на данном этапе, на предмет определения степени соответствия предоставляемых услуг ожиданиям и потребностям данного контингента (указать % отрицательных оценок – низкой степени соответствия; % положительных оценок – средней и высокой степени соответствия);

7.2.3. Показатель распространенности ремиссий, длительностью от 1 года и выше, среди пациентов с алкогольной зависимостью, завершивших или получающих курс противорецидивной и поддерживающей терапии после направления с этапа первичной наркологической помощи;

7.2.4. Показатель распространенности ремиссий, длительностью от 1 года и выше, среди пациентов с алкогольной зависимостью завершивших или получающих курс противорецидивной и поддерживающей терапии после направления с этапа амбулаторного лечения и реабилитации;

7.2.5. Показатель распространенности ремиссий, длительностью от 1 года и выше, среди пациентов с алкогольной зависимостью, завершивших или получающих курс противорецидивной и поддерживающей терапии после направления с этапа стационарного лечения и реабилитации;

7.2.6. Показатель распространенности ремиссий длительностью от 1 года и выше, среди детей с алкогольной зависимостью, завершивших или получающих курс противорецидивной и поддерживающей терапии после направления с этапа первичной наркологической помощи;

7.2.7. Показатель распространенности ремиссий, длительностью от 1 года и выше, среди детей с алкогольной зависимостью завершивших или получающих курс противорецидивной и поддерживающей терапии после направления с этапа амбулаторного лечения и реабилитации;

7.2.8. Показатель распространенности ремиссий, длительностью от 1 года и выше, среди детей с алкогольной зависимостью, завершивших или получающих курс противорецидивной и поддерживающей терапии после направленных с этапа стационарного лечения и реабилитации;

7.2.9. Показатель распространенности ремиссий длительностью от 1 года и выше, среди подростков с алкогольной зависимостью, завершивших или получающих курс противорецидивной и поддерживающей терапии после направления с этапа первичной наркологической помощи;

7.2.10. Показатель распространенности ремиссий, длительностью от 1 года и выше, среди подростков с алкогольной зависимостью завершивших или получающих курс противорецидивной и поддерживающей терапии после направления с этапа амбулаторного лечения и реабилитации;

7.2.11. Показатель распространенности ремиссий, длительностью от 1 года и выше, среди подростков с алкогольной зависимостью, завершивших

или получающих курс противорецидивной и поддерживающей терапии после направленных с этапа стационарного лечения и реабилитации;

7.2.12. Показатель распространенности ремиссий длительностью от 1 года и выше, среди лиц с наркотической и токсической зависимостью, завершивших или получающих курс противорецидивной и поддерживающей терапии после направления с этапа первичной наркологической помощи;

7.2.13. Показатель распространенности ремиссий, длительностью от 1 года и выше, среди лиц с наркотической и токсической зависимостью завершивших или получающих курс противорецидивной и поддерживающей терапии после направления с этапа амбулаторного лечения и реабилитации;

7.2.14. Показатель распространенности ремиссий, длительностью от 1 года и выше, среди лиц с наркотической и токсической зависимостью, завершивших или получающих курс противорецидивной и поддерживающей терапии после направленных с этапа стационарного лечения и реабилитации;

7.2.15. Показатель распространенности ремиссий длительностью от 1 года и выше, среди детей с наркотической и токсической зависимостью, завершивших или получающих курс противорецидивной и поддерживающей терапии после направления с этапа первичной наркологической помощи;

7.2.16. Показатель распространенности ремиссий, длительностью от 1 года и выше, среди детей с наркотической и токсической зависимостью завершивших или получающих курс противорецидивной и поддерживающей терапии после направления с этапа амбулаторного лечения и реабилитации;

7.2.17. Показатель распространенности ремиссий, длительностью от 1 года и выше, среди детей с наркотической и токсической зависимостью, завершивших или получающих курс противорецидивной и поддерживающей терапии после направленных с этапа стационарного лечения и реабилитации;

7.2.18. Показатель распространенности ремиссий длительностью от 1 года и выше, среди подростков с наркотической и токсической зависимостью, завершивших или получающих курс противорецидивной и поддерживающей терапии после направления с этапа первичной наркологической помощи;

7.2.19. Показатель распространенности ремиссий, длительностью от 1 года и выше, среди подростков с наркотической и токсической зависимостью завершивших или получающих курс противорецидивной и поддерживающей терапии после направления с этапа амбулаторного лечения и реабилитации;

7.2.20. Показатель распространенности ремиссий, длительностью от 1 года и выше, среди подростков с наркотической и токсической зависимостью, завершивших или получающих курс противорецидивной и поддерживающей терапии после

направленных с этапа стационарного лечения и реабилитации;

7.2.21. Показатель инфицирования ВИЧ у охваченного этапом противорецидивной и поддерживающей терапии контингента зависимых от наркотиков – в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству зависимых от ПАВ, охваченных этапом противорецидивной и поддерживающей терапии в течение последнего учитываемого года;

7.2.22. Показатель частоты правонарушений у охваченного этапом противорецидивной и поддерживающей терапии общего контингента зависимых от ПАВ – в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству зависимых от ПАВ, охваченных этапом противорецидивной и поддерживающей терапии в течение последнего учитываемого года;

7.2.23. Показатель трудовой занятости (трудоустройства) у охваченного этапом противорецидивной и поддерживающей терапии общего контингента зависимых от ПАВ – в абсолютных цифрах и в % отношении к общему количеству зависимых от ПАВ, охваченных этапом противорецидивной и поддерживающей терапии в течение последнего учитываемого года;

7.2.24. Показатель объема общей экономической выгоды, получаемой в результате реализации этапа противорецидивной и поддерживающей терапии (вследствие увеличения общего количества зависимых от ПАВ, находящихся в состоянии устойчивой ремиссии);

7.2.25. Показатель экономической эффективности (соотношение объема экономической выгоды, получаемой за счет этапа противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ, к прямым затратам на реализацию данного этапа наркологической помощи).

2. Комментарии

Приведенная карта опросника по комплексной оценке качества этапа противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК содержит 7 основных разделов, отражающих главные характеристики качества НП:

- характеристика структуры этапа противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ (26 оцениваемых индикаторов);
- характеристика основных технологических процессов (27 оцениваемых индикаторов);
- характеристика ресурсообеспечивающих процессов (кадры) - 23 оцениваемых индикатора;
- характеристика ресурсообеспечивающих процессов (материально-технические ресурсы) - 8 оцениваемых индикаторов;
- характеристика ресурсообеспечивающих процессов (финансово-экономические ресурсы) - 6 оцениваемых индикаторов;

-
- характеристика управлеченческих процессов (17 оцениваемых индикаторов);
 - характеристика результатов, достигаемых на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ (61 оцениваемый индикатор).

В приведенной схеме качество процессов - технологических, ресурсообеспечивающих, управлеченческих - представляющие функциональную активность этапа противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ, определяет наибольшее количество оцениваемых индикаторов - 81.

Далее, по интенсивности оценки качества, следует характеристики результата - 61 оцениваемый индикатор, и характеристики структуры - 26 индикаторов. Что представляется вполне закономерным с позиций необходимости реализации процесс - ориентированного подхода в модели КСМК НП.

Общее количество оцениваемых на данном этапе НП индикаторов - 168 - представляется оптимальным.

Приведенная в карте опросника система промежуточных и конечных индикаторов эффективности содержит, как объемные показатели охватываемого контингента зависимых от ПАВ (отражающие степень приемлемости и привлекательности данного сектора услуг для соответствующего контингента зависимых от ПАВ), так и показатели клинической,

социальной, экономической эффективности. То есть, оценка качества проводиться комплексно, в соответствие с основными установками КСМК.

Детальная технология оценок и выведения итоговых уровней качества НП, оказываемой на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ, описывается в соответствующих методических рекомендациях. Здесь отмечается лишь тот факт, что степень дефицитарности какого либо раздела по базисной карте опросника автоматически переносится на общую оценку качества НП, оказываемой на рассматриваемом этапе. При этом главным аргументом при выведении итогового уровня качества НП является система конечных индикаторов эффективности.

Заключение

Этап противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ является важным звеном системы НП, обеспечивающим выполнение задачи по достижению устойчивой и длительной ремиссии у охваченного контингента.

Внедрение методологии комплексной оценки качества НП на рассматриваемом этапе будет способствовать повышению эффективности оказываемой НП, и, в конечном итоге, достижению целей, стоящих перед системой наркологической помощи в Республике Казахстан.

МЕТОДОЛОГИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ - ОЦЕНКА ОБЩИХ ХАРАКТЕРИСТИК СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВНЫХ ЭТАПАХ ЕЕ ОКАЗАНИЯ

Д.м.н., проф. А. Л. Катков

г. Павлодар

Введение

Модель комплексной системы менеджмента качества (КСМК) наркологической помощи (НП) включает необходимость экспертизы качества всех более или менее значимых аспектов организации наркологической помощи. В том числе и экспертизу системы управления качеством НП на основных этапах ее оказания.

Общая схема экспертных оценок каждого дифференцируемого этапа наркологической помощи включает раздел «Характеристика управлеченческих процессов». Экспертная оценка данного раздела показывает степень адекватности управлеченческих стратегий и процессов в отношении организации конкретного этапа НП.

Такой ступенчатый подход, адекватный для локальных задач по экспертизе качества отдельных

этапов НП, все же не дает возможностей для выведения комплексной оценки качества управления системой наркологической помощи в целом.

В данной связи, разработанная нами методология комплексной оценки качества включает специальный блок по оценке общих характеристик системы управления наркологической помощи на всех этапах ее оказания.

Данная методология полностью удовлетворяет следующим основным принципам и подходам КСМК НП в сфере контроля качества:

- оценка характеристик системы управления НП является комплексной и проводится в отношении основных предметных характеристик категорий качества - структуры, процесса, результата;
- методология комплексной оценки качества управления НП включает анализ таких параметров

– компонентов качества ВОЗ – как адекватность, обоснованность, эффективность;

- комплексная оценка качества управления НП проводится с использованием технологий: экспертических оценок (по отношению к параметрам адекватности, обоснованности); комплексного экономического анализа (по отношению к параметру эффективности).

В следующих разделах настоящего сообщения описывается технологический инструментарий методологии комплексной оценки качества управления НП на основных этапах ее оказания – карта опросника с комментариями и общими сведениями по выведению итоговых оценок качества управления НП.

1. Опросник комплексной оценки управления качеством НП на основных этапах ее оказания в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК

1. Характеристика структуры управления наркологической помощи

1.1. Наличие штатных и внештатных должностей руководителей наркологической службы в регионе (главного нарколога, главного врача, его заместителей, заведующих отделениями, отделами, лабораториями, другими подразделениями службы) в соответствие с приказом № 1175 от 30 октября 1987 г. «О типовых штатах руководящих работников, специалистов, служащих и рабочих учреждений здравоохранения»; приказом МЗ РК № 764 от 2004 года – указать количество, название должностей и процент (%) соответствия вышенназванным приказам;

1.2. Наличие структурной схемы наркологической помощи в регионе с обозначением: 1) этапов ее оказания; 2) структурных подразделений; 3) функциональных единиц, представленных на каждом этапе; 4) общей системы их взаимодействия;

1.3. Наличие функциональной схемы управления наркологической помощью в регионе;

1.4. Наличие группы специалистов – организаторов, ответственных за реализацию этапов наркологической помощи, и утвержденных в этом качестве приказом главного нарколога региона:

1.4.1. Наличие специалиста – организатора, ответственного за реализацию этапа первично-профилактической наркологической помощи;

1.4.2. Наличие специалиста – организатора, ответственного за реализацию этапа первичной профилактической помощи;

1.4.3. наличие специалиста – организатора, ответственного за реализацию этапа противорецидивной и поддерживающей терапии;

1.5. Наличие функциональной группы специалистов, ответственных за реализацию этапов наркологической помощи, утвержденных в этом качестве приказом главного нарколога региона:

1.5.1. Наличие функциональной группы специалистов, ответственных за реализацию этапа первично-профилактической наркологической помощи;

1.5.2. наличие функциональной группы специалистов, ответственных за реализацию этапа первичной наркологической помощи;

1.5.3. Наличие функциональной группы специалистов, ответственных за реализацию этапа противорецидивной и поддерживающей терапии;

1.6. Наличие в головном наркологическом учреждении специалистов – руководителей специальных управлеченческих групп и утвержденных в этом качестве приказом главного нарколога региона:

1.6.1. Наличие руководителя группы мониторинга наркологической ситуации и оценки противодействующих усилий;

1.6.2. Наличие руководителя группы стратегического оперативного планирования;

1.6.3. Наличие руководителя группы по инновационному внедрению;

1.6.4. Наличие руководителя комиссии по внутреннему аудиту и контролю качества региональной наркологической помощи;

1.7. Наличие при головном наркологическом учреждении специальных управлеченческих групп по ключевым проблемам управления качеством оказываемой наркологической помощи:

1.7.1. Наличие специальной управлеченческой группы мониторинга наркологической ситуации и оценки противодействующих усилий;

1.7.2. Наличие специальной управлеченческой группы по стратегическому и оперативному планированию развития системы наркологической помощи в регионе;

1.7.3. Наличие специальной управлеченческой группы по инновационному внедрению;

1.7.4. Наличие комиссии по внутреннему аудиту и контролю качества оказания наркологической помощи;

1.8. Участие в деятельности отраслевого наркологического кластера, оформленное специальным договором;

1.9. Наличие в головном наркологическом учреждении организационно-методического отдела (или кабинета) с техническими возможностями сбора, анализа, хранения и воспроизведения профильной информации;

1.10. Наличие в головном наркологическом учреждении обособленной административно-финансово-хозяйственной службы по ресурсному обеспечению основных этапов оказания наркологической помощи в регионе.

2. Характеристика квалификации управлеченческих кадров

2.1. Наличие общего усовершенствования по организации здравоохранения у руководящего состава наркологической службы региона (уровень

первых руководителей, заместителей, заведующих отделений, руководителей специальных управлеченческих групп, руководителей функциональных групп специалистов – организаторов, ответственных за реализацию этапов наркологической помощи) – указать процентное (%) соотношение к общему количеству поименованного состава руководителей;

2.2. Наличие тематического усовершенствования по вопросам организации наркологической помощи у руководящего состава наркологической службы региона (см. предыдущий пункт) – указать процентное (%) соотношение к общему количеству поименованного состава руководителей;

2.3. Наличие тематического усовершенствования по вопросам управления качеством наркологической помощи у руководящего состава наркологической службы (см. п. 2.1.) – указать процентное (%) соотношение к общему количеству поименованного состава руководителей;

2.4. Наличие высшего экономического образования у руководящего состава финансово-экономического блока администрации головного наркологического учреждения;

2.5. Наличие специализации, либо усовершенствования по вопросам экономики и управления качеством в здравоохранении у руководителей финансово-экономического блока администрации головного наркологического учреждения;

2.6. Наличие тематического усовершенствования по вопросам управления качеством наркологической помощи в работе среднего и младшего медицинского персонала у главной сестры и старших медицинских сестер наркологических учреждений региона;

2.7. Наличие проработанных многолетних планов повышения квалификации руководящего состава наркологических учреждений и организаций в регионе;

2.8. Наличие сформированного ближайшего резерва управленческих кадров (п. 2.1.) – указать процентное (%) соотношение к общему количеству поименованных должностей;

2.9. Наличие проработанных планов подготовки по вопросам организации и управления качеством наркологической помощи у ближайшего резерва управленческих кадров.

3. Характеристика основных управленческих технологий

3.1. Наличие многолетних стратегических планов совершенствования и развития системы наркологической помощи в регионе, разработанных в соответствие с методическими рекомендациями РНПЦ МСИН;

3.2. Наличие оперативных планов основных мероприятий по деятельности наркологических организаций в течение года, разработанные в соответ-

ствие с многолетним стратегическим планом развития системы наркологической помощи в регионе;

3.3. Наличие помесячных планов основных мероприятий у руководителей наркологической службы (п. 2.1.) – указать % руководителей, у которых такие планы имеются;

3.4. Наличие недельных планов – графиков деятельности руководителей наркологической службы региона (п. 2.1.) – указать % руководителей, у которых такие планы – графики имеются;

3.5. Наличие полугодовых и годовых отчетов о реализации оперативных планов деятельности наркологических организаций, отделений, подразделений у руководителей наркологических служб (п. 2.1.) – указать % руководителей, у которых такие отчеты имеются;

3.6. Выполнение основных мероприятий оперативного плана наркологических организаций за последний год в %;

3.7. Выполнение незапланированных мероприятий – в % к основным.

4. Основные результаты планово-хозяйственной деятельности головного наркологического учреждения

По данному разделу следует привести стандартные отчеты планово-хозяйственной деятельности наркологической организации за 3 последних года.

2. Комментарии

Приведенная карта опросника по комплексной оценке качества управления НП в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК содержит 4 основных раздела:

- характеристика структуры управления наркологической помощью (21 оцениваемый индикатор);
- характеристика квалификации управленческих кадров (9 оцениваемых индикаторов);
- характеристика основных управленческих технологий (7 оцениваемых индикаторов);
- результаты планово-хозяйственной деятельности наркологического учреждения (от 15 до 25 оцениваемых индикаторов).

Приведенная схема должна дополняться оценкой управленческих процессов по организационному обеспечению каждого этапа наркологической помощи (от 12 до 20 оцениваемых индикаторов по каждому этапу НП). Таким образом, по общему количеству оцениваемых индикаторов (70-100) на передний план выходит интенсивность оценки качества управленческих процессов. Что представляется вполне закономерным с позиций процесс-ориентированного подхода в общей идеологии КСМК.

В тоже время следует отметить, что не только результаты планово-хозяйственно-экономической деятельности характеризуют эффективность и качество процессов управления НП. Но также и вся

система промежуточных и конечных индикаторов эффективности (клинических, социальных, экономических), дифференцированных по основным этапам НП, прямо или косвенно характеризует качество управления НП.

При оценке каждого из разделов специальной карты опросника следует иметь ввиду, что степень дефицита какого-либо раздела переносится на общую оценку качества управления НП. Последняя выводится на основании подсчета процента соответствия значений конкретных пунктов настоящего опросника требованиям организационного стандарта. В частности, требованиям по организационно-управленческому обеспечению деятельности системы НП. Так, при выявлении более, чем 30% несоответствия по какому-либо разделу приведенной карты опросника требованиям организационного стандарта, качество управления НП нельзя считать удовлетворительным.

Детальная технология выведения оценок и итоговых уровней качества управления НП описываются в соответствующих методических рекомендациях.

Заключение

Управленческие процессы, и сфера управления НП в целом, являются очевидным приоритетом в общем поле функциональной активности системы наркологической помощи. От качества управления напрямую зависит качество профильных услуг и, в конечном итоге, качество результатов НП.

В данной связи чрезвычайно важно, чтобы система управления НП развивалась опережающими темпами. Это касается и вопросов контроля качества управленческой деятельности.

Внедрение методологии комплексной оценки качества управления НП будет способствовать совершенствованию процессов управления наркологической помощью в Республике Казахстан.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ БЛИЖАЙШЕГО ОКРУЖЕНИЯ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ

Д.м.н., проф. А. Л. Катков

г. Павлодар

В соответствие с разработанной моделью комплексной системы менеджмента качества (КСМК) наркологической помощи (НП) оценка качества предоставляемой наркологической помощи должна проводиться и представителями ближайшего окружения зависимых от ПАВ (родными, близкими). Данная оценка способствует объективизации результатов общего мониторинга качества НП.

В частности, как показывает практика опросов родных и близких зависимых от ПАВ, они в состоянии адекватно оценить степень приемлемости и эффективности наркологических услуг, предоставленных их близким – зависимым от ПАВ.

В данной связи достаточно актуальной проблемой является разработка надежных инструментов определения качества НП с позиций ближайшего окружения зависимых от ПАВ – специальных анкет по исследованию степени их удовлетворенности объемом, качеством и условиями оказания наркологической помощи, получаемой родными и близкими – зависимыми от ПАВ.

Специальные анкеты для исследований такого рода были разработаны и апробированы в экспериментах по комплексной оценке качества наркологической помощи в регионах РК.

Основной текст анкеты приводится ниже.

Пожалуйста, заполните анкету по оценке услуг, оказываемых Вашим родным (близким) на этапе первично-профилактической помощи. Обозначьте в графе справа те варианты ответов, которые Вам кажутся правильными.

Анкета

№	Параметры оценки	Отметить правильный ответ
1. Оценка условий оказания профильной помощи		
1.1.	<i>По условиям безопасности помощь, оказываемая моим родным (близким) на данном этапе</i>	
а)	удовлетворяет меня полностью	
б)	удовлетворяет частично	
в)	не удовлетворяет	
г)	затрудняюсь с ответом	

Продолжение анкеты

№	Параметры оценки	Отметить правильный ответ
1.2.	<i>По условиям доступности помошь, оказываемая моим родным (близким) на данном этапе</i>	
а)	удовлетворяет меня полностью	
б)	удовлетворяет частично	
в)	не удовлетворяет	
г)	затрудняюсь с ответом	
1.3.	<i>По условиям комфорта помошь, оказываемая моим родным (близким) на данном этапе</i>	
а)	удовлетворяет меня полностью	
б)	удовлетворяет частично	
в)	не удовлетворяет	
г)	затрудняюсь с ответом	
2. Оценки предоставляемых услуг		
2.1.	<i>Ассортимент услуг, предоставляемых на данном этапе моим родным (близким) - диагностических, консультативных и других</i>	
а)	удовлетворяет меня полностью	
б)	удовлетворяет частично	
в)	не удовлетворяет	
г)	затрудняюсь с ответом	
2.2.	<i>Объем (общее количество процедур, получаемое одним человеком) услуг, предоставляемых на данном этапе моим родным (близким)</i>	
а)	удовлетворяет меня полностью	
б)	удовлетворяет частично	
в)	не удовлетворяет	
г)	затрудняюсь с ответом	
2.3.	<i>Качество оказания услуг, предоставляемых на данном этапе моим родным (близким)</i>	
а)	удовлетворяет меня полностью	
б)	удовлетворяет частично	
в)	не удовлетворяет	
г)	затрудняюсь с ответом	
3. Оценка профессионального уровня специалистов		
3.1.	<i>Квалификация специалистов, оказывающих услуги моим родным (близким) на данном этапе</i>	
а)	удовлетворяет меня полностью	
б)	удовлетворяет частично	
в)	не удовлетворяет	
г)	затрудняюсь с ответом	
3.2.	<i>Отношение к основным потребителям услуг (моим родным, близким) со стороны специалистов, действующих на данном этапе</i>	
а)	удовлетворяет меня полностью	
б)	удовлетворяет частично	
в)	не удовлетворяет	
г)	затрудняюсь с ответом	
4. Оценка соответствия помощи, оказываемой на данном этапе потребителям услуг, ожиданиям и запросам их родных и близких		
4.1.	<i>Результаты, достигнутые в отношении моих родных (близких) за счет оказания им помощи на данном этапе</i>	
а)	удовлетворяет меня полностью	
б)	удовлетворяет частично	
в)	не удовлетворяет	
г)	затрудняюсь с ответом	

№	Параметры оценки	Отметить правильный ответ
4.2.	<i>Я считаю, что помочь, оказанная на данном этапе моим родным (близким) была для них</i>	
а)	необходима	
б)	не обязательна	
в)	не нужна	
г)	затрудняюсь с ответом	
4.3.	<i>Людям, находящимся в такой же ситуации, как мои родные (близкие), я посоветую</i>	
а)	в обязательном порядке получать помощь на данном этапе	
б)	принимать решение об участии на данном этапе самостоятельно	
в)	отказаться от участия на данном этапе оказания профильной помощи	
г)	затрудняюсь с ответом	

Благодарим за сотрудничество!

При проведении соответствующего анкетирования родных и близких зависимых от ПАВ было установлено, что использование данного инструментария объективно характеризует диапазон приемлемости, уровень эффективности оказываемой наркологической помощи.

Опросник (по отзывам ближайшего окружения зависимых от ПАВ) представляется понятным и

адекватным заявленным целям. Время заполнения анкеты (6-7 минут) представляется оптимальным и не вызывает протестных реакций.

Таким образом, использование настоящей анкеты можно рекомендовать в качестве надежного инструмента определения качества НП с позиций ближайшего окружения зависимых от ПАВ.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ ФЕНОМЕНА ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ В СОВРЕМЕННОЙ НАРКОЛОГИИ

М. В. Прилуцкая

Одним из важнейших индикаторов состояния микро- и макросоциального климата современного общества является распространенность аддиктивного поведения среди популяции. Насущной реалией современности стали две закономерности:

- 1) эпидемический характер роста числа химических зависимостей;
- 2) распространение и усложнение структуры нехимических, так называемых социально приемлемых, «респектабельных» аддикций (информоголизм, работоголизм, пищевая зависимость и т.п.) (Елшанский С. П., 2000).

Аддикция – поведение, характеризующееся стремлением ухода от тягостной реальности путём искусственного изменения своего состояния за счёт поддержания определенных видов деятельности и

уровня интенсивности эмоций, в том числе путем приема некоторых веществ.

А. Е. Личко определял аддиктивным поведением такие состояния, которые соответствуют дононозологическому употреблению психоактивных веществ до развития зависимости от них (Личко А. Е., Бритенский В. С., 1991), что разделяется и другими авторами (Гузиков Б. М., 1992).

Сама аддикция определяется то как клинический феномен (Neil J. R., 1996), то как психиатрический симптом (Brouers S., 1990), как «аддиктивный синдром» (Gerevich J., 1994), как раздел психиатрии - «аддиктивная психиатрия» (Trumble J. G., 1996), как «аддиктивная медицина» (Franklin J. E., 1995).

Наряду с этим, имеется концепция более широкого представления феноменологии аддиктивного поведения как одной из форм деструктивного по-

ведения, куда включаются и привыкание к медикаментам и интоксикантность (Дресвянников В. Л., 1998; Короленко Ц. П., 1991, 1993; Лисняк М. А., 1997; Brours S. et al., 1990; Goodman A., 1990; Gerevich J., 1994; Meyer R. E., 1996; Trumble J. G., 1996).

В современной научной литературе наряду с основными известными формами аддикции (в виде приема алкоголя и психоактивных веществ, включая наркотики) также описаны:

- участие в азартных играх, в том числе компьютерных играх (Blaszczynski A., 1997; Brenner V., 1997; Fisher S., 1994; Lyng K. S., 1996), среди которых описывают новейшую аддикцию - «интернетную аддикцию» (Goyng K. S., 1996; O'Reill M., 1996);
- сексуальное аддиктивное поведение (Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., 1999; Bingham J. E., Piotrovski C., 1996; Darves - Bornos J. M., 1995; Mayers W. A., 1995; Meiser J. G., 1998; Miller P., 1995);
- пищевая аддикция - в виде переедания или голода (Driscoll T. J., 1995);
- аддиктивное поведение в форме склонности к самоповреждениям (Faye P., 1995; Karwautz A., 1996).

Описано также аддиктивное отношение к работе - работоголизм (Короленко Ц. П., 1993), аддиктивное поведение в форме самостимуляции с помощью интенсивной гипервентиляции (Goldman M. J., 1992).

Разнообразие нехимических аддикций сегодня рекрутируется из новых видов человеческой деятельности, наиболее интенсивной из которых является «коммуникативная деятельность», опосредованная компьютером (синтез познавательной, профессиональной, игровой, творческой деятельности) (Арестова О. Н., Бабанин Л. Н., Войскунский А. Е., 1996). Информационная ноосфера стала притягательна возможностью социальных анонимных интеракций, реализаций своих представлений и фантазий с обратной связью, созданием возможности поиска собеседника, соответствующего определенным критериям и требованиям, открытием безграничного доступа к информации, которая в свою очередь становится единственным источником общественной коммуникации (Семке В. Я., 2003).

Наиболее привлекательными особенностями Интернета являются анонимность, доступность, безопасность и простота использования. Исходя из данных К. Янг, можно выделить две различные группы пользователей: ради общения (91% опрошенных) и информации (9% опрошенных) (Turkle, 1997; Young, 1997). Таким образом, вышеизложенные особенности виртуального пространства заключают в себе потенциал компенсаторного и, в конечном итоге, вытесняющего, дезадаптивного паттерна поведения.

Количество пользователей Интернета в мире неуклонно растет (Internet World Stats, 2005). Общее число Интернет – пользователей в Казахстане в сентябре 2007 года составило 1,67 миллиона человек. В октябре 2008 года - 2,2 миллиона человек. Таким образом, за период с сентября 2007 года по октябрь 2008 года размер казахстанской интернет-аудитории увеличился на 16%. При этом в 2008 году продолжился рост интенсивности посещения Интернета. Если сентябрь 2007 года ядро аудитории Интернета (посещают Интернет ежедневно) формировало 20% взрослых интернет - пользователей, то в октябре предыдущего, 2008 года аналогичный показатель составлял 32%. С учетом роста количества интернет - пользователей, ежедневная аудитория Интернета в Казахстане возросла на 91%. К 2010 году, по прогнозам Президента Республики Казахстан (РК), интернет-аудитория увеличится до 3,5 миллиона человек. Основным местом выхода в Интернет, по данным «ICT - Marketing», является дом. В октябре 2008 года 56% взрослых интернет - пользователей, проживающих в городах РК с населением 70 тысяч человек и более, чаще всего пользовались Интернетом у себя дома. В сентябре 2007 года данный показатель составил 42%. Размер домашней интернет - аудитории в октябре 2008 года возрос на 56% по сравнению с сентябрем 2007 года. Доля взрослых интернет - пользователей, использующих Интернет на работе, снизилась с 29% в сентябре 2007 года до 17% в октябре 2008 года («ICT - Marketing», 2008).

Количество доменов, зарегистрированных в национальном доменном пространстве «.KZ», согласно данным учреждения «KazNIC» и АО «НИТ», с октября 2005 по май 2006 года увеличилось с 9 тысяч до 12 тысяч (Ляхов А. Е., 2006).

Стабильно нарастающие цифры вовлеченностя населения Казахстана в сферу информационных технологий, рост доступности широкополосного Интернета позволяют лишь косвенно судить об уровне распространения патологического использования компьютеров в республике. Исследования по этой проблеме в нашей стране не проводились.

В мировой науке нет однозначных данных о распространенности компьютерной зависимости. Ранние исследования указывали на 40 - 80%, а последние - на 6 - 14% компьютерозависимых лиц (Brenner V., 1997; Ching-Chung T., Sunny L., 2001; Greenfield D. N., 1999; Young K. S., 1999) среди общей популяции. Единичны исследования, посвященные изучению эпидемиологической структуры компьютерных аддиктов (Юрьева Л. Н., Больбот Т. Ю., 2006).

Современные исследования феномена интернет - аддикции (зависимости) ведутся, в большей степени, социальными психологами в ключе изучения закономерностей интернет - пространства:

- влияние виртуальных взаимоотношений на личность (Schewebel A., Fine M., 1994; Turkle Sh., 1997);
- исследование идентичности у пользователей компьютерной сети и процессов само-презентации в сети (Белавина И. Г., 1993; Brenner V., 1997; Kelly P., 1997);
- психологические аспекты коммуникативных процессов в сети (Гурьева Л. П., 1993; Жичкина А. Е., Белинская Е. П., 2000; Reid E., 1994).

Феномен компьютерной зависимости в рамках клинической аддиктологии – это от слова святой, а освещен – от слова свет, на сегодняшний момент крайне скучно. Особенно явный дефицит обнаруживается в освещении клинических проявлений заболевания, дифференцировании с другими видами психической патологии, и, наконец, в определении места аддикции в общей таксономии ментальных расстройств. Как следствие, отсутствует систематизированная, последовательная дефиниция данного понятия. Так, существует два базовых определения расстройств, связанных с компьютером. Первое дано Айваном Голдбергом в 1996 году. Под интернет - зависимостью он понимал расстройство поведения в результате использования Интернета и компьютера (Goldberg I., 1996). Второе определение было дано клиническим психологом Kimberly Young (1994). Интернет - зависимость («проблемное использование Интернета») – это широкое понятие, которое обозначает большое количество проблем поведения и контроля над влечением (Kimberly Young, 1994).

В целом, недостатки определений компьютерной аддикции заключаются в следующем:

- отсутствуют указания на корреляционные связи с коморбидными состояниями (как причинный фактор), не выделяются главные и дополнительные критерии;
- не определяется время пребывания в сети, не отграничиваются норма от патологии.

Безусловно, есть указание на этиологический фактор (компьютер), но отсутствует последующая теоретическая трактовка данного вопроса (Юрева Л. Н., Больбот Т. Ю., 2006).

Остается открытым вопрос о связи зависимого поведения и преморбидных личностных особенностей. Среди четко определенных в современной аддиктологии типичных психологических параметров зависимой личности достоверно не выделены облигатные корреляты конкретных характерологических черт в возникновении нетаголизма, формировании отдельных его видов. Кроме того, не дифференцированы те характерологические особенности, которые, с одной стороны, обеспечивают глубину, выраженнуюность расстройств зависимого поведения и патокинез заболевания, с другой стороны - обуславливают остановку развития расстройства лишь на уровне девиантного поведения (так называемые группы

риска интернет-зависимости, транзиторные аддиктивные реакции, социально приемлемая аддикция как ремиссия химических аддикций).

В соответствии с данными К. Янг и Р. Роджерса (Young K., Rodgers R., 1998) аддикты характеризуются как обладающие высоким уровнем абстрактного мышления и уверенные в себе индивидуалисты, чувствительные и эмоционально реагирующие на других людей, настороженные и не проявляющие конформного поведения. Как утверждают исследователи, будучи индивидуалистами, аддикты легко адаптируются к длительным периодам относительной изоляции и способны довольствоваться лишь опосредованными контактами с другими людьми; некоторые из них склонны гипертрофированно (резко негативно или, наоборот, с пылким одобрением) реагировать на слова удаленных собеседников - с таким накалом эмоций, который не поощряется или табуируется в более традиционных формах общения («лицом к лицу»).

Обобщив результаты разных исследований, Н. В. Чудова (2002) приводит следующий список черт интернет - аддикта:

- а) сложности в принятии своего физического «Я» (своего тела);
- б) трудности в непосредственном общении (замкнутость);
- в) склонность к интеллектуализации;
- г) чувство одиночества и недостатка взаимопонимания (возможно, связанное со сложностями в общении с противоположным полом);
- д) низкая агрессивность; склонность к избеганию проблем и ответственности, эмоциональная напряженность и некоторая склонность к негативизму; наличие хотя бы одной фruстирированной потребности;
- е) независимость выступает как особая ценность; представления об идеальном «Я» недифференцированы, завышены или даже нереалистичны;
- ж) самооценка занижена.

У интернет - зависимых людей проявляются скрытые формы и других аддикций: сексуальная аддикция переходит в «киберсекс»; коммуникативные зависимости, такие как псевдология, крусадерство (Менделевич В. Д., 2003) проявляются в «кибернет - отношениях»; пристрастия к азартным играм находят выход в своеобразном интернет - гемблинге. Д. Гринфилд (Greenfield D., 1999) подчеркивает, что зависимости от Интернета очень часто (в 20% случаев, по его данным) сопутствует сексуальная аддикция.

Достоверно, среди интернет-зависимых людей отмечается более высокий уровень аффективных нарушений с преобладанием депрессии и обсессивно-компульсивных расстройств (Kraut et al., 1998; Shapira et al., 2000), а также маскированной депрессии в рамках малопрогредиентной шизофрении

(Джолдыгулов и др., 2005). У многих компьютерозависимых пациентов выявлена коморбидность с социальными фобиями, компульсивными расстройствами, расстройством концентрации внимания и другими видами аддикций (Orzack M. H., Orzack D. S., 1999). Young K. S. (1996) установила связь данного вида аддикции с депрессивными состояниями.

Корейские исследователи обнаружили у старших школьников с интернет - аддикцией более частую депрессию с повышенным риском суицида (Kim et al., 2005). Изучая личностные особенности с помощью опросника Айзенка у интернет – зависимых лиц, Y. Hamburger и E. Ben-Artzi (2000) обнаружили, что интроверты и экстраверты используют разные ресурсы Интернета. Позже те же авторы установили, что для интернет – аддиктов, преимущественно женского пола, характерно ощущение одиночества, которое они стараются снизить, проводя время за общением в чатах (Amichai-Hamburger, Ben-Artzi, 2003). Американский исследователь S. Caplan (2002) выделяет следующие особенности личности интернет - зависимых лиц: депрессия, одиночество, скромность и самолюбие.

По данным К. Янг, интернет - зависимые используют Интернет: для получения социальной поддержки (за счет принадлежности к определенной социальной группе: участия в чате или телеконференции); сексуального удовлетворения; возможности «творения персоны», вызывая тем самым определенную реакцию окружающих, получения их признания.

В ходе исследования Райхмана И. И. (2007), в котором определялось влияние ролевых игр на психику человека, получены неоднозначные данные, подтверждающие существование самостоятельного феномена игры в Интернете. Так выявлено, что в процессе игры повышается самооценка, снижается уровень социальной и личностной фрустрированности, тревожности, агрессивности, потребность в поиске новых ощущений. Единственной переменной, демонстрирующей однозначно негативное, с

четким нарастанием, влияние на психику испытуемых, являлась интернет-зависимость. Таким образом, подтверждена гипотеза о позитивном влиянии ролевых он - лайновых интернет - игр на ранних стадиях (3 месяца) в интеграции с изолированным аддиктогенным влиянием виртуальной среды.

Отмечается, что, если для формирования традиционных видов зависимости требуются годы, то для интернет - зависимости этот срок резко сокращается. По данным К. Янг, 25% аддиктов приобрели зависимость в течение полугода после начала работы в Интернете, 58% - в течение второго полугодия, а 17% - вскоре по прошествии года (Young K. S., 1996).

В рамках интернет - зависимости исследователями упоминается широкий круг психопатологических синдромов: психопатоподобный, бредово-галлюцинаторный, псевдоневротический, аффективный синдромы (Юрьева Л. Н., Больбот Т. Ю., 2006). Однако четкого дифференцированного описания клинической симптоматики с определением перечня психопатологических проявлений по сферам психической деятельности до настоящего момента учеными не проводилось. Существующие в западной психиатрии критерии определения интернет - аддикции (Янг К., 1996; Голдберг А., 1996) отражены большей частью с позиции поведенческой психологии, не укладываясь в рамки классических клинико-психопатологических симптомо-комплексов.

Немногочисленные исследования в области интернет - зависимости носят в настоящее время пилотный характер, скорее намечают цели и задачи, стоящие перед исследователями, столкнувшимися с новой проблемой.

Таким образом, учитывая большой дефицит информации об интернет-зависимости, потребность в изучении этого феномена, нам представляется необходимым проведение исследования эпидемиологической, клинико - психопатологической и клинико-психологической структуры компьютерной зависимости.

Литература:

1. Елишанский С. П. Проблема социокультурной детерминации психической патологии: патологическая зависимость от нехимических агентов // Ж. Вопросы наркологии. – 2000. - № 5. - С. 59 - 62.
2. Малыгин В. Л., Цыганков Б. Д. Клиника и динамика психических расстройств у лиц с патологической зависимостью от игры // Наркология. – 2006. - № 9. – С. 59 - 63.
3. Малыгин В. Л., Цыганков Б. Д. Особенности психических нарушений у лиц с патологической зависимостью от игры // Журнал неврологии и психиатрии. – 2006. - № 5. – С. 16 - 19.
4. Менделевич В. Д. Руководство по аддиктологии. – Санкт-Петербург: «Речь», 2007.
5. Райхман И. И. Психологические особенности игровой активности в Интернете: позитивные и негативные факторы влияния // Наркология. – 2007. - № 11. – С. 42 - 48.
6. Семке В. Я. Психогенез современного общества. – Томск: Издательство Томского университета, 2003. – С. 243 - 246.
7. Чернышева С. Бессознательные аспекты виртуального общения // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2001. – Т. VII, № 4. – С. 30 - 32.
8. Юрьева Л. Н. Больбот Т. Ю. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика. – Днепропетровск: «Пороги», 2006.

АУТОАГРЕССИВНОЕ (СУИЦИДАЛЬНОЕ, НЕСУИЦИДАЛЬНОЕ) ПОВЕДЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ (клинико-психопатологический аспект)

А. С. Ракишева, М. П. Пазылхаир, Е. Н. Шабалова

Исследователи, рассматривая аутоагрессивное поведение, часто акцентируют внимание на суицидальных формах его реализации. Существующие в настоящее время теории аутоагрессивного поведения болезней патологической зависимости позволяют шире взглянуть на варианты наркоманической антивитальности, в частности через “неклассические” её проявления. Примером могут служить смертность больных от несчастных случаев, отравлений, ассоциированная с наркоманиями соматическая и психическая патология, снижение профессионального, социального и личностного статусов. Анализ фактического материала позволил выделить следующие уровни несуицидальной аутоагрессивности: социальный; микросоциальный (семейный) и соматический.

Существует точка зрения, что аутоагрессивные действия являются “классическим” примером поведенческих расстройств у наркозависимых людей. В исследованиях А. В. Лагеря, Б. М. Оморокова, В. В. Мадорского выявлено, что злоупотребление наркотическими средствами повышает риск аутоагрессивного поведения у этого контингента. Можно предположить, что в аутоагрессивном поведении у наркоманов, могут иметь место существенные различия как в качественном (клиническом), так и в количественном (статистическом) выражении, что послужило основанием разделения пациентов на 2 группы по критерию наличия/отсутствия антисоциального поведения.

В нашем исследовании проведено изучение и описание проявлений аутоагрессивного (суицидального, несуицидального) поведения у больных опийной наркоманией.

Объекты и методы исследования

Клиническому обследованию подвергся 281 пациент с наркотической зависимостью от героина. Выборку составили мужчины и женщины с наркотической зависимостью в возрастном интервале от 18 до 35 лет.

В исследуемую группу вошли 211 человек – больные наркоманией, совершившие аутоагрессивные действия, средний возраст которых составлял 25,3 года. Вторая группа – это группа сравнения в количестве 70 человек. В неё вошли больные наркоманией, не совершившие аутоагрессивных действий. Средний возраст лиц в обеих обследованных группах составил 26,16±0,52 года.

При анализе личностных особенностей больных наркоманией было достаточно сложно выделить доминирующий синдром, так как определенные черты характера – эмоциональная неустойчивость, повышенная роль аффектов и преобладание гедонистических мотивов в организации поведения, демонстративность, шизоидность – встречались в обеих группах в равной степени. Однако у пациентов, не совершивших аутоагрессивных действий, в большинстве случаев выявлялись неустойчивые черты характера, повышенная внушаемость, слабость волевых функций. У больных совершивших аутоагрессивные действия превалировали возбудимые черты, выражавшиеся в несдержанности, агрессивности, дисфоричности, обидчивости, оппозиционности к требованиям окружающей действительности. Данные анамнеза (длительность наркотизации более трёх лет) и особенности клиники позволяют расценивать описанные проявления как психопатоподобные, сформировавшиеся на фоне акцентуированных черт характера: неустойчивого типа в группе сравнения и возбудимого типа в исследуемой группе.

Этап эпизодического употребления препаратов опия, как правило, был непродолжителен, составлял от 15 до 35 дней; в среднем – 25 дней. Период от начала приема наркотика до появления признаков роста толерантности, психической и физической зависимости, абстинентного синдрома также проходил в сжатые сроки и занимал в среднем от 30 до 50 дней. Пациенты практиковали внутривенное употребление опия-сырца; кратность инъекций – от одной до трех в сутки. Потребляемые дозы значительно различались: от 0,3 грамма до 1,5 - 2,0 граммов. Продолжительность заболевания (считая от возникновения острого абстинентного синдрома – ОАС) варьировала от 1,4 года до 12 лет в обеих группах. Влечеие к наркотику у всех больных было достаточно сформированным и интенсивным. Пациенты весьма эмоционально рассказывали о “желании достать наркотик”, “заглушить сильную тягу”. Дополнительными психопатологическими проявлениями патологического влечения к наркотику являлись депрессивная симптоматика и выраженные инсомнические нарушения.

Все больные обследовались и при выходе из ОАС, в среднем на 50 – 60 день после последнего употребления наркотика.

Состояние наркозависимых лиц в период ремиссии оценивалось как удовлетворительное. Наряду с общими закономерностями формирования и те-

чения ремиссии, наблюдались некоторые различия в группах. У наркоманов, не совершивших аутоагрессивных действий, на первый план в психическом статусе выступали астенические расстройства:

- повышенная утомляемость и чувствительность к внешним раздражителям, психофизическим нагрузкам;
- неустойчивость внимания;
- чувство внутренней напряженности, тревожности;
- гипотимия;
- затрудненное засыпание;
- частые и ранние пробуждения.

Обычные утренние процедуры (умывание, одевание) изнуряли и занимали гораздо больше времени, чем прежде. Вегетативный дисбаланс проявлялся преобладанием симпатического тонуса (сухость и бледность кожных покровов, учащение пульса, дыхания) над парасимпатическим ("красный" дермографизм, гиперемия лица и верхних конечностей, неустойчивость стула и т.д.). У больных из исследуемой группы в клинике преvalировали психопатоподобные расстройства возбудимого круга: раздражительность, возбудимость, дисфории, неустойчивый, часто сниженный фон настроения. Активное сопротивление в виде недовольства, раздражительности при проведении клинического обследования пациенты этой группы объясняли "специфическими" взаимоотношениями между персоналом, психологической напряженностью, утратой опыта доверительных отношений. Вегетативные расстройства (симпатический тонус) были незначительны.

В исследуемый контингент не включались больные с сочетанными формами зависимости, с соматическими, неврологическими заболеваниями в стадии обострения, с коморбидными психическими нарушениями.

Результаты исследования

Изучение проявлений суициdalной и несуициdalной аутоагрессии осуществлялось нами с применением клинико-психологического, клинико-психопатологического (клиническое интервью, анамнестические сведения, данные анализа медицинской документации) и математико-статистического методов исследования.

Анализ фактического материала позволил выделить следующие уровни несуициdalной аутодеструктивности:

- социальный;
- микросоциальный (семейный);
- соматический.

Несуициdalная аутоагрессия на социальном уровне проявлялась в нарушениях общественных норм поведения (хулиганство, мелкие кражи, вымогательство), которые достоверно реже встречались

у группы сравнения по сравнению с исследуемой группой (22,3% против 58,2%; P<0,05). Также достоверно реже первые имели приводы в милицию (10,2% против 43,5%; P<0,05). При этом выявлена разная мотивация совершения асоциальных (в группе сравнения) и антисоциальных (в исследуемой группе) действий. Для опиоманов ведущим побудительным мотивом являлась материальная выгода (приобретение средств на покупку очередной дозы), для группы сравнения - потребность в новых ощущениях и переживаниях (стремление к физическому и социальному риску — "адреналин стимулирует").

У опиоманов, совершивших аутоагрессивные действия, установлено достоверно более частое (52,1%), по сравнению с группой сравнения, проявление больными (23,3%; P<0,05) ситуаций с высоким риском для жизни (вождение транспорта в состоянии опьянения с игнорированием правил дорожного движения, инициирование агрессии со стороны окружающих, драки). Агрессивные действия больных наркоманов в основном происходили вследствие субъективной неудовлетворенности своим положением. Группу больных, совершивших аутоагрессивные действия, отличал достоверно более высокий уровень представленности в сознании идей смерти, "жизни после смерти", фантазий на тему бессмертия.

Среди больных преобладали лица, безработные по социальному статусу: 72,3% в первой группе и 55,2% — во второй (P>0,05). При попытках их трудоустройства наркозависимые проявляли активное противодействие. На непостоянной низко квалифицированной работе были заняты 42,2% и 27,3%, соответственно. Вместе с тем, роль опийной наркомании как инструмента аутоагрессии в социально-профессиональной сфере не вызывает сомнений, так как в ряде случаев увольнение с работы и потеря привычного профессионального статуса (снижение по служебной лестнице) — "профессиональный суицид" (по L. Boud, 1986) вызывали у пациентов обеих групп немедленное и долговременное разочарование в собственных возможностях. Следствием этого являлось усиление депрессивной симптоматики с суициальными мыслями (23% - исследуемая группа против 30% - группа сравнения). Общими признаками несуициdalного аутоагрессивного поведения на социальном уровне были:

- отсутствие предварительного планирования;
- многократная повторяемость асоциальных и антисоциальных действий;
- стереотипность поведения.

Примечательным являлась низкая степень осознания и предвидения (прогнозирования) негативных последствий своего поведения. Аналогичные события, произошедшие в профессиональной деятельности, здоровых лиц (13,2%), не сопровож-

дались ни психологической, ни социальной дезадаптацией, перерывы в их трудовом стаже не превышали трёх-четырех недель, выход из состояния фрустрации был конструктивным.

Аутоагgressия на микросоциальном (семейном) уровне, как в исследуемой группе, так и в группе сравнения характеризовалась нарушением интерперсональных отношений, повышенной конфликтностью, что порождало эмоциональную холодность, отчужденность. В свою очередь, атмосфера внутрисемейной конфликтности, неудовлетворенность положением в семье усугубляли риск аутоаггрессивного поведения. Более половины больных наркоманией обеих групп сообщили, что под влиянием критики или требований близких родственников совершали действия, заведомо ведущие к ухудшению ситуации (отказ от госпитализации, срыв лечебных мероприятий, обострение и разрыв семейных отношений, родственных связей). При невозможности реализации поставленных целей, связанных с наркотизацией, у больных в исследуемой группе достоверно чаще, чем у пациентов группы сравнения, отмечались: склонность к драматизации, негативной оценке событий и фактов, переживания чувства вины (52,2% против 19,2%; P>0,05), недовольства собой, жизненного краха (42,2% против 17,0%; P<0,05), частые угрязнения совести (48,5% против 27,8%; P>0,05). Аутоаггрессивное поведение в обеих группах возникало задолго до разрыва семейных отношений. Оно проявлялось в виде вербальной аутоагgressии в сочетании с идеями самообвинения, самоуничижения, чувством неуверенности в себе, заброшенности, ненужности. Характерная особенность у пациентов обеих групп — “клишированность” или повторяемость отрицательных (аутоаггрессивных) событий в семейной жизни с отсутствием осознаваемости перспективы последствий. Пациенты, проживающие с родителями (их было больше среди группы сравнения — 80,2% против 55,3%; P>0,05), не стремились к созданию своей семьи, находились на иждивении родственников. Количество больных, имеющих собственную семью, в группах существенно не различалось. Однако, проживая в семье, они занимали пассивную позицию в решении материально-бытовых вопросов, в воспитании детей, вели паразитический образ жизни. Негативные факторы в сексуальной сфере семейной жизни (снижение сексуальной активности, длительное половое воздержание, сексуальная неудовлетворенность, слабость эректильной функции, вступление полового партнера в сексуальный контакт с другими лицами) воспринимались опиоманами обеих групп нейтрально или равнодушно.

Основными проявлениями *несуицидального аутоаггрессивного поведения на соматическом уровне* для обеих групп больных были:

- пассивное участие в лечебно-реабилитационном процессе;
- сомнения в возможности и необходимости продолжения лечения с суициальными высказываниями: (“для чего лечиться, если нет смысла жить”);
- самостоятельный обрыв лечения.

Выявлена высокая обращаемость обследованных лиц за медицинской помощью к лицам без соответствующего образования. Неоднократные несчастные случаи (с госпитализацией в реанимационные отделения), допускающие возможность членовредительства (падение с высоты, множественные переломы, употребление суррогатов алкоголя), интерпретировались больными обеих групп как “случайные”. Обращала на себя внимание низкая настороженность перед угрозой заражения инфекционными и венерическими заболеваниями. В частности, вирусными гепатитами В, С. В ходе диагностического интервьюирования у пациентов обеих групп обнаруживалось снижение значимости таких ценностей, как телесное здоровье и жизнь: “лечиться бесполезно”, “сколько мне дано прожить, столько и проживу”.

Предварительный вывод:

Таким образом, на основании приведенных данных, можно сделать предварительный вывод, что формированию аутоаггрессивного (саморазрушающегося) поведения в структуре наркотической зависимости способствует множество психологических и социальных факторов. Выделение факторов как пусковых не представляется возможным из-за малого количества наблюдений.

Разнообразие теорий и гипотез, рассматривающих наркоманию как «пролонгированный суицид», свидетельствуют об отсутствии единых позиций. Это можно объяснить многогранностью проявлений аутоагgressии, методическими сложностями или узконаправленностью в изучении данного явления. Следовательно, все упомянутые здесь теории и точки зрения относительно истоков и причин возникновения аутоаггрессивного поведения при наркоманиях, имеют лишь предположительный характер. Наиболее полной и разделяемой является точка зрения, рассматривающая аутоаггрессивное поведение при наркоманиях как непродуктивный механизм совладания со стрессовыми ситуациями, неконструктивную психологическую защиту.

Следовательно, можно сделать заключение о необходимости продолжения данного исследования, более детального изучения личности больных наркоманов. Это важно для понимания этиопатогенеза, клиники наркоманий, откроет новые возможности совершенствования системы лечения и реабилитации наркобольных и что самое важное – для профилактики формирования зависимостей.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИИ У ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В КАЗАХСТАНЕ

Г. А. Садвакасова, А. Г. Абеева, М. П. Пазылхаир

г. Павлодар

Актуальность изучения клинико-динамических особенностей, реабилитационных возможностей, с учётом пола, у лиц, страдающих героиновой наркоманией, определяется её высокой социальной, клинической значимостью (Бохан Н. А., Батурина Е. В., Усов М. Г.). Ряд авторов рассматривал течение героиновой наркомании в зависимости от пола (Шипилов Ю. А., 1991; Williams J. G., Smith J. P., 1993; Brent D. A., 1995; и др.). Однако в этих исследованиях проблема различных аспектов полоролевого диморфизма больных наркоманией и гносеологическое поле их рассмотрения ограничивается сравнением наркологических характеристик в рамках дилеммы «женские - мужские». В целом можно отметить, что ощущается дефицит информации о наркозависимых женщинах, сведений о прохождении ими лечения и об эффективных моделях и методиках терапии в различных политических и социально-культурных контекстах. По-прежнему существует потребность в изучении количественных и качественных аспектов эффективных методов лечения женщин, а также способов их корректировки с учётом конкретных условий различных стран (ООН, Нью-Йорк, 2005 год «Организация наркологической помощи и ухода для женщин: тематическое исследование и накопленный опыт»).

Материалы и методы исследования. Работа основана на исследовании 1759 пациентов Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) (г. Павлодар, Республика Казахстан), с ведущим диагнозом: Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Исследуемый контингент был разделён на две группы: мужчины – 1563 человек и женщины – 196 человек. Возраст пациентов имел разброс от 15 до 65 лет. Средний возраст мужчин составил $29,7 \pm 0,3$ года, средний возраст женщин – $27,7 \pm 0,8$ года ($P < 0,01$). В обеих группах преобладали лица европейских национальностей, имеющие среднее образование. Большинство из исследуемого контингента не работает и не учится, не состоит в браке, проживает совместно с родителями.

Для исследования уровня распространенности использовались данные мониторинга наркологической ситуации в Республике Казахстан (РК) и официальные статистические сборники «Наркологическая помощь населению Республики Казахстан».

Использовались клинико-психопатологический, экспериментально-психологический и статистический методы. Диагноз психических и поведенчес-

ких расстройств, вследствие употребления ПАВ выставлялся в соответствии с критериями МКБ-10. Статистико-математического анализ динамики показателей по основным параметрам данного исследования проводился программой, входящей в пакет экспертной системы ESAG.

Результаты и обсуждение. Данные, полученные в результате исследования уровня распространённости наркомании среди женщин, показывают, что среди контингента лиц, больных психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ (ПАВ), находящихся под диспансерным и консультативным наблюдением по Республике Казахстан за период с 2005 по 2008 годы женщины стабильно составляют 12%, несмотря на общее снижение распространённости наркомании. В 2007 году произошло снижение первичной наркологической заболеваемости в Республике Казахстан на 5,2%. Такая же тенденция отмечается и среди женщин, где число лиц с впервые установленным диагнозом зависимости от опиоидов снижается.

Сравнительные социально-демографические характеристики лиц, зависимых от опиоидов с учётом пола показывают преобладание младших возрастных групп у женщин: от 15 до 20 лет (соотношение 2,89:1 при $P < 0,01$); от 20 до 25 лет (соотношение 1,38:1 при $P < 0,01$). У мужчин преобладают средняя и старшая возрастная группы: от 25 до 30 лет (соотношение 1,20:1 при $P < 0,05$); от 30 до 35 лет (соотношение 1,33:1 при $P < 0,05$); от 35 до 40 лет (соотношение 1,64:1 при $P < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о том, что женщины возможно раньше, чем мужчины, подвергаются наркотизации и раньше обращаются за стационарной и реабилитационной помощью.

По этнической принадлежности среди лиц европейских национальностей женщин больше (соотношение 1,24:1 при $P < 0,01$); среди лиц азиатских национальностей преобладают мужчины (соотношение 2,11:1 при $P < 0,01$), что возможно говорит о сдерживающих этнокультуральных особенностях среди женщин, проживающих в азиатских странах. Среди наркозависимых женщин достоверно ниже уровень образования: в позиции неполное среднее образование (соотношение 1,68:1 при $P < 0,01$); тогда как среди мужчин больше лиц, имеющих высшее образование (соотношение 1,68:1 при $P < 0,01$). Эти данные указывают, что в реабилитационных программах для женщин с опиоидной зависимостью необходимо

учитывать дальнейшее образование или повышение квалификации.

По критериям профессиональной деятельности наркозависимых лиц женского пола больше, чем мужчин: в здравоохранении (соотношение 3,8:1 при $P<0,05$); в торговле и сферах бытового обслуживания (соотношение 2,57:1 при $P<0,01$). Тогда, как зависимые от наркотиков мужчины встречаются чаще в промышленности (соотношение 2,01:1 при $P<0,05$) и на транспорте (соотношение 3,23:1 при $P<0,05$).

Сравнение основных социально-психологических характеристик лиц мужского женского полов показывает, что для женщин, зависимых от наркотиков, характерно преобладание распавшегося брака либо гражданского брака: брак расторгнут (соотношение 1,65:1 при $P<0,05$); неофициальный брак (соотношение 2,94:1 при $P<0,01$); вдовец/вдова (соотношение 7,1:1 при $P<0,01$). В группе мужчин преобладает семейный статус: женат (соотношение 1,61:1 при $P<0,05$); холост (соотношение 1,30:1 при $P<0,01$). По этим данным можно сказать, что одним из факторов наркотизации для женщин является не сложившаяся семейная жизнь.

Во взаимоотношениях в родительской семье у наркозависимых девушек достаточно часто отмечаются конфликтные отношения с матерью (соотношение 2,4:1 при $P<0,05$) и с братьями (сестрами) (соотношение 3,61:1 при $P<0,05$). Мужчины достоверно чаще называют доброжелательные отношения с родными (в соотношении 1,44:1 при $P<0,01$). Кроме того, следует отметить тот факт, что в семьях зависимых от наркотиков мужчин складываются более гармоничные отношения в семье (в соотношении 1,31:1 при $P<0,05$), тогда как в группе женщин выше показатели неопределенности, равнодушия (соотношение 1,86:1 при $P<0,01$). По данным, полученным в ходе исследования, можно говорить о том, что для женщин, зависимых от наркотиков, более характерны дисгармоничные семейные отношения.

При сравнении адаптационных способностей в исследуемых группах выявлены различия по следующим критериям. Наркозависимые женщины находятся на более низком, чем мужчины, уровне материального положения (соотношение 1,31:1 при $P<0,01$). В исследуемой группе женщин выявлена отрицательная динамика уровня материальной обеспеченности за последние три года (соотношение 1,28:1 при $P<0,05$), что свидетельствует о значительных сложностях социальной адаптации данной категории лиц. У женщин наркозависимых выше частота жизненных кризисов (соотношение 1,38:1 при $P<0,05$), сложные ситуации разрешаются с большим трудом (соотношение 1,44:1 при $P<0,05$); у мужчин наркозависимых в позиции «ско-

рее легко» эти показатели выше (в соотношении 1,67:1 при $P<0,01$). Несмотря на то, что женщины, зависимые от наркотиков, реагируют на новые ситуации с большим, чем мужчины, интересом (соотношение 1,63:1 при $P<0,01$), вектор интернальности по отношению к решению жизненных проблем больше выражен у мужчин, чем у женщин (соотношение 1,43:1 при $P<0,05$).

Социально-психологические характеристики по категории «отношение к собственному здоровью» для наркозависимых женщин чаще связано с сохранением внешности (соотношение 1,48:1 при $P<0,01$), тогда как мужчины чаще указывают необходимость сохранения здоровья для профессиональной состоятельности и высоких заработков (соотношение 1,28:1 при $P<0,05$). Условия и способы достижения высоких уровней здоровья наркозависимые женщины чаще связывают с уровнем развития здравоохранения (соотношение 2,34:1 при $P<0,05$) и усилиями врачей (соотношение 2,44:1 при $P<0,05$), что свидетельствует о менее выраженной интернальности по отношению к здоровью и способам его достижения в этой группе. Для наркозависимых женщин видение здорового образа жизни определяется больше как воздержание от употребления ПАВ (в соотношении 1,12:1 при $P<0,05$), в меньшей степени - как наличие значимых жизненных целей, умение их достигать и получать от этого удовольствие; при этом гораздо реже соблюдаются все требования здорового образа жизни (в соотношении 2,37:1 при $P<0,05$), что связано с позицией внешнего локуса контроля.

Выводы. Распространенности опиоидной зависимости среди женщин, проживающих в Республике Казахстан способствует:

- принадлежность к этническим группам, где традиции не являются сдерживающим фактором к употреблению ПАВ среди женщин;
- низкий уровень образования и, как следствие, занятость в сферах широкого общения с различными слоями населения (торговля и сфера бытового обслуживания);
- дисгармоничное и дисфункциональное воспитание в родительской семье, где нет понимания больше со стороны матери, чем отца, и отношение к проблеме зависимости не встречает сочувствия;
- конфликтные (неудачные) отношения в собственной семье, совместное проживание с зависимыми от наркотиков членами семьи;
- присоединение дополнительных сложностей в социальной и психологической адаптации;
- несформированное отношение к собственному здоровью и адекватному образу жизни, и как следствие отсутствие внутреннего локуса контроля (интернальности) у женщин.

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

РОДИТЕЛЬСКАЯ МОТИВАЦИЯ И СУПРУЖЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ

Н. М. Лаврова, В. В. Лавров

г. Санкт-Петербург, Россия

Несмотря на неэффективность используемых мер социального и экономического характера [12], именно они продолжают занимать главное место в поиске способов повышения рождаемости, в то время как естественные личностные факторы остаются вне поля зрения. Эти факторы, как показывает история, способны обеспечивать скачкообразный рост населения после катастроф, и логично предполагать, что их современная деактивация обусловлена ошибками воспитания и неадаптивными психологическими установками. Психотерапия располагает разного рода методиками, помогающими преодолевать неадаптивность поведения. В частности, в семейной терапии есть методы парадоксального типа. Имеется в виду, что разрушительные директивы и воздействия «стрессорного треугольника» мобилизуют семью на решение возникших проблем после того, как члены семьи консолидируют свои усилия [6, 8]. Вполне вероятно, что включение эндогенных личностных факторов и родительской мотивации будет содействовать выходу из кризисного демографического положения.

Родительская мотивация, как и любая другая поведенческая мотивация, отражает готовность действовать для удовлетворения актуальной потребности, как материального, так и нематериального плана [1, 4, 7, 9, 15]. Если рассматривать родительскую мотивацию в связи с потребностью продолжения рода, то не вызывает сомнений, что в настоящее время, как и прежде, родительская мотивация не может не доминировать в поведении здорового человека, поскольку нет оснований предполагать, что потребность продолжения рода подвержена угашению. Поэтому можно считать, что обострение демографических проблем обусловлено не закономерным современным падением родительской мотивации, а недостатками ее воспитания. Нельзя не согласиться с авторами [10, 13], что дефекты воспитания сказываются, прежде всего, на формировании комплекса родительских свойств человека. Но здесь важно отметить, что воспитание не равнозначно обучению, что родительские свойства, как и другие личностные качества, невозможно формировать на основе внешних директив. Воспитание, то есть, личностное развитие, продолжающееся в течение всей жизни человека, представляет собой генетически заданный процесс, обусловленный, но не контролируемый со стороны биологических, психоэмоциональных и соци-

альных факторов. В процессе воспитания формируются поведенческие стратегии, они разделяются по степени приоритетности и актуальности. Доминантные и ведущие стратегии задают не только особенности поведения, но качества личности, как это показали авторы методов транзактного анализа [3] и копинг-стратегий [14]. Данное выше определение приводит в порядок причинно-следственные связи элементов воспитания. Эндогенность означает, что развитие личности основывается на передаваемых по наследству поведенческих программах, закрепленных генетически. Внешняя среда играет роль фильтра и корректора, направляющего реализацию этих программ. Предположение о том, что в процессе воспитания вначале происходит целенаправленное формирование нравственных качеств личности, и тем самым создаются предпосылки для последующего нравственного поведения, входит в противоречие с реальной последовательностью событий. В действительности вначале происходит формирование и выбор стратегий поведения. В процессе апробации собственных стратегий, а также вследствие усвоения указаний наставника завершается отбор поведенческих доминант, и только затем в результате повторений (то есть, своеобразного тренинга) выстраиваются качества личности, отмечаются жизненные ориентиры и конструируется шкала жизненных ценностей. В соответствии с вышесказанным, становится понятной та значимость, которой обладает проблема поведенческих стратегий в связи с родительской функцией и формированием родительской мотивации.

Следующий вопрос в проблеме воспитания родительской мотивации касается роли семьи. Согласно общепризнанному мнению, влияние семейного микросоциума преобладает в воспитании как нравственного, так и асоциального поведения [10, 13]. Можно предположить, что воспитание родительской мотивации испытывает позитивные и негативные влияния семьи. Поэтому важно выяснить, как изменение качества семьи связано с уровнем родительской мотивации.

Цель данной работы заключалась в выяснении приоритетных поведенческих стратегий, оказывающих позитивное и негативное воздействие на выраженную родительскую мотивацию, а также в анализе влияния качества семьи на родительскую мотивацию супружеского.

Методика

В исследованиях, проводимых в рамках договоров о творческом сотрудничестве между Институтом физиологии им. И. П. Павлова, а также Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академией и центрами психологической консультации «Альянс» и «Synergia», участвовали 212 супружеских пар в возрасте от 25 до 45 лет. Никто не имел нарушений детородной функции и не выражал жалоб на соматическое и психическое здоровье. В качестве респондентов выступали клиенты, обратившиеся за консультативной помощью в связи с семейными проблемами, участники образовательных проектов и те испытуемые, которые привлекались для участия в экспериментах по изучению зрительной функции и способности принимать решения в условиях недостатка полезной информации. Такой состав позволял наблюдать широкий спектр семей от тех, которые не имели острых проблем, до кризисных семей.

Для оценки качества семейных отношений использовали тест функционального ресурса семьи [6]. Отвечая на 11 вопросов теста, респонденты набирали от 0 до 8 баллов за каждый ответ, который характеризовал качество семьи. Тест позволял получить оценку в рамках 5 градаций и в суммарном балльном показателе. В табл. 1 представлен ключ к оценке качества семейных отношений по результатам опроса.

Выяснение доминантных и ведущих поведенческих стратегий, используемых супружескими парами, производили с помощью методики анализа функциональных и дисфункциональных стратегий поведения [5]. Выделено четыре категории стратегий: первая – восприятие стрессора, включала стратегии 1 и 2 (см. табл. 2), вторая – отношения в микросоциуме, стратегии 3 и 4, третья – эмоциональность восприятия жизненной ситуации, стратегии 5 и 6, четвертая – отношение к возникшим проблемам, стратегии 7 и 8.

Таблица 1

Анализ состояния семейной системы по данным теста функционального ресурса семьи

Сумма набранных баллов и оценка качества семейных отношений				
Сумма 88 – 72	Сумма 71 – 55	Сумма 54 – 37	Сумма 36 – 19	Сумма 18 – 0
Оценка: высоко положительная	Оценка: средне положительная	Оценка: низко положительная	Оценка: слабо отрицательная	Оценка: высоко отрицательная

Таблица 2

Ключ к анализу поведения по данным оценки функциональных и дисфункциональных поведенческих стратегий

Параметры стратегий	
Доминантная:	Ведущая:
Имеет наибольшую сумму баллов	Набирает не менее 4 баллов, при этом уступает доминантной по сумме баллов
Характеристика стратегий	
Функциональные:	Дисфункциональные:
1. «Психологическая защита» от стрессора (символ «черепаха») 3. Подчинение требованиям жизненной ситуации (символ «заяц») 5. Оптимизм во всех ситуациях, включая неопределенные (символ «лягушка») 7. Целеустремленность в разрешении возникших проблем (символ «дятел»)	2. Невосприятие стрессора (символ «страус») 4. Противостояние микросоциальному окружению (символ «петух») 6. Подготовка к наихудшему варианту событий (символ «верблюд») 8. Пересылка собственных негативных эмоций другим людям (символ «пиявка»)

Для оценки родительской мотивации проводили стандартизированное интервью, в основе находился опросник. Каждый из пяти вопросов, входивших в состав опросника, имел 4 варианта ответов,

баллы назначались в зависимости от выбранного варианта. Мнения респондентов выясняли в процессе стандартизированного интервью. Ниже в табл. 3 приведена структура опросника.

Таблица 3

Опросник для измерения родительской мотивации

Вопросы	Ответы и начисленные баллы				
	Ответ	0	1	2	≥ 3
1. Наличие собственных детей	Баллы	0	20	30	40
	Ответ	0	$\approx 0,25$	$\approx 0,50$	$\geq 0,75$
2. Вероятность рождения ребенка в будущем	Баллы	0	1	5	10
	Ответ	0	1	2	≥ 3
3. Одобрение количества детей в нормативной семье	Баллы	0	1	5	10
	Ответ	1	2	3	4
4. Характер отношения родителей к своим детям:	Баллы	0	1	5	10
5. Особенности сексуальных ассоциаций:	Ответ	1	2	3	4
	Баллы	0	1	5	10

Сумма набранных баллов отражала родительскую мотивацию. Минимально – 0 баллов, максимально – 80 баллов. Уровень высокой родительской мотивации – больше 40 баллов, низкая мотивация – меньше 20 баллов, средняя мотивация – от 20 до 40 баллов.

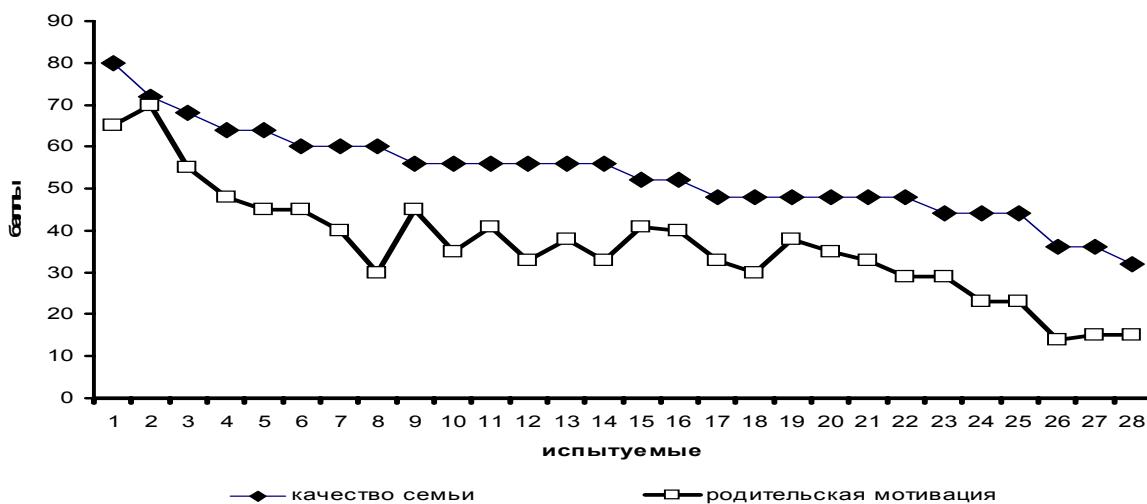
Результаты исследования

В результате измерения родительской мотивации у 212 супружеских пар было выявлено 35 респондентов, что составляло 17% от всей выборки, с высоким уровнем родительской мотивации (более 40 баллов) и 47 респондентов (22% от всей выборки) с низким уровнем мотивации (менее 20 баллов), у остальных 130 (61%) мотивация поддерживалась на среднем уровне. Минимальный уровень родительской мотивации, набрав 0 баллов, продемонстрировала женщина 32 лет. Она 3 года состояла в повторном браке, полагала, что брак – это формальность, которая для нее ничего не значит, и что главное в супружеских отношениях – это качественные сексуальные отношения, которые следуют «обогащать» с помощью психологических и физиологических способов, позволяющих обострять сексуальные ощущения. Было высказано убеждение, что рождение ребенка препятствует карьерному росту и ухудшает качество жизни родителей. Респондент предполагала, что государство обязано обеспечить

материальное благополучие ребенка и матери в полной мере, превратив родительство в дело, «выгодное» в экономическом плане. Наибольшее количество 70 баллов набрал мужчина 42 лет, отец 5 детей, не предполагавший рождения еще одного ребенка, считавший, что чем больше детей, тем семья прочнее, и находившийся в уверенности, что и он, и его дети соблюдают традиции, передающиеся в семье от поколения к поколению. Он не сомневался в том, что на нем лежит ответственность за детей в настоящее время и в будущем. Его сексуальное чувство находилось в прочной ассоциации с мыслями о зачатии ребенка.

На рис. 1 демонстрируется соотношение между уровнем родительской мотивации и качеством семейных отношений, отмеченных в результате тестирования участников образовательного проекта. Коэффициент корреляции по группе образовательного проекта составил 0,92. В целом по всей выборке, включавшей 212 респондентов, степень соответствия уменьшилась, но осталась в пределах достоверности, коэффициент корреляции равнялся 0,87.

В результате интервью выяснили, что уровень семейной гармоничности прямо соответствует не только готовности семейной системы к воспроизведству, но и степени поддержки, оказываемой детям в семье. Чем выше был этот уровень, тем силь-



По горизонтали – номера участников в соответствии с качеством их семейных отношений; по вертикали – выраженность показателей в баллах

Рисунок 1. Соотношение качества семейных отношений и уровня родительской мотивации супружей по данным интервью участников образовательного проекта в 2006 г.

нее убежденность родителей в том, что они вместе с детьми составляют целостную семейную систему, и все вместе находятся континууме развития рода. И наоборот, чем ниже уровень гармоничности, тем сильнее разобщенность семьи и тем активнее выстраивается психологическая защита от родительства. В частности, выстраивается критика многодетной матери, которая рассматривается как человек, попавший под чрезмерное влияние биологических факторов. И кроме того, обращается внимание на подавление человеческих свобод из-за родительства, поскольку якобы приходится изменять личностным принципам и впадать в зависимость от многих людей (супруга, родителей супруга, медиков, педагогов, общественных организаций и т.д.).

В дальнейшем исследовании тестировали испытуемых для выявления тех преобладающих стратегий, которыми они пользуются в своем поведении. Если у супружей со средней степенью родительской мотивации не удалось проследить тенденцию выбора поведенческой стратегии, то у респондентов (также состоявших в браке) выявили такую тенденцию. Диаграммы на рис. 2 иллюстрируют соотношение между выраженностью стратегий, которыми руководствовались супружеские пары с высоким уровнем родительской мотивации (а) и с низким (б).

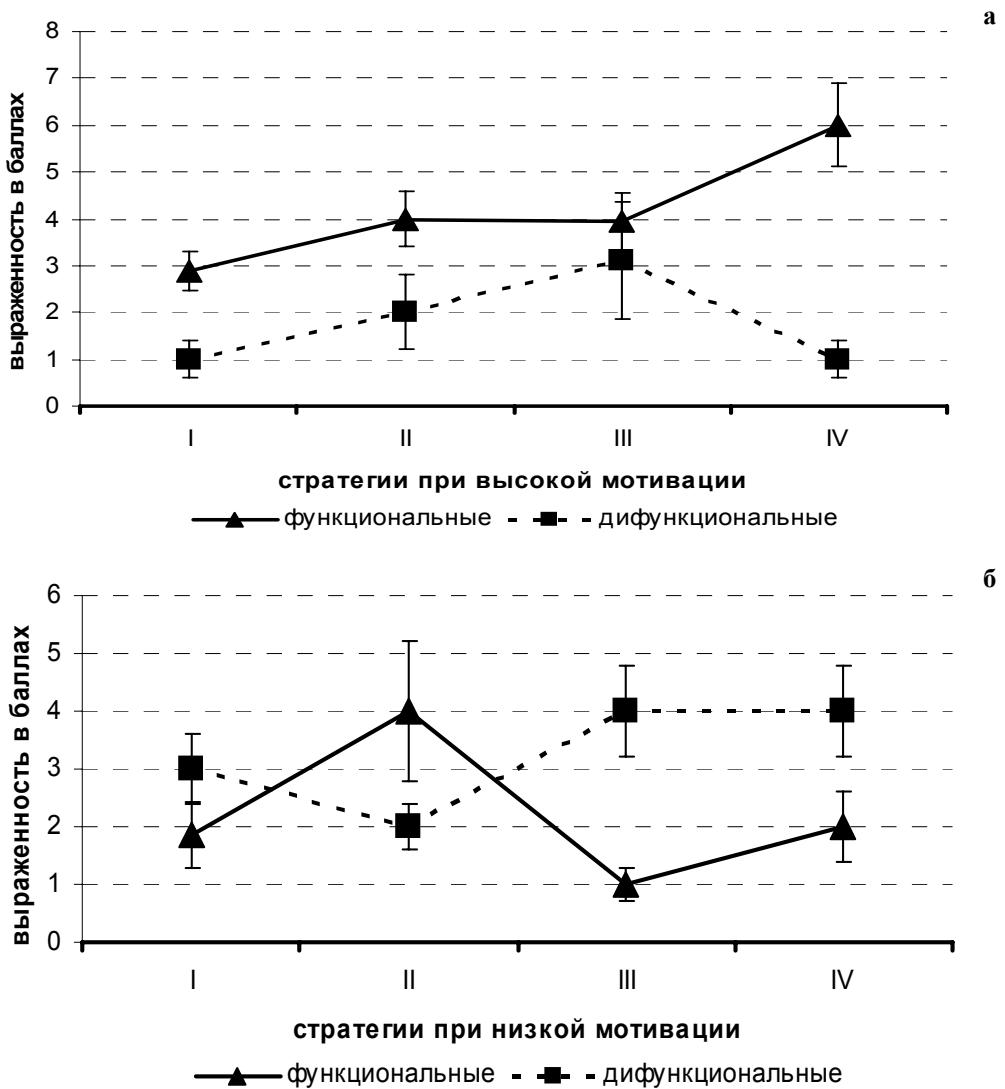
Во-первых, видно, что люди с высокой мотивацией неизменно выражали предпочтение функциональным стратегиям поведения (см. табл. 2). На диаграмме «а», отображающей данные респондентов с высокой мотивацией, график функциональных стратегий лежит выше дисфункционального и только в одном месте, касающемся третьей группы стратегий (оптимизма-пессимизма) отмечено сближение данных. Во-вторых, для высокой моти-

вации характерно расхождение стратегий четвертой группы. Именно функциональная стратегия целеустремленности в разрешении проблем пре-восходила дисфункциональную – пересылки окружению собственных проблем с негативной эмоциональной окраской. Супружеская мотивация не всегда отдавали предпочтение какому-то одному типу стратегий. На диаграмме «б» видно, что во второй группе стратегий супружеские пары предпочитали функциональную, предусматривающую подчинение поведения жизненным обстоятельствам, а не противостояние окружению. Однако предпочтение отдавалось дисфункциональным стратегиям – подготовке к неблагоприятному повороту жизненных событий и пересылке своих проблем окружению.

Таким образом, выявленное распределение стратегий позволяло выяснить причины, почему у супружеских пар различались стратегии. Одни, основываясь на решимости преодолевать жизненные проблемы, воспитывали у себя высокую родительскую мотивацию, а другие с ожиданиями будущих трудностей и стремлением переложить на других свои проблемы, утверждались в отрицательном отношении к родительству.

Обсуждение результатов

В результате проведенных наблюдений была отмечена положительная достоверная корреляция качества семейных отношений и уровня родительской мотивации. Наличие такой корреляции может объясняться двояко. Во-первых, возможно считать, что корреляция обусловлена тем, что повышение родительской мотивации гармонизировало семью. Во-вторых, можно полагать, что, наоборот, благодаря гармоничным семейным отношениям стиму-



По горизонтали римскими цифрами обозначены категории сочетанных функциональных и дисфункциональных поведенческих стратегий согласно табл. 2: I – восприятие стрессора, стратегии №1 и №2, II – отношения в микросоциуме, стратегии №3 и №4, III – эмоциональность восприятия жизненной ситуации, стратегии №5 и №6, IV – отношение к возникшим проблемам, стратегии №7 и №8; по вертикали – выраженность стратегии в баллах. Отмечена дисперсия выраженности стратегии.

Рисунок 2. Выраженность функциональных и дисфункциональных поведенческих стратегий у супругов с высоким уровнем родительской мотивации (а) и с низким уровнем (б).

лировалась родительская мотивация. Второе объяснение причины корреляции согласуется с положениями системологии, которая установила, что повышение функционального потенциала системы и, в частности, семейной системы сопровождается активизацией развития [1, 4, 6]. Поэтому можно признать, что повышение гармоничности семейного состояния не только обеспечивало рост функционального ресурса и способности семьи решать возникающие проблемы, но и стимулировало ее развитие и воспроизведение. То есть, вполне вероятно, что в перспективе улучшение качества семьи будет способствовать преодолению депопуляции. Представление о том, что увеличение обществен-

ного внимания к семье и повышение ее качества способствует разрешению демографической проблемы, не имеет противников, за исключением тех, кто не видит позитивной перспективы института семьи. Проведенное исследование вносит дополнительные аргументы в пользу семьи и расширяет понимание семейной роли в качестве стимула становления и мобилизации родительской мотивации.

Задача данного исследования заключалась в рассмотрении особенностей формирования родительской мотивации в системе личностных качеств. Поэтому вопрос о том, как воздействовать на становление родительской мотивации, сопряжен с глобальной проблемой воспитания. Понимание прин-

ципов становления личности связывают с одной стороны с воздействием внешней среды, а с другой – с реализацией наследственно заданных свойств и программ поведения [1, 3, 9, 11]. Абсолютизация любой из сторон приводит к ошибочному представлению. Например, абсолютизация биологического фактора и обусловленное механистической парадигмой предположение, что выполнение каждой поведенческой функции обеспечивается включением специфической нервной структуры, ответственной за эту функцию, входит в противоречие с принципами мозговой синергетичности и теории функциональных систем [1]. При этом выглядит бесперспективной попытка искать причины развития родительской мотивации в специфике мозговой структуры, а не в особенностях выбора, совершаемого человеком при определении поведенческих ориентиров.

Во введении дается определение, согласующее эндогенные и экзогенные стороны воспитания, и позволяющее объяснять становление родительской мотивации, не концентрируя внимание на гендерных различиях супружества. Поиск особенностей материнского и отцовского отношения к ребенку, исходя из умозрительных предположений, искусственно разделяет родителей по ролям. Понятно, что мать раньше, чем отец, «изнутри» воспринимает сигналы своего ребенка и может опережать отца в перестройке своих стратегий поведения в предвидении родительства. Но и у матери и у отца, который позже матери поступает подобным образом (то есть перестраивает свое поведение), отмечается многообразие и совпадение отношений к ребенку. По всей видимости, рассмотрение вопроса о распределении функций между родителями правильнее связывать не только с их половой принадлежностью, и в большей степени – с особенностями воспитания. Дело в том, что формирование стереотипов поведения, как сексуального, так и не связанного с сексом, происходит в процессе воспитания [16].

Гипотеза о наследственном распределении ролей отца и матери не подтверждается многообразием реальных наблюдений, когда отцы выполняют те функции, которые, согласно гипотезе, принадлежат матери. Вряд ли справедливо предположение, что якобы материнская любовь к ребенку безусловна, то есть, наследственно задана, в то время как отцовская любовь обусловлена тем, насколько оправдывает ребенок его ожидания [11]. В контексте родительской общности уместно отметить, что и отец и мать одинаково рассчитывают на «вознаграждение» и в равной степени переживают «разочарование», когда сталкиваются с неоправданными ожиданиями. Расчет родителей на вознаграждение, как и расчет на то, что можно решить демографическую проблему посредством экономических мер, не оправдывается. Выполнение функ-

ций родителя от момента рождения ребенка до его становления в качестве зрелого человека сопряжено с такими физическими, интеллектуальными и эмоциональными родительскими затратами, которые не поддаются полномасштабной материальной оценке. Невозможно вполне оправдать ожидания человека, который принимает решение стать родителем, полагаясь на материальное вознаграждение со стороны общества. Те люди, которые рассчитывают на эмоциональное вознаграждение, прогнозируя благодарность детей и общества, также сталкиваются с неосуществленными ожиданиями. Если употребить метафору, то можно сказать, что общество, пытаясь стимулировать рождаемость, не имеет в руках действенной приманки, чтобы завлекать человека в родительскую ловушку.

Исследователи, которые обращаются к интеллекту женщин и стремятся выяснить доводы логически взвешенного решения иметь ребенка, как например [2], упускают из вида ряд обстоятельств. Во-первых, количество детей, рожденных в соответствии с заранее созданным планом, невелико, составляет порядка 10% от всех завершенных беременностей, соответственно, не велика эффективность обращения к интеллекту будущих родителей. Если бы удалось повысить процент запланированных беременностей, только тогда можно было бы рассчитывать на успех мероприятий по внедрению методов планирования семьи. Во-вторых, обращение к интеллекту для самоанализа поступков, имеющих эмоциональные предпосылки, чревато ошибками, потому что человек не способен объективно анализировать свои чувства. Именно женщины, вследствие возрастных и циклических колебаний своего эмоционального состояния неоднозначно оценивают события своей жизни по мере изменения настроений. В-третьих, авторы не учитывают семейной системности. Дело в том, что поведение матери обусловлено не только ее собственными отношениями с отцом и другими представителями семьи, но и целостным состоянием семьи. Исследование гендерных особенностей родителей, выделение диады матери-ребенок, изучение проблемы прародительства теряют свою значимость в отрыве от представлений о системности семьи.

В современных условиях, когда главным надежным стимулом для вступления в роль родителя остается родительская мотивация, исследование, направленное на поиск способов решения катастрофически обострившейся демографической проблемы, концентрируется на факторах мобилизации этой мотивации. Выделяются биологические, психоэмоциональные и социальные факторы. К первым относятся те нормы поведения, которые наследственно запрограммированы и отражают главную человеческую потребность продолжения рода. Ко вторым принадлежат установки, которые формируются сознательно и подсознательно в связи со шка-

лой жизненных ценностей и пониманием, что полноценная личность не может реализоваться вне родительской функции. Среди внешних обстоятельств, определяющих родительскую мотивацию, на первый план выступают социальные факторы, макросоциальные и микросоциальные. К последним принадлежит семейные отношения. В литературе расширяется круг освещаемых семейных проблем, так, например, растет количество публикаций по проблемам отцовства и прародительства. Вполне вероятно, что со временем исследователи придут к изучению системного семейного фактора, влияющего на воспитание и выбор поведенческой стратегии, определяющей формирование личностных качеств и родительской мотивации. Полученные в данном исследовании сведения указывают на связь родительской мотивации и ведущих стратегий поведения. Можно полагать, что доминанта функциональной стратегии поведения, направленного на разрешение жизненных проблем, способствует росту родительской мотивации. Выше обращалось внимание на то, что формирование этой доминанты происходит в процессе отбора и апробации различных стратегий поведения, а не в ответ на указания. При навязывании представлений извне провоцируется отторжение, поскольку информация поступает в виде директив, критики и требований выполнения долга, создавая систему «стрессорного треугольника» [6]. Так что трудно ожидать, что усиление навязчивой пропаганды и призывов способно вызвать надежный эффект роста родительской мотивации. Как уже отмечено во введении, воспитание представляет собой эндогенный процесс, на ход которого внешняя среда влияет опосредованно через интеллект и эмоциональную сферу человека. Респонденты предлагали терминологию для определения влияний. В процессе стандартизированного интервью, посвященного выяснению родительской мотивации, респонденты использовали термин «родительское чувство», когда оценивали переживания, связанные с родительством, «родительский инстинкт» – когда речь шла о потребности продолжения рода, а также «родительская компетентность» – когда анализировали гармоничность своих эмоциональных отношений с ребенком. Тот факт, что по мере гармонизации стиля детско-родительских отношений повышается качество воспитания [10, 13], по всей видимости, означает, что в гармоничных условиях облегчается отработка функциональных стратегий поведения.

В проведенном исследовании учитывали данные опроса только тех респондентов, которые сохраняли в полной мере детородную функцию (здоровые люди в возрасте 25–45 лет) и состояли в браке. Последнее требование, ограничивающее число респондентов, было обусловлено созданием однородной группы испытуемых и было связано с целью работы – выяснении влияния семейных от-

ношений. Обращение к людям, не состоящим в браке, существенно усложнило бы экспериментальную задачу.

Для того чтобы выяснить потенциал наличной родительской мотивации, и измерить ее, использовали ряд критериев, позволяющих выявить готовность к рождению детей и потенциальную способность воспитывать достойных детей. Здесь необходимо отметить, что реализация готовности к рождению ребенка, то есть, реализация актуальной мотивации, может сдерживаться негативными обстоятельствами физиологического и психологического плана. Если обращать внимание на эти обстоятельства и вводить поправки с их учетом, то изменение мотивации будет чрезмерно сложным. Предполагается, что объединение количественной (отношение к многодетности) и качественной (эмоциональная окраска секса, уровень родительской компетентности) составляющих в целостном показателе родительской мотивации, позволяет использовать этот показатель для оценки готовности супружеских пар создать многодетную семью, способную обеспечить всестороннее развитие детей.

Заключение

Таким образом, благодаря полученным данным, можно полагать, что воспитание и становление родительской мотивации связано с выбором функциональных стратегий поведения. Целеустремленность в разрешении жизненных проблем является наиболее эффективной стратегией, связанной с повышением родительской мотивации. Поведенческие стратегии пересыпки собственных проблем с негативной эмоциональной окраской и подготовки к неблагоприятному повороту событий вызывают снижение родительской мотивации. Проведенные наблюдения показали, что мобилизация и реализация родительской мотивации закономерно обусловлена состоянием семейных отношений.

Рассмотрение родительской мотивации в виде специфической личностной особенности, выступающей в роли главного внутреннего стимула родительской функции, не только не препятствует, но и открывает дополнительные возможности для выявления внешних стимулов, позитивно и негативно действующих на родительство. Предложенная методика оценки уровня родительской мотивации может служить инструментом исследований, направленных на установление спектра внешних стимулов родительства. Как предполагается, исследования помогут понять системность явлений в детско-родительских отношениях без преувеличения роли гендерных различий супружеских пар в ущерб изучению системных отношений членов семейного микросоциума. Кроме того, будет объективно проанализировано значение экономических и социальных факторов для становления родительской мотивации.

Литература:

1. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональной системы. – М.: Наука. 1980. 360 с.
2. Балабанов С.С., Наук Б., Саралиева З.Х.-М. Типология мотивов иметь или не иметь детей// Социологические исследования, 2009, № 3, С. 129-136.
3. Берн Э. Психология человеческих взаимоотношений. Психология человеческой судьбы. – М.: Прогресс. 1988. 400 с.
4. Лавров В.В. Мозг и психика. – СПб: Изд-во ГПУ, 1996. 156 с.
5. Лаврова Н.М., Лавров В.В. Поведенческие стратегии членов семей с высоким, средним и низким функциональным ресурсом // Психотерапия 2007. №12. С. 18-22.
6. Лаврова Н.М., Лавров В.В. Семейная терапия: от простого к сложному. – СПб: Bridge. 2009. 79 с.
7. Леонтьев В.Г. Принципы исследования мотивации// Сибирский педагогический журнал, 2005. № 1 С. 117-122
8. Палаццоли С., Босколо Л., Чеккин Д., Прата Д. «Парадокс и контрпарадокс». М.: Когито-центр. 2002. 204 с.
9. Симонов П.В. Мотивированный мозг. – М.: Наука. 1987. 269 с.
10. Филиппова Г.Г. Психология материнства. Учебное пособие. М.: Изд-во института психотерапии, 2002. 240 с.
11. Фром Э. Психоанализ и этика. – М.: ACT. 1998. 568 с.
12. Хомченко Ю. Демографический кризис// ИД Время. 2009. №72. 27.04.2009 <http://www.vremya.ru/print/227949.html>
13. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкус В. Психология и психотерапия семьи. – СПб: Питер, 1999. – 167 с.
14. Amirkhan J.H. A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator// Journal of Personality and Social Psychology. 1990. V 59. P. 1066-1074
15. Desi E.L., Ryan R.M. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. – N.Y., London: Plenum Press, 1986. 140 p.
16. Schenk J., Pfrang H., Rausche A. Personality traits versus the quality of marital relationship as the determination of marital sexuality. – Arch. Sex. Behav., 1983, V. 12, P. 31-42.

ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (на примере ГУ «Павлодарский специализированный дом для психохронников»)

М. М. Салимбаева

г. Павлодар

Государственное учреждение «Павлодарский специализированный дом для психохронников» - единственное в Павлодарской области учреждение, предназначенное для постоянного проживания больных, страдающих психическими заболеваниями. Деятельность учреждения регламентирована Уставом, согласно которому основными задачами являются:

- материально-бытовое обеспечение инвалидов, создание для них благоприятных условий жизни, приближённых к домашним;
- предоставление социальных и медицинских услуг в соответствии с государственными стандартами социального обслуживания и реабилитации.

ГУ «Павлодарский специализированный дом для психохронников» реорганизован в 1972 году из интерната общего типа, сначала для проживания 400 человек. В 2001 году, в связи с открытием нового корпуса, были приняты в учреждение ещё 100 человек.

В настоящее время в доме психохронников проживают 500 опекаемых лиц, все инвалиды 1 и 2 групп по психическому заболеванию, утратившие родственные связи, социально дезадаптированные, нуждающиеся в социальной и медицинской помощи.

Основной нозологический состав лиц, проживающих в ПСДП, на сегодняшний день составляет:

- шизофрения - 264 человека;
- олигофрения - 165 человек;
- эпилепсия - 41 человек;
- другие психические заболевания - 30 человек.

Размещение опекаемых лиц по корпусам и комнатам производится с учётом:

- возраста;
- состояния здоровья;
- их характерологических особенностей;
- по возможности в соответствии с их личным желанием.

В учреждении отдельно для каждого корпуса разработан режим и распорядок дня, в котором определяется время подъёма, проведение санитарно-гигиенических мероприятий, лечебных процедур, приёма пищи, прогулок и культурных мероприятий.

Все опекаемые лица расквартированы в пяти корпусах общей жилой площадью 1927,3 квадратных метра. Под спальные комнаты отведены хоро-

шо проветриваемые, тёплые, сухие, светлые помещения. Имеются комнаты дневного пребывания с телевизором, библиотекой, настольными играми.

Медицинское обслуживание в учреждении организовано с учётом профиля, контингента проживающих и количества коек. Исходя из того, что, в дом - интернат поступают больные на поздних стадиях течения заболевания с расстройством психических функций, преимущественно в форме деменции, выраженным эмоционально-волевыми расстройствами, нарушениями целенаправленной деятельности и активности, хронической сопутствующей патологией, то организация медицинского обслуживания проживающих лиц направлена на обеспечение единства медицинских, трудотерапевтических и социальных воздействий, на выявление сопутствующих заболеваний на ранних стадиях, своевременное предупреждение обострений основного заболевания и сопутствующих соматических заболеваний, обеспечение динамического наблюдения за состоянием здоровья опекаемых. Проживающие в доме психохронников лица находятся под постоянным медицинским наблюдением врачей-терапевтов и по показаниям получают активное и профилактическое лечение. В условиях интерната оказывается первичная медико-санитарная помощь, доврачебная медицинская помощь, скорая и неотложная помощь, амбулаторно - поликлиническая помощь по специальностям: терапия, психиатрия, фтизиатрия, акушерство и гинекология, стоматология. Все опекаемые получают поддерживающее лечение по основному заболеванию, по показаниям переводятся на стационарное лечение в ОПНД. Для выполнения врачебных назначений и лечебных процедур в каждом корпусе развернут медицинский пост с процедурным кабинетом. Также в интернате функционируют стоматологический кабинет, смотровой гинекологический кабинет, перевязочный кабинет. Все медицинские кабинеты оснащены необходимым оборудованием и медицинским инструментарием, предусмотренное табелем медицинского оборудования и медикаментами для оказания необходимой медицинской помощи. Для удобства работы медицинского персонала на всех медицинских постах разработаны алгоритмы оказания экстренной медицинской помощи, подготовки больных к различным исследованиям, схема сбора и хранения медицинских отходов.

Больные, нуждающиеся в срочном хирургическом вмешательстве при хирургической и гинекологической патологии, а также инфекционные больные, направляются в профильные отделения лечебных учреждений города Павлодара. Лечение глазных, отоларингологических заболеваний по назначению соответствующих специалистов проводится в областной клинической больнице. Консультации других специалистов и необходимые обследования больных проводятся в районной поликлинике, в областной клинической больнице, в областном диагностическом центре. Для профилактики туберкулёза опекаемые учреждения проходят ежегодное флюорографическое обследование по плану, утверждённому территориальным органом санэпиднадзора, в Павлодарской районной поликлинике.

Таким образом, медицинское обслуживание в данном учреждении организовано с учётом наличия психического заболевания у опекаемых лиц, которое часто является противопоказанием для госпитализации и лечения таких больных в общей лечебной сети. Для этого в интернате работают врачи тех специальностей, которые наиболее необходимы в данном учреждении. Поддерживающее лечение основного заболевания, лечение обострений хронической соматической патологии у опекаемых лиц проводится в интернате под наблюдением обу-

ченного среднего и младшего медицинского персонала. При госпитализации наших опекаемых в лечебно-профилактические учреждения с острой хирургической патологией, на время нахождения опекаемого в больнице, интернат выделяет сотрудников для обеспечения индивидуального поста.

На сегодняшний день одной из главных проблем в учреждении является скученность проживающих, т.е. вместо положенных по санитарным нормам 7 квадратных метров на одного проживающего, на каждого нашего опекаемого приходится 3,8 квадратных метра. По этой же причине в учреждении нет спортивного и актового залов для организации культурного досуга и приобщения опекаемых лиц к спорту, нет мастерских для проведения профессиональной реабилитации проживающих. В штатном нормативе учреждения не заложены единицы психологов, воспитателей, библиотекаря, не достаточно единиц инструкторов по труду. В целях социальной и трудовой реабилитации опекаемые лица привлекаются к организации праздничных концертов, к работе на приусадебном участке и в подсобном хозяйстве.

Несмотря на имеющиеся трудности, в учреждении с каждым годом улучшается материально-техническая база, повышается качество медицинского и социального обслуживания опекаемых лиц.

ОСОБЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО И СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

О. Г. Юсопов, Ж. К. Мусабекова

Актуальность исследования

Особенностью формирования зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) в наше время является изменение основных мотивов потребления наркотиков и динамика данного процесса (Иванец Н. Н. и соавт., 1997 - 2000). Общим мотивом для всех поражаемых групп стало изменение настроения (поиск эйфории) и сознания (уход от реальности). Именно это является главным в процессе приобщения к потреблению наркотиков (Курек Н. С., 1996). С 60-х годов прошлого столетия резко изменились причины и динамика наркотизации в обществе. Происходит своеобразная смена «эпидемий» - переход от традиционного потребления к так называемой молодежной культуре потребления (Романова О. Л., 1993; Романова О. Л., Швецова О. В., 1993). Эпидемиологические исследования в различных странах мира показали, что распространение наркомании происходит, прежде всего, за счёт лиц подростково - юношеского возраста

(Baselga E., 1972; Fejer D., Smart R. G., 1973; Bernstein K., 1982; Kandel D. B., 1983; Jensen B. B., 1993). В этой связи изучение системы отношений к наркотическим веществам среди данной возрастной группы населения является неотъемлемой частью любых профилактических программ, направленных на сдерживание роста распространения потребления психоактивных веществ, а также является необходимым фрагментом при планировании и внедрении программ первичной профилактики в стране (Арефьев А. Л., 2002).

В настоящей статье представлены предварительные данные исследования отношения к ПАВ среди детей младшего и старшего школьного возраста, которое было инициировано РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании». Исследование проводилось с помощью специально разработанного опросника, который включал в себя следующие разделы: демографические сведения, первые

пробы веществ, возраст первой пробы, условия приобщения к потреблению ПАВ, мотивы потребления, частота потребления, признаки проблемного и зависимого поведения, ассоциации, связанные с потреблением веществ, источники информации и потребности в дополнительной информации о влиянии ПАВ на организм человека, скрининг уровня психологического здоровья, а также социальные особенности.

Дизайн исследования

Целью исследования является определение системы отношений к психоактивным веществам (ПАВ) среди учащихся в возрасте 10 - 17 лет городских общеобразовательных школ. Далее представлены основные задачи, решаемые в ходе изучения:

- 1) определение возрастных особенностей отношения к наркотическим веществам;
- 2) определение различий среди полов в отношении к наркотическим веществам;
- 3) определение условий приобщения к наркотическим веществам;
- 4) определение основных мотивов потребления наркотических веществ;
- 5) определение распространенности проблемного потребления наркотических веществ среди различных групп;
- 6) определение основных источников информации о наркотических веществах и отношение к этим источникам;
- 7) выявление корреляции между отношением к наркотическим веществам и уровнем психологического здоровья;
- 8) выявление корреляции между отношением к наркотическим веществам и социальным статусом.

Настоящее исследование является неэкспериментальным, обсервационным, кросссекционным, где также используется сравнение внутри групп на основе выбранных критериев. В качестве мер, направленных на минимизацию/исключение субъективности и для повышения статистической значимости, использовалась рандомизация исследуемой группы с помощью метода описанного Н. А. Kahn, С. Т. Sempos (1989). Случайным образом отобраны школы в городах Уральск, Караганда, Павлодар, Усть-Каменогорск. В отобранных школах классы прошли сплошное исследование. Во время проведения исследования за каждым участником оставалось право не принимать участие в исследовании или не отвечать на определённые вопросы, и исследование носило полностью анонимный характер.

В настоящей статье представлены предварительные результаты исследования, в котором согла-

сились принять участие 238 человек, являющиеся учащимися городских школ, в возрасте от 9 до 18 лет города Павлодара. Исследуемые группы распределились следующим образом:

- группа 1 (n=160) – учащиеся, которые указали, что когда-либо пробовали или употребляют любое из психоактивных веществ (табак, алкоголь, наркотические и токсические вещества);
- группа 2 (n=78) - учащиеся, которые указали, что никогда не пробовали и не употребляют любое из психоактивных веществ (табак, алкоголь, наркотические и токсические вещества);
- группа 3 (n=238) – все учащиеся, принявшие участие в исследовании.

Предварительные результаты исследования

Распределение всей выборки учащихся по половому признаку представлено в таблице № 1, из данных которой видно, что в исследовании приняло участие равное количество лиц мужского и женского пола.

Средний возраст исследуемых составил 14,1 ($\pm 0,3$) года. Распределение учащихся по национальному признаку представлено в таблице № 2, из данных которой видно, что исследуемая группа в основном представлена лицами русской и казахской национальностей.

В таблице № 3 представлены ответы учащихся в отношении проб различных психоактивных веществ. 28,6% учащихся указали, что когда-либо пробовали табак, при этом возраст первой пробы составил 11,6 ($\pm 0,8$). В отношении алкоголя самыми распространенными веществами, которые когда-либо пробовали учащиеся, являются: вино, шампанское - 35,7% ($\pm 6,1\%$), пиво - 25,6% ($\pm 5,5\%$), водка, коньяк - 14,3% ($\pm 4,4\%$). Возраст первой пробы алкоголя составил 12,9 ($\pm 0,6$) года. Наиболее распространенными наркотическими веществами, которые когда-либо пробовали учащиеся, являются: каннабис - 8,4% ($\pm 3,5\%$), токсические вещества - 3,8% ($\pm 2,4\%$), и вещества группы стимуляторов (кокаин - 2,5%, амфетамины - 1,7%, экстази - 2,9%), при этом возраст первой пробы составил 13,9 года.

8,1% ($\pm 3,4\%$) учащихся указали, что продолжают употреблять табак на данный момент, при этом частота курения в основном составляет менее одной сигареты в неделю у 2,5% ($\pm 2\%$) опрошенных, от одной до пяти сигарет в день у 2,5% ($\pm 2\%$) и более двадцати сигарет в день у 1,3% ($\pm 0,7\%$). Необходимо отметить, что у определенной доли опрошенных лиц отмечаются признаки проблемного и зависимого потребления табака, что показано в таблице № 4.

Таблица № 1

Распределение всех исследуемых по половому признаку

Исследуемый параметр	Абсолютное число (чел.)	%	Доверительный интервал
Мужчины	119	50	±6,4%
Женщины	119	50	±6,4%

Таблица № 2

Распределение всех исследуемых по национальностям

Исследуемый параметр	Абсолютное число (чел.)	%	Доверительный интервал
Казахи	67	28,2	±5,7%
Русские	131	55	±6,3%
Украинцы	17	7,1	±3,3%
Немцы	7	2,9	±2,1%
Татары	0	0	0<>2,2%
Армяне	0	0	0<>2,2%
Грузины	0	0	0<>2,2%
Азербайджанцы	2	0,8	0,5<>3,2%
Другие национальности	5	2,1	1,2<>4,7%

Таблица № 3

Пробы учащимися различных психоактивных веществ

Исследуемый параметр	Абсолютное число (чел.)	%	Доверительный интервал
Табачные изделия	68	28,6	±5,7%
Безалкогольное пиво	61	25,6	±5,5%
Алкогольное пиво	61	25,6	±5,5%
Вино, шампанское	85	35,7	±6,1%
Безалкогольное шампанское	32	13,4	±4,3%
Водка, коньяк	34	14,3	±4,4%
Спирт	5	2,1	1,2<>4,7%
Алкогольный коктейль	30	12,6	±4,2%
Другое	6	2,5	±2%
Каннабис (марихуана)	20	8,4	±3,5%
Героин	4	1,7	1<>4,2%
Кокаин	6	2,5	±2%
Клей, бензин, краска	9	3,8	±2,4%
Амфетамины (эфедрон)	4	1,7	1<>4,2%
ЛСД и другие галлюцинопептиды	5	2,1	1,2<>4,7%
Экстази	7	2,9	±2,1%
Другое	5	2,1	1,2<>4,7%

Таблица № 4

Текущее потребление табака исследуемыми учащимися

Исследуемый параметр	Абсолютное число (чел.)	%	Доверительный интервал
Употребление табака	19	8,1	±3,4%
менее одной сигареты в неделю;	6	2,5	±2%
менее одной сигареты в день;	2	0,8	0,5<>3,2%
1 - 5 сигарет в день;	6	2,5	±2%
6 - 10 сигарет в день;	0	0	0<>2,2%
11 - 20 сигарет в день;	2	0,8	0,5<>3,2%
больше 20 сигарет в день.	3	1,3	0,7<>3,7%
Ощущение дискомфорта в отсутствии табака	7	2,9	±2,1%
Намерение прекратить курение табака	14	5,9	±3%
Попытки бросить курить	8	3,4	±2,3%
Неприятности (со здоровьем, с родителями, со школой и т.д.) из-за курения	6	2,5	±2%

О том, что на данный момент продолжают употреблять алкоголь, указали 13,9% ($\pm 4,4\%$) учащихся, 9,2% ($\pm 3,7\%$) учащихся указали, что употребляли алкоголь один или два раза в течение последних 30 дней, 3,4% ($\pm 2,3\%$) учащихся – от трех до

пяти раз в течение последних 30 дней. У определенной доли учащихся, употребляющих алкоголь, отмечаются признаки проблемного и зависимого потребления алкоголя, что показывают данные, представленные в таблице № 5.

Таблица № 5

Текущее потребление исследуемыми учащимися алкоголя

Потребление алкоголя	Абсолютное число (чел.)	%	Доверительный интервал
Употребление алкоголя	34	14,3	±4,4%
1 - 2 раза в течение последних 30 дней	22	9,2	±3,7%
3 - 5 раз в течение последних 30 дней	8	3,4	±2,3%
6 - 10 раз в течение последних 30 дней	3	1,3	0,7<>3,7%
Каждый день	1	0,4	0,2<>2,7%
Ощущение дискомфорта в отсутствии алкоголя	2	0,8	0,5<>3,2%
Намерение прекратить потребление алкоголя	15	6,3	±3,1%
Попытки бросить потребление алкоголя	4	1,7	1<>4,2%
Неприятности (со здоровьем, с родителями, со школой и т.д.) из-за потребления алкоголя	7	2,9	±2,1%

В таблице № 6 представлены ответы учащихся в отношении текущего потребления различных наркотических и токсических веществ. 94,9% учащихся указали, что не потребляют каких-либо наркотических или токсических веществ. Самыми распространенными веществами среди тех лиц, кто указал, что продолжает употреблять, являются:

- каннабис - 3,4% ($\pm 2,3\%$);
- вещества группы стимуляторов (кофеин - 2,9%, амфетамины – 1,7%, экстази – 2,1%);
- героин - 2,1% ($1,2<>4,7\%$).

О том, что не употребляли наркотических веществ в течение последних 30 дней, указали 1,3% ($0,7<>3,7\%$), что употребляли наркотические вещества каждый день, отметили 2,1% ($1,2<>4,7\%$).

Текущее потребление исследуемыми учащимися наркотических веществ

Исследуемый параметр	Абсолютное число (чел.)	%	Доверительный интервал
Каннабис (марихуана)	8	3,4	±2,3%
Героин	5	2,1	1,2<>4,7%
Кокайн	7	2,9	±2,1%
Клей, бензин, краска	4	1,7	1<>4,2%
Амфетамины (эфедрон)	4	1,7	1<>4,2%
ЛСД и другие галлюциногены	4	1,7	1<>4,2%
Экстази	5	2,1	1,2<>4,7%
Другое	3	1,3	0,7<>3,7%
- 1-2 раза в течение последних 30 дней	1	0,4	0,2<>2,7%
- 3-5 раз в течение последних 30 дней	1	0,4	0,2<>2,7%
- 6-10 раз в течение последних 30 дней	2	0,8	0,5<>3,2%
- каждый день	5	2,1	1,2<>4,7%
- не употреблял в течение последних 30 дней	3	1,3	0,7<>3,7%

Таким образом, представленные выше данные показывают, что среди тех лиц, кто пробовал табак, одна треть продолжает употреблять табак дальше, другая часть прекратила потребление табака, при этом в группе потребляющих у значительной части исследуемых лиц отмечаются признаки проблемного и зависимого потребления. В отношении алкоголя почти половина из тех лиц, кто когда-либо пробовал те или иные спиртные напитки, продолжают употребление, и в этой группе у определенной части респондентов также отмечаются признаки проблемного и зависимого потребления. Такие же особенности отмечаются и в потреблении наркотических и токсических веществ.

Далее предлагается анализ ответов учащихся в отношении основных источников информации о влиянии ПАВ на организм человека, а также анализ потребностей учащихся в получении дополнительной информации по данной тематике.

В отношении источников информации о влиянии ПАВ на организм человека, как показано на рисунке 1, можно сделать вывод, что чаще всего первым источником информации являются родители и средства массовой информации, что касается регулярных источников, то к родителям и средствам массовой информации присоединяются учителя (см. рисунок 2).

Необходимо отметить имеющиеся достоверные отличия между группой потребляющих ПАВ (группа

1, n=160) и группой не потребляющих ПАВ (группа 2, n=78) в отношении источников информации. В группе лиц, потребляющих ПАВ, респонденты достоверно чаще указывали братьев и сестер в качестве регулярных источников информации о табаке, чем в группе не потребляющих. Также достоверно чаще в группе 1 исследуемые лица указывали старших друзей в качестве регулярных источников информации о наркотических веществах, по сравнению с группой 2.

При изучении потребности учащихся в дополнительной информации о ПАВ определены следующие основные разделы, к которым опрошенные лица проявляют интерес: влияние на органы, влияние на мозг, влияние на потомство и состав психоактивных веществ (см. рисунок 3).

Сравнительный анализ между группой потребляющих ПАВ (группа 1, n=160) и группой не потребляющих ПАВ (группа 2, n=78) позволяет выделить ряд достоверных отличий в отношении потребностей в дополнительной информации о ПАВ. В группе учащихся, потребляющих ПАВ, респонденты достоверно чаще указывали на потребность в информации о влиянии курения на потомство, чем в группе учащихся, не потребляющих ПАВ. Также достоверно чаще в группе 1 исследуемые лица проявляют интерес к дополнительной информации о механизмах и природе зависимости от алкоголя, по сравнению с группой 2.

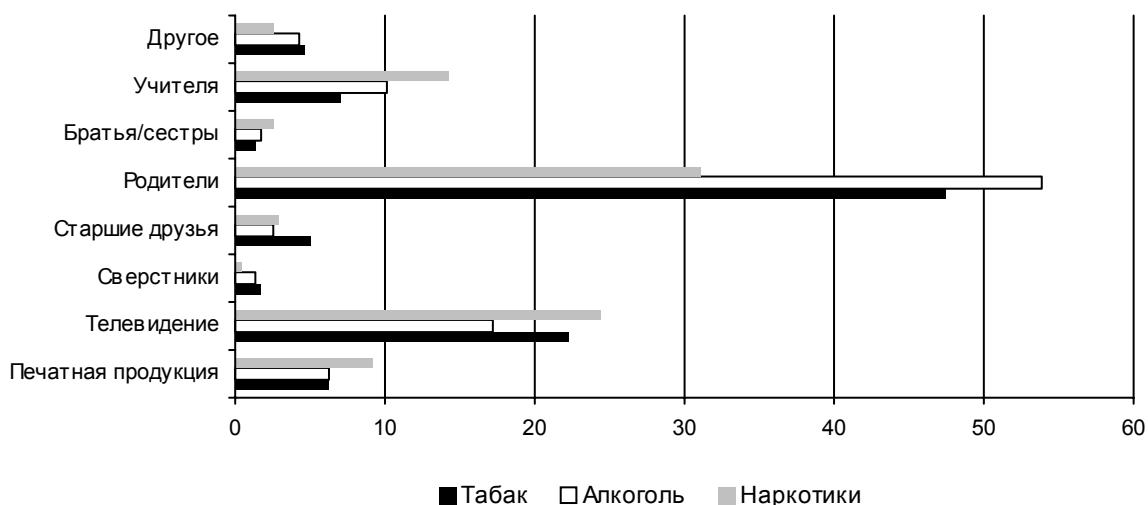


Рисунок 1. Источники первой информации о влиянии ПАВ на организм человека

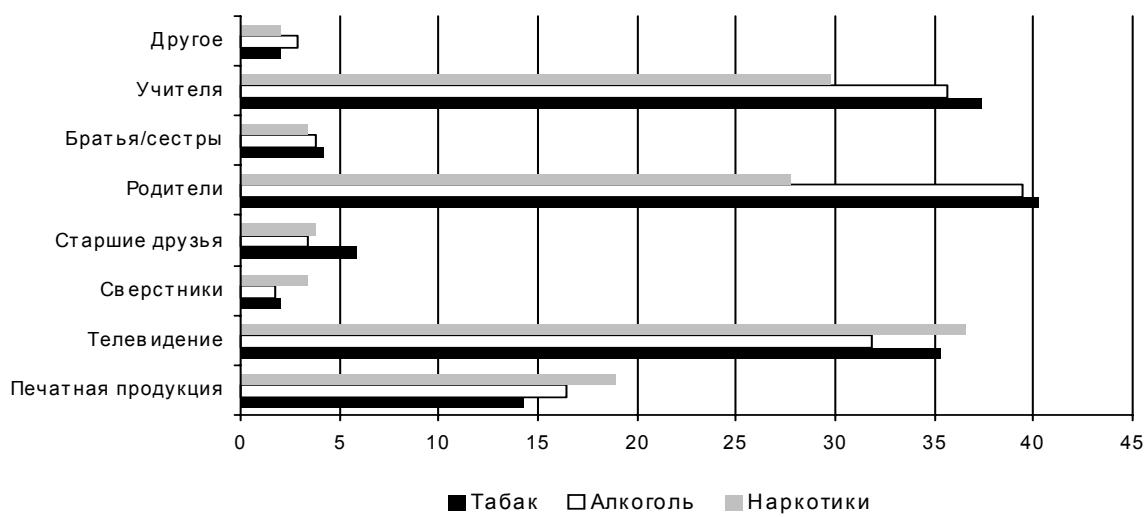


Рисунок 2. Источники регулярной информации о влиянии ПАВ на организм человека

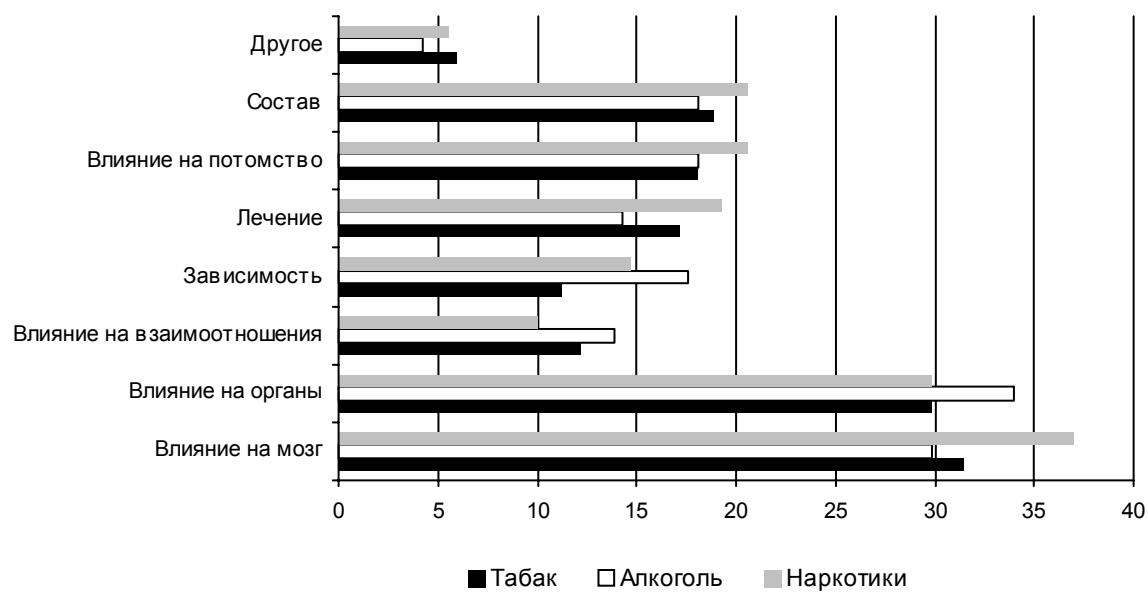


Рисунок 3. Потребность в источниках дополнительной информации о ПАВ

В опросник, который использовался для проведения исследования, были также включены вопросы, касающиеся психологического здоровья (базовые приобретения возраста, собственно компоненты психологического здоровья/ новообразования возраста). Данные компоненты, уровень развития которых оказывает существенное влияние на риски вовлечения в зависимость от психоактивных веществ, подробно исследо-

вались в работах научных сотрудников РГКП «Республиканский научно - практический центр медико-социальных проблем наркомании», в частности - в работах Каткова А. Л., Россинского Ю. А., Пак Т. В.

Для анализа взаимосвязи уровня психологического здоровья и потребления ПАВ мы взяли две наиболее представленные возрастные группы: 9 - 11 лет и 14 - 18 лет.

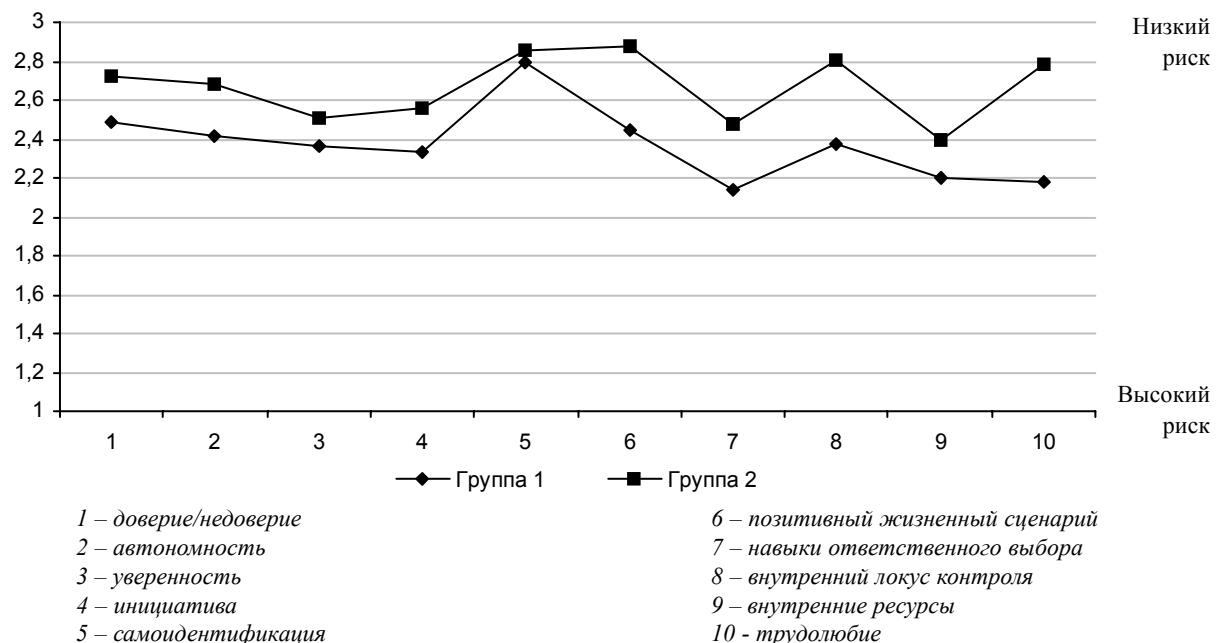


Рисунок 4. Уровень психологического здоровья у учащихся в возрасте 9 -11 лет

На рисунке 4 показано, что профиль группы 1 (учащиеся в возрасте 9 - 11 лет, которые указали, что когда-либо пробовали или употребляют любое из психоактивных веществ) тяготеет по большинству параметров к полюсу высокого риска вовлечения в зависимость от ПАВ, в то время как в группе 2 (учащиеся в возрасте 9 - 11 лет, которые указали, что никогда не пробовали и не употребляют психоактивные вещества) профиль имеет тенденцию располагаться ближе к полюсу низкого риска. При этом необходимо отметить, что на параметрах собственно психологического здоровья (новообразований возраста) профили обеих групп имеют существенное расхождение. Наиболее существенное расхождение в профилях групп приходится на «трудолюбие». Как известно из периодизации психосоциального развития личности Э. Эрикsona, к возрасту 10 - 11 лет при благоприятном развитии формируются стремление к достижению, трудолюбие, развитие познавательных и коммуникативных способностей, которые являются основными новообразованиями для этого возраста. С другой стороны - результатом дисфункционального развития являются формирование чувства собственной неполноценности, избегание сложных задач, конформность.

Данные рисунка 5 показывают, что профили группы 1 (учащиеся в возрасте 14 - 18 лет, которые указали, что когда-либо пробовали или употребляют любое из психоактивных веществ) и группы 2 (учащиеся в возрасте 14 - 18 лет, которые указали, что никогда не пробовали и не употребляют психоактивные вещества) не имеют существенных расхождений на уровне базовых приобретений (параметры 1 - 7) за исключением заметного понижения профиля группы 1 на параметре «трудолюбие». На параметрах собственно психологического здоровья (новообразований возврата) профили обоих групп также не имеют существенного расхождения, кроме параметров «наличие позитивного жизненного сценария» и «информированность (исключение потребления ПАВ из жизненного сценария)».

В заключении приводится сравнительный анализ групп по социальным параметрам. При этом взяты только достоверные различия между группой лиц, пробовавших или употребляющих ПАВ (группа 1, n=160) и группой лиц, никогда не пробовавших ПАВ (группа 2, n=78).

Из данных таблицы № 7 видно, что в группе 2 опрошенные лица значительно чаще указывают проживание в полной семье с обоими родителями

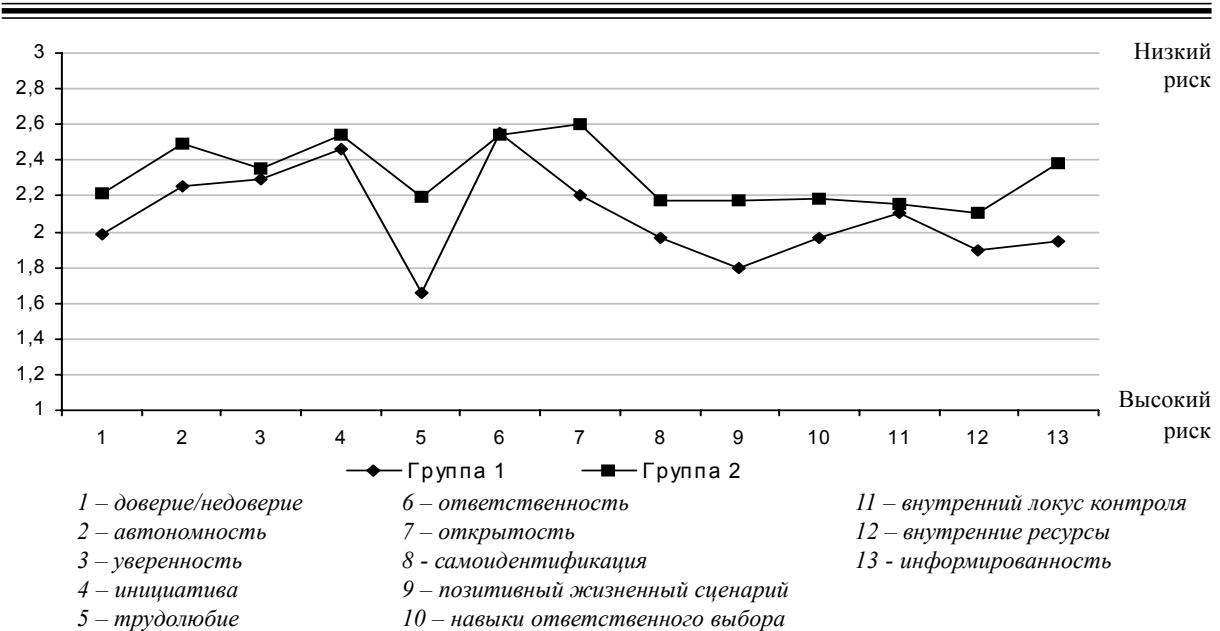


Рисунок 5. Уровень психологического здоровья у учащихся в возрасте 14 - 18 лет

Таблица № 7

Достоверные отличия групп учащихся по социальным параметрам

Исследуемый параметр	Группа 1 (n=160)			Группа 2 (n=78)			P
	Абсолютное число (чел.)	%	Доверительный интервал	Абсолютное число (чел.)	%	Доверительный интервал	
Проживание с мамой и папой	40	25	±6,7%	37	47,4	±11,1%	<0,01
Чтение книг в свободное время	9	5,6	±3,6%	13	16,7	±8,3%	<0,05
Посещение дискотек, кафе, клубов в свободное время	13	8,1	±4,2%	0	0	0<>5,3%	<0,01
Занятия хобби в свободное время	19	11,9	±5%	22	28,2	±10%	<0,01
Удовлетворенность проведением свободного времени	55	34,4	±7,4%	47	60,3	±10,9%	<0,01
Ощущение комфорта и безопасности в доме	42	26,3	±6,8%	31	39,7	±10,9%	<0,05
Обсуждение проблем с родителями	29	18,1	±6%	26	33,3	±10,5%	<0,05
Потребление табака среди братьев или сестер	20	12,5	±5,1%	2	2,6	1,1<>9%	<0,05
Потребление табака среди друзей	55	34,4	±7,4%	13	16,7	±8,3%	<0,01
Потребление алкоголя матерью	35	21,9	±6,4%	3	3,8	1,6<>10,9%	<0,01
Потребление алкоголя отцом	59	36,9	±7,5%	13	16,7	±8,3%	<0,01
Потребление алкоголя среди братьев или сестер	28	17,5	±5,9%	2	2,6	1,1<>9%	<0,01
Потребление алкоголя среди друзей	56	35	±7,4%	9	11,5	±7,1%	<0,01

- 47,4% ($\pm 11,1\%$). Также достоверно чаще в группе 2 учащиеся указывают чтение книг - 16,7% ($\pm 8,3\%$) и занятия хобби - 28,2% ($\pm 10\%$) в свободное время, в то время как в группе 1 учащиеся чаще, по сравнению с группой 2, указывают посещение дискотек, кафе, клубов при проведении свободного времени - 8,1% ($\pm 4,2\%$). При этом 60,3% ($\pm 10,9\%$) респондентов группы 2 указали на удовлетворенность проведением свободного времени, в группе 1 такую удовлетворенность отметили 34,4% ($\pm 7,4\%$).

Относительно особенностей семей и потребления ПАВ среди ближайшего окружения был также выявлен ряд достоверных отличий в группах. Так в группе 2 – никогда не потреблявших ПАВ, учащиеся чаще указывают на ощущение комфорта, безопасности дома и в семье - 39,7% ($\pm 10,9\%$), 33,3% ($\pm 10,5\%$) респондентов отметили, что они делятся и обсуждают свои проблемы с родителями. В группе 1 (пробовавших или употребляющих ПАВ) достоверно чаще, по сравнению с группой 2, отмечается потребление табака среди братьев/сестер и друзей, а также потребление алкоголя матерью, отцом, среди братьев/сестер и друзей.

Предварительные выводы:

- 1) Наиболее распространенным потребляемым психоактивным веществом среди учащихся в возрасте 9 -18 лет является алкоголь - 13,9% ($\pm 4,4\%$), далее следуют: табачные изделия - 8,1% ($\pm 3,4\%$), наркотические и токсические вещества 5,1%.
- 2) Возраст первой пробы табака составил 11,6 ($\pm 0,8$) года, алкоголя - 12,9 ($\pm 0,6$) года и наркотических и токсических веществ 13,9 ($\pm 0,6$) года.
- 3) Самыми распространенными среди учащихся потребляемыми алкогольными напитками являются: пиво, вино и шампанское, а также крепкие спиртные напитки – водка, коньяк.
- 4) Самыми распространенными наркотическими веществами среди тех, кто употребляет данные вещества, являются: каннабис 3,4% ($\pm 2,3\%$), вещества группы стимуляторов (кофеин - 2,9%, амфетамины – 1,7%, экстази – 2,1%), а также героин - 1,3% ($0,7 < 3,7\%$).
- 5) У определённой части респондентов, которые указали, что употребляют, хотя бы одно из ПАВ (алкоголь, табак, наркотики), отмечаются признаки проблемного или зависимого потребления.
- 6) Основными источниками информации о влиянии ПАВ на организм человека для учащихся 9 - 18 лет являются родители, средства массовой информации и педагоги. При этом родители чаще всего выступают в качестве первых источников информации источников о вреде ПАВ, поэтому в профилактических мероприятиях необходимо принимать во внимание системную и структурированную просветительскую работу с родителями детей.
- 7) Большинство учащихся заинтересовано в информации о влияние ПАВ на органы, на мозг, и на потомство. По всей видимости, более детальное предоставление и обсуждение этих тем для учащихся может сыграть существенную роль в результативности информационно-профилактических мероприятий.
- 8) Обнаруживается определенная взаимосвязь между уровнем психологического здоровья личности и степенью риска вовлечения в потребление и зависимость от ПАВ. Соответственно, чем выше уровень психологического здоровья, тем ниже риск по наркологическому профилю, что показано на двух возрастных группах (9 - 11 лет, 14 - 18 лет). При этом, по всей видимости, наиболее критическим возрастом в формировании антинаркотической устойчивости является возраст 9 - 11 лет, когда дети вступают в препубертатный период и переходят из начального звена школы в среднее. В отношении начала потребления алкоголя и наркотических веществ таким критическим возрастом, на основе полученных данных, является возраст от 13 до 14 лет.
- 9) Отмечается положительная корреляция между уровнем функциональности семьи и потреблением ПАВ детьми. В семьях, где дети проживают с обоими родителями, чувствуют себя уютно и безопасно, а также обсуждают свои проблемы вместе с родителями, риск вовлечения в потребление ПАВ ниже. Кроме того, потребление ПАВ в ближайшем окружении увеличивает риск потребления ПАВ среди детей и подростков.

РЕЗЮМЕ

НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ, КОТОРЫМ РЕКОМЕНДОВАНА СТ. 17 УК РК

Р. Г. Илешева, С. А. Алтынбеков, А. Т. Бабыкпаева

Проведенное исследование показывает, что данные, полученные нами при анализе нозологической квалификации заключений судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) лиц, к которым была применена норма ограниченной вменяемости соответственно ст. 17 УК РК 1997 года, с одной стороны, отражает нозологическую структуру психических расстройств в Республике за тот же период (2001 – 2005 гг.). С другой стороны, они сопоставимы с данными института им. В. П. Сербского (Москва, РФ), полученными в 1997 - 2000 годах, в период первого опыта (так же как и в наших исследованиях) применение нормы ограниченной вменяемости в России соответственно статье 22 Уголовного кодекса Российской Федерации.

СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ В ОТНОШЕНИИ ПОДЭКСПЕРТНЫХ, КОТОРЫМ РЕКОМЕНДОВАНА СТ. 17 УК РК 1997 г.

Р. Г. Илешева, С. А. Алтынбеков, А. Т. Бабыкпаева

Приведенные данные свидетельствуют о том, что большинство подэкспертных выросли преимущественно в условиях эмоциональной депривации, способствовавшей формированию в последующем искашенных морально-этических установок, с семейно-бытовой, трудовой дезадаптацией, свидетельствующими о низком уровне социального функционирования и качества жизни.

ДИАГНОСТИКА ВИЧ - ИНФЕКЦИИ У ОПИЙНЫХ НАРКОМАНОВ

Л. Ю. Беспалова

ВИЧ-инфекция у опийных наркоманов диагностирована в экстремальных для них ситуациях: при купировании тяжёлых форм абstinентного синдрома и острых отравлениях, связанных с передозировкой наркотическими веществами; в местах лишения свободы и выявлении у них оппортунистических инфекций.

МЕТОДОЛОГИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПЕРВИЧНО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В СЕКТОРЕ ДОБРОВОЛЬНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МЗ РК

А. Л. Катков

В статье Каткова А. Л. «Методология комплексной оценки качества первично-профилактической наркологической помощи, оказываемой в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК» приводятся общие сведения о модели комплексной системы менеджмента качества (КСМК) наркологической помощи (НП). Подробно описывается методология комплексной оценки качества первично-профилактической наркологической помощи. При этом акцентируется внимание на то, что данная методология является рабочим инструментом КСМК НП. Подробно описывается основной технический инструментарий - используемый опросник по комплексной оценке качества рассматриваемого этапа наркологической помощи. Приведены общие сведения относительно выведения количественных оценок и итоговых уровней качества НП на рассматриваемом этапе.

Ключевые слова: наркологическая помощь, первичная профилактика, оценка качества.

МЕТОДОЛОГИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПЕРВИЧНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В СЕКТОРЕ ДОБРОВОЛЬНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МЗ РК

А. Л. Катков

В статье Каткова А. Л. «Методология комплексной оценки качества первичной наркологической помощи, оказываемой в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК» приводятся общие сведения о модели комплексной системы менеджмента качества (КСМК) наркологической помощи (НП). Подробно описывается методология комплексной оценки качества первичной наркологической помощи. При этом акцентируется внимание на то, что данная методология является рабочим инструментом КСМК НП. Подробно описывается основной технический инструментарий - используемый опросник по комплексной оценке качества рассматриваемого этапа наркологической помощи. Приведены общие сведения относительно выведения количественных оценок и итоговых уровней качества НП на рассматриваемом этапе.

Ключевые слова: первичная наркологическая помощь, оценка качества.

МЕТОДОЛОГИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ЭТАПЕ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ В СЕКТОРЕ ДОБРОВОЛЬНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МЗ РК

А. Л. Катков

В статье Каткова А. Л. «Методология комплексной оценки качества наркологической помощи на этапе амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК» приводятся общие сведения о модели комплексной системы менеджмента качества (КСМК) наркологической помощи (НП). Подробно описывается методология комплексной оценки качества наркологической помощи, оказываемой на этапе амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ. При этом акцентируется внимание на то, что данная методология является рабочим инструментом КСМК НП. Подробно описывается основной технический инструментарий - используемый опросник по комплексной оценке качества рассматриваемого этапа наркологической помощи. Приведены общие сведения относительно выведения количественных оценок и итоговых уровней качества НП на рассматриваемом этапе.

Ключевые слова: амбулаторная наркологическая помощь, оценка качества.

МЕТОДОЛОГИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ В СЕКТОРЕ ДОБРОВОЛЬНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МЗ РК

А. Л. Катков

В статье Каткова А. Л. «Методология комплексной оценки качества наркологической помощи на этапе стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК» приводятся общие сведения о модели комплексной системы менеджмента качества (КСМК) наркологической помощи (НП). Подробно описывается методология комплексной оценки качества наркологической помощи, оказываемой на этапе стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ. При этом акцентируется внимание на то, что данная методология является рабочим инструментом КСМК НП. Подробно описывается основной технический инструментарий - используемый опросник по комплексной оценке качества рассматриваемого этапа наркологической помощи. Приведены общие сведения относительно выведения количественных оценок и итоговых уровней качества НП на рассматриваемом этапе.

Ключевые слова: стационарная наркологическая помощь, оценка качества.

МЕТОДОЛОГИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ЭТАПЕ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ И ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ В СЕКТОРЕ ДОБРОВОЛЬНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МЗ РК

А. Л. Катков

В статье Каткова А. Л. «Методология комплексной оценки качества наркологической помощи на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК» приводятся общие сведения о модели комплексной системы менеджмента качества (КСМК) наркологической помощи (НП). Подробно описывается методология комплексной оценки качества наркологической помощи, оказываемой на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ. При этом акцентируется внимание на то, что данная методология является рабочим инструментом КСМК НП. Подробно описывается основной технический инструментарий - используемый опросник по комплексной оценке качества рассматриваемого этапа наркологической помощи. Приведены общие сведения относительно выведения количественных оценок и итоговых уровней качества НП на рассматриваемом этапе.

Ключевые слова: наркологическая помощь, противорецидивная и поддерживающая терапия, оценка качества.

МЕТОДОЛОГИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ - ОЦЕНКА ОБЩИХ ХАРАКТЕРИСТИК СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВНЫХ ЭТАПАХ ЕЕ ОКАЗАНИЯ

А. Л. Катков

В статье Каткова А. Л. «Методология комплексной оценки качества наркологической помощи - оценка общих характеристик системы управления качеством наркологической помощи на основных этапах ее оказания» приводятся общие сведения о модели комплексной системы менеджмента качества (КСМК) наркологической помощи (НП). Подробно описывается методология комплексной оценки качества системы управления наркологической помощью. При этом акцентируется внимание на то, что данная методология является рабочим инструментом КСМК НП. Подробно описывается основной технический инструментарий - используемый опросник по комплексной оценке качества рассматриваемого этапа наркологической помощи. Приведены общие сведения относительно выведения количественных оценок и итоговых уровней качества НП на рассматриваемом этапе.

Ключевые слова: наркологическая помощь, система управления, оценка качества.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ БЛИЖАЙШЕГО ОКРУЖЕНИЯ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ

А. Л. Катков

В статье Каткова А. Л. «Оценка качества наркологической помощи на уровне ближайшего окружения зависимых от ПАВ» приведены общие сведения о комплексной системе менеджмента качества (КСМК) наркологической помощи (НП). А также - сведения об основных способах оценки качества НП. Подробно описывается методология оценки качества НП на уровне ближайшего окружения зависимых от ПАВ. Приводится описание основного технического инструмента - опросника по оценке качества НП на уровне ближайшего окружения зависимых от ПАВ. Излагаются общие сведения о результатах апробации данного опросника. Даются рекомендации по использованию рассматриваемой методологии оценки качества НП.

Ключевые слова: наркологическая помощь, оценка качества, анкетирование.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ ФЕНОМЕНА ИНТЕРНЕТ-АДИКЦИИ В СОВРЕМЕННОЙ НАРКОЛОГИИ

М. В. Прилуцкая

В данной статье в реферативной форме освещены социологические, клинические аспекты проблемы интернет-адикции/зависимости, представленные в рамках современной аддиктологии. Расставлены акценты над существующими теоретическими дефицитами в рамках данного феномена. Приведены статистические данные, свидетельствующие о стабильном расширении виртуального пространства в Республике Казахстан. Обозначена актуальность планируемого исследования, заключающегося в детальном описании эпидемиологических, клинико-психопатологических и клинико-психологических особенностей интернет –адикции/зависимости.

АУТОАГРЕССИВНОЕ (СУИЦИДАЛЬНОЕ, НЕСУИЦИДАЛЬНОЕ) ПОВЕДЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ (КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ)

А. С. Ракишева, М. П. Пазылхаир, Е. Н. Шабалова

Статья посвящена анализу проблемы аутоагрессивного (суицидального, несуицидального) поведения при героиновой наркомании. Рассматриваются клинико-психопатологические проявления аутоагрессивного поведения на социальных; микросоциальных (семейных) и соматических уровнях.

РОДИТЕЛЬСКАЯ МОТИВАЦИЯ И СУПРУЖЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ

Н. М. Лаврова, В. В. Лавров

Исследовали соотношение доминантной стратегии поведения супругов и уровня их родительской мотивации в условиях изменения состояния семейных отношений. Использовали оригинальные методы анализа поведения, качества семьи и измерения родительской мотивации. Отметили, что наибольшему уровню родительской мотивации соответствует доминантная функциональная поведенческая стратегия целеустремленности в разрешении жизненных проблем, а наименьшему – одна из двух дисфункциональных: подготовка к наихудшему варианту событий или пересылка собственных негативных эмоций другим людям. Прослежена достоверная корреляция уровня родительской мотивации и балльной оценки качества семейных отношений. Предполагается, что воспитание родительской мотивации обусловлено становлением поведенческой стратегии, направленной на целеустремленное разрешение проблем и личностную реализацию.

Ключевые слова: родительская мотивация, депопуляция, семейные отношения, стратегии поведения, воспитание.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (НА ПРИМЕРЕ ГУ «ПАВЛОДАРСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ДОМ ДЛЯ ПСИХОХРОНИКОВ»)

М. М. Салимбаева

В настоящей статье раскрыта структура, план мероприятий и основное направление медико-социальной деятельности ГУ «Павлодарский специализированный дом для психохроников». Выделены основные проблемы, с которыми сталкивается персонал при оказании медицинской помощи, и меры по их решению.

ОСОБЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО И СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

О. Г. Юсопов, Ж. К. Мусабекова

В настоящей статье представлены предварительные результаты исследования отношения к психоактивным веществам среди детей младшего и старшего школьного возраста. Приводятся данные о распространенности потребления табака, алкоголя, наркотических и токсических веществ среди данной возрастной группы. Подробно рассматриваются источники информации, мотивация приобщения к психоактивным веществам, социально-демографические особенности, корреляция между потреблением психоактивных веществ и уровнем психологического здоровья.

Ключевые слова: психоактивные вещества, подростки, мотивы потребления, источники информации, психологическое здоровье, социальные особенности.

THE RESUME

NOSOLOGIC STRUCTURE OF MENTAL FRUSTRATION AT PERSONS TO WHOM ITEM 17 CC RK IS RECOMMENDED

R. G. Ilisheva, S. A. Altynbekov, A. T. Babykpaeva

The carried out research shows, that the data received by us at the analysis of nosologic qualification of the conclusions of judicial-psychiatric examination (JPE) of persons to whom the norm of the limited responsibility according to item 17 CC RK of 1997 has been applied, on the one hand, it reflects the nosologic structure of mental frustration in Republic for the same period (2001 - 2005). On the other hand, they are comparable to the data of institute named after V. P. Serbsky (Moscow, the Russian Federation), received in 1997 - 2000, during the first experience (as well as in our researches) the application of the norm of the limited responsibility in Russia according to clause 22 of the Criminal code of the Russian Federation.

THE SOCIAL-DEMOGRAPHIC DATA CONCERNING THE PEOPLE UNDER EXAMINATION BY WHICH ITEM 17 CC RK OF 1997 IS RECOMMENDED

R. G. Ilisheva, S. A. Altynbekov, A. T. Babykpaeva

The cited data testify that the majority of people under examination have grown mainly in conditions of emotional deprivation, promoted to the formation in subsequently deformed morally-ethical purposes, with family-household, labour desadaptation, testifying about a low level of social functioning and quality of life.

DIAGNOSTICS OF HIV - INFECTIONS AT THEBAIC ADDICTS

L. Y. Bespalova

HIV-infection at thebaic addicts is diagnosed in extreme situations for them: at the reduction of heavy forms of abstinent syndrome and the sharp poisonings connected with overdose by narcotic substances; in places of imprisonment and revealing at them opportunistic infections.

ASTHENIC SYNDROME PECULIARITIES AT THEBAIC NIV ADDICTS

L. Y. Bespalova

Kazakh national medical university named after S. D. Asfendiyarov, Almaty c. Asthenic syndrome at HIV drug addicts is characterized by its severity, irreversibility and progradience of clinical manifestations. It gives an opportunity to speak about the narcological and HIV encephalopathy.

METHODOLOGY OF A COMPLEX ESTIMATION OF THE PRIMARILY-PREVENTIVE NARCOLOGICAL HELP QUALITY RENDERED IN THE SECTOR OF VOLUNTARY NARCOLOGICAL HELP OF MH RK

A. L. Katkov

In A. L. Katkov's clause «Methodology of a complex estimation of the primarily-preventive narcological help quality rendered in the sector of voluntary narcological help of MH RK» the general data on the model of a

complex system of a quality management (CSQM) of the narcological help (NH) are resulted. The methodology of a complex estimation of the primarily-preventive narcological help quality is described in details. Thus attention is paid to the fact that the given methodology is a working tool of CSQM NH. The basic technical toolkit - a used questionnaire by a complex estimation of a considered stage quality of the narcological help is described in details. The general data concerning the deducing quantitative estimations and final degrees of NH quality at a considered stage are resulted.

Keywords: the narcological help, primary preventive maintenance, an estimation of quality.

METHODOLOGY OF A COMPLEX ESTIMATION OF THE PRIMARY NARCOLOGICAL HELP QUALITY RENDERED IN THE SECTOR OF VOLUNTARY NARCOLOGICAL HELP OF MH RK

A. L. Katkov

In A. L. Katkov's clause «Methodology of a complex estimation of the primary narcological help quality rendered in the sector of voluntary narcological help of MH RK» the general data on the model of a complex system of a quality management (CSQM) of the narcological help (NH) are resulted. The methodology of a complex estimation of the primary narcological help quality is described in details. Thus the attention is paid to the fact that the given methodology is a working tool of CSQM NH. The basic technical toolkit - a used questionnaire by a complex estimation of a considered stage quality of the narcological help is described in details. The general data concerning the deducing quantitative estimations and final degrees of NH quality at a considered stage are resulted.

Keywords: the primary narcological help, an estimation of quality.

METHODOLOGY OF A COMPLEX ESTIMATION OF THE NARCOLOGICAL HELP QUALITY AT A STAGE OF OUT-PATIENT TREATMENT AND REHABILITATION DEPENDENT ON PAS IN THE SECTOR OF VOLUNTARY NARCOLOGICAL HELP OF MH RK

A. L. Katkov

In A. L. Katkov's clause «Methodology of a complex estimation of the narcological help quality at a stage of out-patient treatment and rehabilitation dependent on PAS in the sector of voluntary narcological help of MH RK» the general data on the model of a complex system of a quality management (CSQM) of the narcological help (NH) are resulted. The methodology of a complex estimation of the narcological help quality rendered at a stage of out-patient treatment and rehabilitation dependent on PAS is described in details. Thus the attention is paid to the fact that the given methodology is a working tool of CSQM NH. The basic technical toolkit - a used questionnaire by a complex estimation of a considered stage quality of the narcological help is described in details. The general data concerning the deducing quantitative estimations and final degrees of NH quality at a considered stage are resulted.

Keywords: the out-patient narcological help, an estimation of quality.

METHODOLOGY OF A COMPLEX ESTIMATION OF THE NARCOLOGICAL HELP QUALITY AT A STAGE OF HOSPITALIZATION AND REHABILITATION DEPENDENT ON PAS IN THE SECTOR OF VOLUNTARY NARCOLOGICAL HELP OF MH RK

A. L. Katkov

In A. L. Katkov's clause «Methodology of a complex estimation of the narcological help quality at a stage of hospitalization and rehabilitation dependent on PAS in the sector of voluntary narcological help of MH RK» the general data on the model of a complex system of a quality management (CSQM) of the narcological help (NH) are resulted. The methodology of a complex estimation of the narcological help quality rendered at a stage of out-patient treatment and rehabilitation dependent on PAS is described in details. Thus the attention is paid to the fact

that the given methodology is a working tool of CSQM NH. The basic technical toolkit - a used questionnaire by a complex estimation of a considered stage quality of the narcological help is described in details. The general data concerning the deducing quantitative estimations and final degrees of NH quality at a considered stage are resulted.

Keywords: the stationary narcological help, an estimation of quality.

METHODOLOGY OF A COMPLEX ESTIMATION OF THE NARCOLOGICAL HELP QUALITY AT A STAGE OF ANTI-RECURRENT AND SUPPORTING THERAPY DEPENDENT ON PAS IN THE SECTOR OF VOLUNTARY NARCOLOGICAL HELP OF MH RK

A. L. Katkov

In A. L. Katkov's clause « Methodology of a complex estimation of the narcological help quality at a stage of anti-recurrent and supporting therapy dependent on PAS in the sector of voluntary narcological help of MH RK» the general data on the model of a complex system of a quality management (CSQM) of the narcological help (NH) are resulted. The methodology of a complex estimation of the narcological help quality rendered at a stage of out-patient treatment and rehabilitation dependent on PAS is described in details. Thus the attention is paid to the fact that the given methodology is a working tool of CSQM NH. The basic technical toolkit - a used questionnaire by a complex estimation of a considered stage quality of the narcological help is described in details. The general data concerning the deducing quantitative estimations and final degrees of NH quality at a considered stage are resulted.

Keywords: the narcological help, anti-recurrent and supporting therapy, an estimation of quality.

METHODOLOGY OF A COMPLEX ESTIMATION OF THE NARCOLOGICAL HELP QUALITY - AN ESTIMATION OF GENERAL CHARACTERISTICS OF A CONTROL SYSTEM OF THE NARCOLOGICAL HELP QUALITY AT THE BASIC STAGES OF ITS RENDERING

A. L. Katkov

In A. L. Katkov's clause «Methodology of a complex estimation of the narcological help quality - an estimation of general characteristics of a control system of the narcological help quality at the basic stages of its rendering» the general data on the model of a complex system of a quality management (CSQM) of the narcological help (NH) are resulted. The methodology of a complex estimation of the narcological help quality rendered at a stage of out-patient treatment and rehabilitation dependent on PAS is described in details. Thus the attention is paid to the fact that the given methodology is a working tool of CSQM NH. The basic technical toolkit - a used questionnaire by a complex estimation of a considered stage quality of the narcological help is described in details. The general data concerning the deducing quantitative estimations and final degrees of NH quality at a considered stage are resulted.

Keywords: the narcological help, a control system, an estimation of quality.

THE ESTIMATION OF THE NARCOLOGICAL HELP QUALITY AT A LEVEL OF THE CLOSEST PEOPLE DEPENDENT ON PAS

A. L. Katkov

In A. L. Katkov's clause «The estimation of the narcological help quality at a level of the closest people dependent on PAS» the general data on a complex system of a quality management (CSQM) of the narcological help (NH) are resulted. And also - the data on the basic ways of an estimation of NH quality. The methodology of an estimation of NH quality at a level of the closest people dependent on PAS is described in details. The description of the basic technical tool - a questionnaire according to NH quality at a level of the closest people dependent on PAS is resulted. The general data on results of approbation of the given questionnaire are stated. The recommendations on the use of the considered methodology of an estimation of NH quality are given.

Keywords: the narcological help, an estimation of quality, questionnaire design.

THE URGENCY OF THE INTERNET-ADDICTION PHENOMENON RESEARCH IN MODERN NARCOLOGY

M. V. Prilutskaya

In the given clause in the abstract form the sociological and clinical aspects of the Internet-addiction\dependence problem, presented within the limits of modern addiction science are shined. The accents above existing theoretical deficiencies within the limits of the given phenomenon are placed. The statistical data testifying to stable expansion of virtual space in Republic Kazakhstan are cited. The urgency of the planned research consisting in the detailed description of epidemiological, clinical-psychopathological and clinical-psychological features the Internet - addiction/dependences is designated.

AUTOAGGRESSIVE (SUICIDE, NOT SUICIDE) BEHAVIOUR AT PATIENTS WITH THEBAIC NARCOTISM (CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL ASPECT)

A. S. Rakisheva, M. P. Pazylhair, E. N. Shabalova

The clause is devoted to the analysis of a problem autoaggressive (suicide, not suicide) behaviour at heroin narcotism. Clinical-psychopathological displays of autoaggressive behaviour on social, microsocial (family) and somatic levels are considered.

PARENTAL MOTIVATION AND MATRIMONIAL RELATIONS

N. M. Lavrova, V. V. Lavrov

A parity of prepotent strategy of behaviour of spouses and a level of their parental motivation in conditions of change of family relations was investigated. The original methods of the analysis of behaviour, quality of family and measurement of parental motivation were used. The greatest level of parental motivation corresponds to prepotent functional behavioural strategy of purposefulness in the sanction of vital problems, and to the least - one of two dysfunctional: preparation for the worst variant of events or transfer of own negative emotions to other people. Authentic correlation of a level of parental motivation and a mark estimation of quality of family relations was found. It is supposed, that education of parental motivation is caused by becoming of the behavioural strategy directed on purposeful resolution of problems and personal realization.

Keywords: parental motivation, depopulation, family relations, strategy of behavior, development of personality

THE ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES IN MEDICAL-SOCIAL ESTABLISHMENTS (ON THE EXAMPLE OF SE «PAVLODAR SPECIALIZED HOUSE FOR PSYCHO-CHRONIC INVALIDS»)

M. M. Salimbaeva

In the given clause the structure, the plan of measures and the basic direction of medical-social activity of SE»Pavlodar specialized house for psycho-chronic invalids» is opened. The basic problems with which the personnel collides at rendering medical aid, and measures under their decision are defined.

THE FEATURES OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES CONSUMPTION AMONG CHILDREN OF YOUNGER AND SENIOR SCHOOL AGE

O. G. Yusupov, Zh. K. Musabekova

In the given clause the preliminary results of epy research of the attitude to psychoactive substances among children of younger and senior school age are presented. The data about the prevalence of consumption of tobacco, alcohol, narcotic and toxic substances among the given age group are cited. The sources of the information, motivation of familiarizing to psychoactive substances, socially-demographic features, correlation between consumption of psychoactive substances and a level of psychological health are considered in details.

Keywords: psychoactive substances, teenagers, motives of consumption, sources of the information, psychological health, social features.