

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ПРОБЛЕМ ФОРМИРОВАНИЯ
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И НАРКОЛОГИИ

С.А. Алтынбеков, Н.А. Негай, А.А. Кусаинов,
Г.А. Джолдыгулов

ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ НА УРОВНЕ
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

(методические рекомендации)

Алматы
2014

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ПРОБЛЕМ ФОРМИРОВАНИЯ
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И НАРКОЛОГИИ**

**С.А. Алтынбеков, Н.А. Негай, А.А. Кусаинов,
Г.А. Джолдыгулов**

**ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ НА УРОВНЕ
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

(методические рекомендации)

**Алматы
2014**

Авторы:

д.м.н. профессор Алтынбеков С.А., к.м.н. Негай Н.А., к.м.н. Кусаинов А.А.,
к.м.н. Джолдыгулов Г.А.

Рецензенты:

д.м.н. профессор Шахметов Б.А
к.м.н. Аширбеков Б.М.

В методических рекомендациях изложены мероприятия, ориентированные на проведение первичной, вторичной и третичной профилактики психических расстройств на уровне ПМСП.

Методические рекомендации предназначены для врачей, психологов, социальных работников ПМСП.

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученых Советов Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии. (Протокол №20 от 06 февраля 2014г) и Национального центра проблем формирования здорового образа жизни (протокол № 1 от «10» февраля 2014 г).

Утверждены решением Экспертного Совета Республиканского Центра развития здравоохранения № 4 от 10 июня 2014 г.

Список сокращений:

ВОЗ	- всемирная организация здравоохранения
Кодекс	- Кодекс РК от 18 сентября 2009 г. № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения»
МЗ	- Министерство Здравоохранения
ПМСП	- первичная медико-санитарная помощь
РК	- Республика Казахстан

Введение

Психические расстройства являются одной из актуальных проблем не только здравоохранения Республики Казахстан, но и во всем мире. Подсчитано, что каждый четвертый человек в мире на протяжении своей жизни имеет какое-либо расстройство психического здоровья [1]. При этом отмечается, что рост распространенности психических нарушений идет не за счет выраженных психотических заболеваний (шизофрения, бредовые психозы и проч.), новследствие увеличения пограничных (невротических и аффективных) расстройств, большая часть которых обусловлена декомпенсацией механизмов психической адаптации[2]. По оценкам ВОЗ, более 75% людей с психическими расстройствами не получают никакого лечения или ухода. В нашей стране причинами такой ситуации является не только дефицит специалистов психиатров, психотерапевтов, психологов, низкий уровень информированности населения о проявлениях и способах коррекции психических нарушений, но низкий уровень настороженности специалистов ПМСП в отношении симптомов психических расстройств. Между тем, по данным эпидемиологических исследований, психические расстройства обнаруживаются у30-60% пациентов первичного медико-санитарного звена[3].

Учитывая вышесказанное целью методических рекомендаций является освещение технологий психопрофилактик и в условиях ПМСП

Содержание	
Введение.....	5
Основная часть.....	6
Общие сведения о психическом здоровье и психических расстройствах.....	6
Мероприятия по первичной психопрофилактике в условиях ПМСП.....	7
Мероприятия по вторичной психопрофилактике в условиях ПМСП.....	9
Технологии диагностики психических расстройств на уровне МСП при приеме граждан.....	9
Тактика специалиста ПМСП при выявлении признаков психических расстройств.....	11
Технологии предупреждения рецидивов и/или экзацербаций и/или хронизации психического расстройства.....	13
Мероприятия по третичной психопрофилактике на уровне ПМСП.....	14
Заключение.....	16
Список использованных источников.....	17

Основная часть

Общие сведения о психическом здоровье и психических расстройствах

Психическое здоровье - состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества [4].

Критерии психического здоровья (по ВОЗ)

- осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я».
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях.
- критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам.
- соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям.
- способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами.
- способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать эти планы.
- способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств

Психические расстройства - патологические состояния, характеризующиеся нарушениями психической, интеллектуальной деятельности различной степени выраженности и эмоциональными расстройствами.

При манифестиации психических заболеваний вышеуказанные критерии психического здоровья не выдерживаются, что обуславливает резкие изменения поведения человека, в виде неадекватности поведенческих реакций текущим условиям, нередко проявлению социально неприемлемых поступков.

По происхождению психические расстройства с определенной долей условности делятся на эндогенные (обусловленные преимущественно наследственными механизмами) – например, шизофрения, биполярное аффективное расстройство, экзогенно-органические (связанные с установленными структурными или функциональными нарушениями деятельности головного мозга вследствие различных причин) – органические психические расстройства, психогенные (обусловленные внешними дистрессовыми, ситуационными причинами) – невротические расстройства (включая психосоматические расстройства).

По степени тяжести выделяют 2 группы психических расстройств – психотические - клиническую картину которых определяют грубые проявления дезорганизации психической деятельности в виде галлюцинаций, бреда,

двигательного возбуждения, непредсказуемостью и неадекватностью поведения и т.п.; непсихотические – клиника которых лишена указанных выше симптомов. Психотические расстройства подлежат лечению в условиях стационара, в то время как непсихотические могут лечиться на амбулаторном этапе.

Большинство психических заболеваний в силу особенностей своего патогенеза (в частности, экзогенно-органические, психогенные) имеют более или менее точно известную дату начала, которой предшествует период практического здоровья. Более того, эти расстройства относятся к т.н. управляемым, т.е. показатели их заболеваемости и болезненности напрямую зависят от сил, средств и «усилий» системы здравоохранения по их превенции и лечению. Напротив, эндогенные расстройства являются «неуправляемыми», причины и патогенез их остаются далеко неясными, а вопросы первичной профилактики, по существу, не разработанными.

Вопросы диагностики и лечения психических расстройств регулируются Кодексом (глава 20) [5]. Согласно Кодексу установление нозологического диагноза психического заболевания является компетенцией врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров. Кроме этого, к исключительной компетенции врача-психиатра принадлежит принятие решения о необходимости оказания психиатрической помощи в принудительном порядке или предоставление заключения для рассмотрения в судебном порядке вопроса, связанного с оказанием психиатрической помощи в принудительном порядке.

Врач ПМСП обладает правом на установление диагноза на дононозологическом уровне с последующим направлением лиц с психическими расстройствами к врачу-психиатру, а также участие в лечении и реабилитации лиц с психическими расстройствами в соответствии с заключением врача-психиатра; организацию и оказание экстренной помощи и госпитализации лиц с психическими расстройствами; проведение профилактических мероприятий по охране психического здоровья населения

Мероприятия по первичной психопрофилактике в условиях ПМСП

Первичная психопрофилактика включает мероприятия, препятствующие возникновению нервно-психических расстройств. К задачам первичной психопрофилактики относится выявление лиц с повышенной угрозой заболевания (преморбидно наименее устойчивых) или ситуаций, несущих в себе угрозу психических расстройств для лиц, оказавшихся в них, вследствие повышенного психического травматизма, и организация психопрофилактических мер по отношению к этим группам и ситуациям. Одним из вариантов реализации первичной психопрофилактики является психологическая коррекция - система психологических воздействий, направленных на изменение определенных особенностей (свойств, процессов, состояний, черт) психики, играющих известную роль в возникновении болезней. Психологическая коррекция не направлена на изменение

симптоматики и вообще клинической картины болезни, т.е. на лечение. В этом заключается одно из важных отличий ее от психотерапии. Она применяется на донозологическом уровне, когда психическое расстройство еще не сформировалось, а при сформировавшемся психическом заболевании для его лечения применяется психотерапия, которую проводит врач-психотерапевт, имеющий психиатрическую подготовку.

Выявление трудностей поведения у ребенка, не связанных с органической или эндогенной патологией, а являющихся следствием педагогической и микросоциальной запущенности, требует проведения коррекционно-педагогических и социальных мероприятий (воздействие на родителей, оздоровление семейной обстановки и др.), направленных на предупреждение формирования аномальной (психопатической) личности. Ввиду психогигиенического и психопрофилактического значения этих мер они должны проводиться психологами ПМСП в сотрудничестве с педагогами.

Юридические аспекты – согласноприказа и.о. Министра здравоохранения РК от 5 января 2011 года № 7 «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь» структурными подразделениями организаций ПМСП, в чью ответственность входит реализация мероприятия, связанных с первичной психопрофилактикой, являются центры семейного здоровья.

Содержание мероприятий по первичной психопрофилактике

Минимально достаточными в аспекте первичной психопрофилактики являются мероприятия, регламентированные приказом и.о. МЗ РК от 30 октября 2009 года № 630 «Об утверждении стандарта оказания специальных социальных услуг в области здравоохранения», в частности:

Социально-медицинские услуги:

1) организация социально-терапевтической работы с лицом (семьей), находящимся в трудной жизненной ситуации (оценка, определение проблемы, составление комплексного плана, оказание помощи с учетом возраста и мониторинг позитивных перемен ситуаций);

2) формирование навыков самообслуживания, поведения в быту и общественных местах, коммуникации, само- и взаимоподдержки;

3) обучение лица (семьи), находящегося в трудной жизненной ситуации основам медико-психологических и социально-правовых знаний для проведения реабилитационных мероприятий в домашних условиях;

4) активное посещение, оказание помощи и наблюдение на дому (патронаж и социальное сопровождение) тяжелобольных, одиноких престарелых, инвалидов, лиц с ограниченными возможностями;

Социально-психологические услуги:

1) проведение психологической диагностики и коррекционной работы;

2) создание условий для оказания индивидуальной или групповой социально-психологической поддержки лицу (семье), находящемуся в трудной жизненной ситуации;

3) оказание индивидуальной социально-психологической помощи и проведение социально-психологических тренингов, использование интерактивных методов.

Социально-педагогические услуги:

1) организаторские услуги, предполагающие поддержку социальных и творческих инициатив, помочь в организации общественно-ценной деятельности;

2) социально-воспитательные услуги, обеспечивающие медико-социально-педагогическую социализацию.

Социально-бытовые услуги:

1) социальная диагностика жизненной ситуации, изучение социально-бытовых условий жизни;

2) санитарно-гигиеническое просвещение и консультирование по вопросам организации быта лица (семьи), находящегося в трудной жизненной ситуации.

Социально-трудовые услуги, направленные на формирование трудовых навыков у лица (семьи), находящегося в трудной жизненной ситуации.

Социально-культурные услуги, направленные на организацию досуга, проведение социально-культурных мероприятий и вовлечение в них лиц (семьей), находящихся в трудной жизненной ситуации.

Мероприятия по вторичной психопрофилактике в условиях ПМСП

Вторичная психопрофилактика объединяет мероприятия, направленные на предупреждение неблагоприятной динамики уже возникших заболеваний, их хронизации, на уменьшение патологических проявлений, облегчение течения болезни и улучшение исхода, а также на раннюю диагностику.

Технологии диагностики психических расстройств на уровне ПМСП при приеме граждан

Наблюдение – неотъемлемая часть диагностики психических расстройств. Применяется для проведения предварительного анализа поведения человека в следующих аспектах (при условии спокойствия, внимательности, корректности и вежливости со стороны врача):

Общая адекватность текущей ситуации – приверженность элементарным правилам поведения: «соблюдение дистанции» с врачом, выбор социально приемлемых выражений; понимание юмора, шуток; соответствие жестов, мимики, характеристик высоты и громкости голоса характеру речевой

продукции, естественность смены положения тела, сосредоточенность внимания на беседе с врачом.

Вероятные признаки неадекватности – крайняя отвлекаемость внимания на любые (даже мелкие) изменения обстановки, необъяснимая настороженность, подозрительность, немотивированное прислушивание и фиксация взгляда в пустоту, беседа с несуществующим собеседником, немотивированные поступки (внезапные соскакивания с места, немотивированная агрессия и\или аутоагgressия).

Особенности эмоциональной сферы – аффективная насыщенность высказываний, малообъяснимый страх, тревога, внезапные смены повышенного и сниженного настроения указывают на нестабильность психического состояния.

Особенности психической продуктивности. В случае низкой продуктивности в результате даже непродолжительной (5-10 минут) беседы отмечаются – относительно быстрая истощаемость – эмоциональная неустойчивость в виде резкого повышения раздражительности или, напротив, легкой манифестиации плаксивости, снижение\повышение громкости голоса, нарастание частоты непонятных (не по существу вопроса) ответов.

Особенности моторики поведения – однообразная (нередко сгорбленная) поза на протяжении всей беседы, стабильно печальное выражение лица должны насторожить в отношении депрессивного синдрома. Напротив чрезмерная активность, неусидчивость, непродуктивная и излишняя жестикуляция, говорливость могут указывать на маниакальное расстройство, а замкнутость, подозрительность, малообъяснимые жесты и общая настороженность должны насторожить в отношении бредовых установок пациента.

Беседа (клиническое интервью) – ключевой компонент диагностики психических расстройств. В условиях ПМСП, когда специалист не планирует целенаправленную диагностику симптомов психических расстройств, в процессе беседы с пациентом целесообразно обращать внимание на следующие аспекты речевой продукции собеседника:

Достаточность словарного запаса – в частности, наличие в структуре речи сложноподчиненных и сложносочиненных предложений. Умение пациента описать свое состояние, конкретизировать жалобы; понимание вопросов (не исключается сознательное (привокационное) усложнение структуры вопроса со стороны врача) – недостаточность словарного запаса может указывать на сниженный уровень интеллектуального развития

Ответы не по существу вопроса – частые подобные ответы могут являться признаками психического расстройства (при условии понятности содержания вопроса для пациента)

Логичность высказываний – отсутствие признаков нарушения законов формальной логики. Естественно, что врач должен иметь представление об этих законах. Например, если пациент на вопрос о вероятных причинах болей в желудке, отвечает: «Это возникло потому, что соседи воздействуют на меня

электромагнитными лучами», врач должен проявить диагностическую настороженность в отношении наличия бредовых расстройств.

Структура высказываний пациента – целесообразно обращать внимание на соответствие смысла и грамматической структуры предложения. Если предложение сохраняет грамматическую структуру при отсутствие смысла, то можно предполагать шизофреническую природу нарушения мышления (пример –«на работе жизнь, как во время желтухи, а холодильник стучит по луне и звездам»). Если же и грамматическая структура предложения и смысл резко нарушены, то не должно исключаться психотическое расстройство органической природы.

Содержание высказываний – внимание обращается на наличие в речи оборотов, содержащих косвенные суицидальные высказывания – «устал от жизни», «в жизни нет радости», «надоела такая жизнь» или прямые суицидальные высказывания.

Клинико-психологическая диагностика – сюда включается использование шкал или опросников, предназначенных для предварительной оценки психического состояния и являющихся дополнением к клиническому интервью. Образцы приемлемых для условий ПМСП шкал приведены в приложении А и В

Тактика специалиста ПМСП при выявлении признаков психических расстройств

Психотическое расстройство – состояние выраженной неадекватности поведения и дезорганизации мышления. Нередки слуховые и зрительные галлюцинации, бредовые высказывания, отчетливый страх, тревога, двигательное беспокойство, маломотивированные поступки, общее возбуждение, агрессия \автоагgressия.

Медицинский аспект – психотическое состояние является отражением глубокого нарушения деятельности головного мозга и является абсолютным показанием для госпитализации в психиатрическую организацию.

Юридический аспект - при наличии у пациента признаков психотического состояния, являющегося тяжелым психическим расстройством, тактика врача определяется статьей 94 Кодекса «Оказание медицинской помощи без согласия граждан».

Алгоритм действий врача ПМСП

1. Оформление врачебного заключения с установлением синдромального диагноза «Психотическое состояние». В заключении обязательно указание конкретных особенностей поведения, по мнению врача, подтверждающих синдромальный диагноз, и рекомендаций, касающихся больного.

2. Срочный вызов участкового психиатра, и\или бригады скорой психиатрической помощи, и\или обеспечение доставки пациента к психиатру (с соответствующими направительными документами).

3. В случае непосредственной опасности пациента для себя и\или окружающих, т.е. при признаках агрессивного поведения\autoагgressивного поведения допустимо применение мер щадящего физического стеснения (с обязательной записью о точном времени продолжительности и характере этих мер в медицинской документации).

4. В случае проявления агрессивных и\или аутоагgressивных действий пациента быть готовым оказать неотложную медицинскую помощь.

Следует помнить:

Психотическое расстройство может быть отражением интоксикации, и\или отравления, и\или инфекционного заболевания. Следовательно, врач не должен забывать о проведении соматического осмотра при подозрении на экзогенный характер психотического состояния. В случае наличия общих признаков интоксикации обязательна консультация токсиколога и\или инфекциониста.

Непсихотические состояния

Психические расстройства, при которых специализированная помощь может быть оказана в плановом порядке.

Психосоматические расстройства – жалобы на соматические симптомы, характер, локализация, интенсивность которых не укладываются в клинику соматических расстройств. Нередко наличие сопутствующих тревоги, депрессивных нарушений, нарушений сна, снижения общей активности.

Ипохондрические синдромы – убежденность пациента в наличии у него тяжелого соматического заболевания, хотя результаты инструментальных обследований говорят об обратном.

Конверсионные (истерические) расстройства – наиболее частые симптомы- выпадения чувствительности, не соответствующие зонам иннервации, невозможность стоять, сидеть, вставать, ходить, совершать движения верхними конечностями при отсутствии объективного снижения силы и тонуса соответствующих мышц.

Тревожные и панические расстройства – периодические эпизоды выраженной тревоги, страха с ярким вегетативным компонентом (сухость слизистых, потливость, тахикардия).

Органические психические расстройства – жалобы на быструю утомляемость, общую слабость, низкую интеллектуальную продуктивность, плохую память, головные боли, головокружения.

Алгоритм действий врача ПМСП

1. Оформление врачебного заключения с установлением синдромального диагноза «невроз» или «непсихотическое органическое расстройство». В заключении обязательно указание конкретных симптомов, по мнению врача,

подтверждающих синдромальный диагноз, и рекомендаций, касающихся больного.

2. Оформление и выдача пациенту направления на осмотр психиатра\психотерапевта.

3. Оформление письменного согласия (см. Приложение С) пациента на передачу информации о его состоянии участковому психиатру\психотерапевту (согласно статье 95 п.3 Кодекса).

3.1 В случае письменного отказа пациента сам отказ и врачебное заключение подшиваются в медицинскую карту амбулаторного больного.

3.2 В случае письменного согласия пациентом направляется телефонограмма (с соответствующей пометкой в медицинской карте амбулаторного больного) участковому психиатру\психотерапевту о подозрении на выявленный случай психического расстройства с указанием контактных данных пациента.

Следует помнить:

Подозрение на психосоматическое или ипохондрическое расстройство может быть обоснованным только после отрицательных результатов проведенного минимально достаточного объема инструментальных обследований по поводу предполагаемого соматического заболевания.

Технологии предупреждения рецидивов и\или экзацербаций и\или хронизации психического расстройства

Результаты анализа эффективности терапии пациентов с психическими расстройствами показывает, что в подавляющем большинстве случаев наибольшая эффективность лечения достигается в психиатрических стационарах. Этого установлено следующими факторами – больной находится в условиях постоянного наблюдения; его состояние и изменения последнего непрерывно мониторируются и своевременно корректируются; психофармакотерапия носит непрерывный характер (за исключением редких случаев отказа больного от лечения).

На амбулаторном этапе эффективность терапии зачастую снижается в силу потери для больного, и главное, для членов его семьи, актуальности поддерживающего лечения. Это связано с отсутствием времени на целенаправленную внутрисемейную курацию пациента (в силу обилия собственных и\или бытовых проблем), а также ложной уверенностью, что стационарное лечение «закрыло все вопросы», связанные с лечением («раз состояние больного улучшилось, значит он выздоровел- зачем лечить дальше?!»). Результатом является рецидив заболевания, регоспитализация и т.д., т.е. возникает порочный круг, для разрыва которого необходимо «помещение» больного и его семьи в информационную среду, снижающую риски самовольного прекращения поддерживающего лечения. Кроме того, нередкими провоцирующими факторами рецидива являются дистрессовые

семейные ситуации, связанные с недостаточным пониманием членов семьи особенностей поведения душевно больного человека. Это требует реализации мероприятий, направленных на обучение навыкам самостоятельной реализации психокоррекционных и психообразовательных мероприятий

Юридический аспект – согласно Кодекса динамическое наблюдение за больными с психическими расстройствами осуществляется психиатрической организацией, которая обеспечивает поддерживающее лечение психофармакопрепаратами. Немедикаментозный аспект наблюдения за психически больными регламентируется приказом и.о. МЗ РК от 30 октября 2009 года № 630 «Об утверждении стандарта оказания специальных социальных услуг в области здравоохранения», т.е. включен в круг мероприятий, реализуемых центрами семейного здоровья ПМСП.

Содержание мероприятий

Стратегическая цель мероприятий, реализуемых центрами семейного здоровья, заключается в формировании и укреплении комплаенса, т.е. понимание больными и членами их семей необходимости непрерывного приема поддерживающего лечения, а также предупреждении дистрессовых семейных ситуаций.

Для этого целесообразно включать в план работы специалистов центров семейного здоровья следующие вопросы:

1.Повышение информированности членов семей, имеющих пациентов с психическими расстройствами о клинико-социальных последствиях психического заболевания, навыках общения с психически больными и методах оптимизации семейного быта, направленных на максимально возможную компенсацию проблем, связанных с совместным проживанием с душевно больным человеком, позитивных и вероятных нежелательных аспектах психофармакотерапии.

2.Обеспечение социальной поддержки психически больным в реализации их прав.

3. Обеспечение непрерывного обмена информацией с участковым психиатром, как для своевременного привлечения последнего для оказания специализированной помощи, так и для планового консультирования.

Мероприятия по третичной психопрофилактике на уровне ПМСП

При третичной психопрофилактике основное значение приобретает социальная реабилитация больного. Более конкретной целью мероприятий по третичной психопрофилактике является привлечение больного к доступной для него социально-полезной деятельности.

Содержание мероприятий (из приказа и.о. МЗ РК от 30 октября 2009 года № 630 «Об утверждении стандарта оказания специальных социальных услуг в области здравоохранения»).

Социально-педагогические услуги:

1) организаторские услуги, предполагающие поддержку социальных и творческих инициатив, помочь в организации общественно-ценной деятельности;

2) социально-воспитательные услуги, обеспечивающие медико-социально-педагогическую социализацию.

Социально-экономические услуги:

1) диагностика социально-экономической ситуации с целью выявления социально-экономических и других проблем;

2) социально-экономический патронаж и возможная помощь в доступе к необходимым социально-экономическим услугам.

Социально-правовые услуги:

1) содействие в проведении бесплатного консультирования по правовым, социально-правовым вопросам медицинского обслуживания и защиты прав пациентов в области охраны здоровья;

2) оказание помощи в написании и оформлении различных документов по социально-правовым вопросам медицинского обслуживания, прав в области охраны здоровья;

3) содействие реализации программ и мероприятий по повышению правовой культуры, правовому просвещению населения в области охраны здоровья;

4) поддержка гражданских инициатив пациентов, направленных на решение социальных, правовых и иных общественно значимых проблем.

Заключение

Задачами специалистов ПМСП (Центров семейного здоровья) являются:

1. По первичной психопрофилактике - плановое проведение скрининговых мероприятий, мероприятий по общей психогигиене, формирование групп риска и проведение коррекционных мероприятий.

2.1 По вторичной психопрофилактике - своевременное распознавание симптомов нарушения психической деятельности и направление пациентов к психиатру\психотерапевту.

2.2 Проведение психообразовательных и психокоррекционных мероприятий направленных на формирование и укрепление комплаенса больных с психическими расстройствами, а также укрепление их внутрисемейного статуса и связей.

3. По третичной психопрофилактике – реализация мероприятий в рамках стандарта оказания специальных социальных услуг, ориентированных на привлечение психически больных к социально- приемлемой и социально-полезной деятельности.

Оценка эффективности внедрения

Выполнение методических рекомендаций в условиях ПМСП обеспечит повышение выявляемости психических заболеваний, а, следовательно, своевременность и улучшение эффективности оказываемой специализированной помощи, а также улучшить качество жизни пациентов с психическими заболеваниями на постгоспитальном этапе.

Показатели эффективности внедрения

- Повышение показателей выявляемости психических расстройств
- Снижение % повторных госпитализаций в психиатрические стационары

Список использованных источников

1 ВОЗ. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда//Доклад о состоянии здравоохранения в мире. 2001

2 Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства(3-е издание, 2000г, 352с.

3 Андрющенко А.В. Распространенность и структура психических расстройств в общей медицине // Психич. расстройства в общ.мед. 2011. - № 1. - С. 14-28.

4 Информационный бюллетень ВОЗ №220 Сентябрь 2010 г.

5 Кодекс РК от 18 сентября 2009 г. № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения»

Приложение А

ТЕСТ «ОЦЕНКА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»

Предназначен для интегральной экспресс-оценки психического состояния в ходе массовых психопрофилактических (скрининговых) и индивидуальных обследований. Разработан в Научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева (Гурвич И. Н., 1992).

Выполнение теста занимает 10—15 минут. Бланки обрабатываются работником среднего медицинского персонала или другим специально проинструктированным лицом. Обработка сводится к подсчету общей суммы набранных обследуемым баллов и занимает не более одной минуты.

Инструкция: В данной анкете представлены явления, которыми, как правило, психика человека отвечает на трудные жизненные ситуации. Внимательно прочитайте и оцените по следующей шкале то, насколько каждое из этих явлений представлено в Вашей жизни:

1. Бессонница, расстройства сна.

4(здесь и далее количество баллов) — есть и было всегда;

3 — есть уже длительное время;

2 — появилось в последнее время;

1 — было в прошлом, но сейчас нет;

0 — нет и не было.

2. Ощущение, что окружающие люди относятся к Вам недоброжелательно.

4 — есть и было всегда;

3 — есть уже длительное время;

2 — появилось в последнее время;

1 — было в прошлом, но сейчас нет;

0 — нет и не было.

3. Головные боли.

4 — есть и было всегда;

3 — есть уже длительное время;

2 — появилось в последнее время;

1 — было в прошлом, но сейчас нет;

0 — нет и не было.

4. Изменение настроения без видимых причин.

4 — есть и было всегда;

3 — есть уже длительное время;

2 — появилось в последнее время;

1 — было в прошлом, но сейчас нет;

0 — нет и не было.

5. Чувство дискомфорта и боязнь темноты.

4 — есть и было всегда;

3 — есть уже длительное время;

2 — появилось в последнее время;

1 — было в прошлом, но сейчас нет;

0 — нет и не было.

6. Ощущение, что Вы стали хуже других людей.

4 — есть и было всегда;

3 — есть уже длительное время;

2 — появилось в последнее время;

1 — было в прошлом, но сейчас нет;

0 — нет и не было.

7. Плаксивость, склонность к слезам.

4 — есть и было всегда;

3 — есть уже длительное время;

2 — появилось в последнее время;

1 — было в прошлом, но сейчас нет;

0 — нет и не было.

8. Ощущение комка в горле.

4 — есть и было всегда;

3 — есть уже длительное время;

2 — появилось в последнее время;

1 — было в прошлом, но сейчас нет;

0 — нет и не было.

9. Боязнь высоты.

4 — есть и было всегда;

3 — есть уже длительное время;

2 — появилось в последнее время;

1 — было в прошлом, но сейчас нет;

0 — нет и не было.

10. Быстрая утомляемость, чувство усталости.

4 — есть и было всегда;

3 — есть уже длительное время;

2 — появилось в последнее время;

1 — было в прошлом, но сейчас нет;

0 — нет и не было.

11. Неуверенность в себе, в своих силах.

4 — есть и было всегда;

3 — есть уже длительное время;

2 — появилось в последнее время;

1 — было в прошлом, но сейчас нет;

0 — нет и не было.

12. Сильное чувство вины.

4 — есть и было всегда;

3 — есть уже длительное время;

2 — появилось в последнее время;

1 — было в прошлом, но сейчас нет;

0 — нет и не было.

13. Опасение по поводу возможного возникновения тяжелого заболевания.

4 — есть и было всегда;

3 — есть уже длительное время;

2 — появилось в последнее время;
1 — было в прошлом, но сейчас нет;
0 — нет и не было.

14. Боязнь находиться одному в помещении или на улице.
4 — есть и было всегда;
3 — есть уже длительное время;
2 — появилось в последнее время;
1 — было в прошлом, но сейчас нет;
0 — нет и не было.

15. Опасение покраснеть на людях.
4 — есть и было всегда;
3 — есть уже длительное время;
2 — появилось в последнее время;
1 — было в прошлом, но сейчас нет;
0 — нет и не было.

16. Трудности в общении с людьми.
4 — есть и было всегда;
3 — есть уже длительное время;
2 — появилось в последнее время;
1 — было в прошлом, но сейчас нет;
0 — нет и не было.

17. Беспричинный, необоснованный страх за себя, за других людей, боязнь каких-либо ситуаций.
4 — есть и было всегда;
3 — есть уже длительное время;
2 — появилось в последнее время;
1 — было в прошлом, но сейчас нет;
0 — нет и не было.

18. Дрожание рук, ног, всего тела.
4 — есть и было всегда;
3 — есть уже длительное время;
2 — появилось в последнее время;
1 — было в прошлом, но сейчас нет;
0 — нет и не было.

19. Трудность сдерживать проявления своих чувств.
4 — есть и было всегда;
3 — есть уже длительное время;
2 — появилось в последнее время;
1 — было в прошлом, но сейчас нет;
0 — нет и не было.

20. Сниженное, плохое или подавленное настроение.
4 — есть и было всегда;
3 — есть уже длительное время;
2 — появилось в последнее время;
1 — было в прошлом, но сейчас нет;

0 — нет и не было.

21. Учащенное сердцебиение.

4 — есть и было всегда;
3 — есть уже длительное время;
2 — появилось в последнее время;
1 — было в прошлом, но сейчас нет;
0 — нет и не было.

22. Беспрчинная, необоснованная тревога, предчувствие, что может произойти что-то неприятное.

4 — есть и было всегда;
3 — есть уже длительное время;
2 — появилось в последнее время;
1 — было в прошлом, но сейчас нет;
0 — нет и не было.

23. Безразличие, отсутствие интереса ко всему происходящему.

4 — есть и было всегда;
3 — есть уже длительное время;
2 — появилось в последнее время;
1 — было в прошлом, но сейчас нет;
0 — нет и не было.

24. Чрезмерная раздражительность, вспыльчивость.

4 — есть и было всегда;
3 — есть уже длительное время;
2 — появилось в последнее время;
1 — было в прошлом, но сейчас нет;
0 — нет и не было.

25. Повышенная потливость.

4 — есть и было всегда;
3 — есть уже длительное время;
2 — появилось в последнее время;
1 — было в прошлом, но сейчас нет;
0 — нет и не было.

26. Чувство общей слабости, вялости.

4 — есть и было всегда;
3 — есть уже длительное время;
2 — появилось в последнее время;
1 — было в прошлом, но сейчас нет;
0 — нет и не было.

Тест позволяет распределить обследуемых на пять групп (уровней) психического здоровья:

— I группа, здоровые — сумма баллов менее 10;

— II группа, практически здоровые с благоприятными прогностическими признаками — 11—20 баллов;

— III группа, практически здоровые с неблагоприятными прогностическими признаками (предпатология) — 21—30 баллов;

- IV группа, легкая патология — 31—40 баллов;
 V группа с существенными признаками патологии — более 40 баллов.

Интерпретация результатов теста «Нервно-психическая адаптация»

Сумма баллов	Диагностическое заключение	Рекомендации
До 20 баллов	Психическое здоровье полное Нервно-психическая устойчивость, отсутствие признаков стресса	Соблюдение общих правил психогигиены
21-30 баллов	Психическое здоровье ограниченное. Нервно-психическая неустойчивость, признаки стресса	Консультация клинического психолога, углубленноепсиходиагностическое обследование, психопрофилактические мероприятия
31—40 баллов	Вероятность пограничной психической патологии, невротизации	Консультация психиатра,комплексное лечение
Более 40 баллов	Вероятность выраженной психической патологии	Консультация психиатра,комплексное лечение

Приложение Б

ШКАЛА КРАТКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА (MINI-MENTAL STATE EXAMINATION — MMSE)

Наиболее часто используемый в мире метод для скрининга на когнитивные нарушения. Из разделов MMSE при легкой или начальной форме деменции в первую очередь будут страдать отсроченное воспроизведение слов, способность отнимать по 7, рисование и называние букв слова в обратном порядке. Для уточнения можно попросить пациента запомнить 5–7 слов вместо 3, дополнительно нарисовать циферблат часов, найти общее и отличия между предметами, выполнить вычисления. Если пациент недобирает баллы в каком-то тесте, его следует попросить выполнить схожее задание, чтобы уточнить природу ошибки. Например, при неправильном копировании фигур можно предложить нарисовать циферблат часов. Так или иначе, сумма баллов MMSE менее 28 в молодом возрасте и менее 24 для пожилых указывает на значительную вероятность когнитивных нарушений и служит показанием для углубленного нейропсихологического исследования.

Ориентировка	Невер. ответ (0) вер.ответ (1)
1.Какое сегодня число? Для казахоязычных: Бұған нешесі ?	
2.Какой сейчас месяц? Для казахоязычных: Қазір кай ай?	
3.Какой сейчас год? Для казахоязычных: Қазір қай жыл?	
4.Какой сейчас день недели? Для казахоязычных: Бұған аптаның кай күні?	
5.Какое сейчас время года? Для казахоязычных: Қазір жылдың кай мезгілі?	
6.В каком городе (селе) вы живете? Для казахоязычных :Сіз кай калада(ауылда) тұрасыз ?	
7.В какой области мы сейчас находимся? Для казахоязычных: Сіз кай облыста тұрасыз	
8.В каком учреждении мы сейчас находимся? Для казахоязычных: Біз қазір қай мекеменің ішінде отырмыз	
9.На каком этаже мы находимся? Для казахоязычных: Біз қазір нешінші қабатта отырмыз	
10.В какой стране мы находимся? Для казахоязычных: Біз кай елде турамыз	
Восприятие. Задание. Для обследуемого - слушайте внимательно, я произнесу 3 слова. Вы должны повторить их за мной. Запомните эти слова, я попрошу повторить их через некоторое время. Для казахоязычных. Мұжият болыныз. Мен сізге үш сөз айтып беремін, сіз оларды кайталап та есінізге алыныз. Бұл сөздерді кейінірек маған айтып бересіз. Слова: Мяч (доп), флаг (ту), дверь (есік).	

Для исследователя – повторяйте слова до тех пор, пока обследуемый не повторит все слова (но не более 5 попыток). В баллах оценивается только первое воспроизведение

- | | |
|----------------------------|--|
| 11. Ответил «мяч» (доп) | |
| 12. Ответил «флаг» (ты) | |
| 13. Ответил «дверь» (есік) | |

Внимание и счет. Попросите обследуемого провести серийное вычитание от 100 по 7 (не более 5 операций). Запишите 1 балл за каждый верный результат.

Если обследуемый не может или не хочет посчитать. Предложите ему назвать обратном порядке слово «земля» Я Л М Е З (для казахоязычных можно «көпір» Р И П Θ К).

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 14. Ответил 93 (токсан уш) или Р | |
| 15. Ответил 86 (сексен алты) или I | |
| 16. Ответил 79 (жетпіс тогыз) или П | |
| 17. Ответил 72 (жетпіс екі) или Θ | |
| 18. Ответил 65 (алпыс бес) или К | |

Попросите обследуемого повторить 3 слова, названные вами прежде

- | | |
|----------------------------|--|
| 19. Ответил «мяч» (доп) | |
| 20. Ответил «флаг» (ты) | |
| 21. Ответил «дверь» (есік) | |

Покажите обследуемому наручные часы и ручку и спросите, что это.

- | | |
|-----------------------------|--|
| 22. Ответил «часы» (сағат) | |
| 23. Ответил «ручка» (калам) | |

Попросите обследуемого повторить

Никаких если, и или но

Для казахоязычных - Шеше, кешенешесындыкесе?

Выполнение 3-х этапных действий. Попросите обследуемого:

«Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на колено»

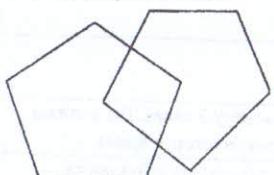
Для казахоязычных Қағаздың оң колынызбен алып, ол қақортасынан жасалып, тізенізгекойыңыз

- | | |
|---------------------------------|--|
| 25. Правильно взял бумагу | |
| 26. Правильно сложил пополам | |
| 27. Правильно положил на колено | |

Чтение. Покажите обследуемому четко написанное задание. «Закройте глаза». Попросите прочитать и выполнить его

- | | |
|--|--|
| 28. Закрыл глаза | |
| 29. Дайте пациенту чистый лист и попросите написать предложение. Приложите написанное обследуемым предложение к индивидуальному листу обследования | |

30. Попросите обследуемого перерисовать следующий рисунок. Можно на том же листке, на котором он написал предложение.



Приложите написанное и перерисованное обследуемым к индивидуальному листу обследования.

Ключ к шкале

28-30 баллов – норма, 26-27 баллов – легкие когнитивные нарушения, 24-25 баллов – умеренные когнитивные нарушения, 20-23 баллов – деменция легкой степени, 11-19 баллов – умеренная деменция, 0-10 баллов – тяжелая деменция

Приложение В

**ФОРМА ПИСЬМЕННОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА НА ПЕРЕДАЧУ
СВЕДЕНИЙ О ЕГО СОСТОЯНИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ
ОРГАНИЗАЦИЮ**

Я _____ г.р.

Согласен\не согласен на передачу сведений о моем психическом состоянии в психиатрическую организацию _____

Мне объяснены и мной поняты в полном объеме возможные последствия для моего здоровья в случае несвоевременного обследования у психиатра\психотерапевта.

Дата _____

Подпись пациента _____

Фио и подпись врача _____

Примечание – в случае несовершеннолетних или лишенных дееспособности согласие или отказ заполняется законными представителями.