

Висновки

1. Доведено, що своєчасне підписання інформованої добровільної згоди пацієнтом, під час звернення за медичною допомогою, є одним з видом контролю якості надання медичної допомоги.

2. Показано, що лікарі первинної медико-санітарної допомоги не в повному обсязі інформують пацієнтів про всі положення, прописані в інформованій добровільній згоді пацієнта, порушуючи його права та не забезпечуючи належну якість медичної допомоги, пояснюючи недостатністю часу на виконання всіх положень.

3. Встановлено, що підписання інформованої добровільної згоди пацієнтом при наданні медичної допомоги на вторинному рівні відбувається взагалі з порушеннями прав пацієнтів та невиконанням лікарями своїх обов'язків.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть в розробці заходів щодо забезпечення контролю за своєчасним підписанням інформованої добровільної згоди пацієнтом, після надання лікарем повної інформативності.

Література

1. Закон України про правові основи біоетики (Проект) [Електронний ресурс] / МОЗ України // Режим доступу: <http://h.ua/story/178873/>

2. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 р. № 110 "Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування" [Електронний ресурс] / МОЗ України // Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/portal/dn_20120214_110.html

3. Наказ МОЗ України від 24.02.2012 р. № 163 "Про управління якістю медичної допомоги" [Електронний ресурс] / МОЗ України // Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/docfiles/Nakaz163dodatok.rar>

4. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 51 "Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги" [Електронний ресурс] / МОЗ України // Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z2002-12>

5. Фломін Ю.В. Управління якістю медичної допомоги як важливий аспект менеджменту в охороні здоров'я / Ю.В. Фломін // Україна. Здоров'я нації. – 2012. - № 4 (24). – С. 100-106.

Клименко В.І

Информированное добровольное согласие пациента – самоконтроль качества оказания медицинской помощи

Резюме. В статье на основании анализа об информированности пациентов терапевтического профиля во время подписания «Информированного добровольного согласия пациента на проведение диагностики, лечения и на проведение операции и обезболивания» (ф. № 003-6/о) о характере и особенности течения заболевания, необходимости проводимой диагностики и лечения показано, что своевременно подписанное пациентом информированное добровольное согласие является одной из форм контроля качества медицинской помощи.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, информированное добровольное согласие, биоэтика.

Klimenko V.I.

Informed Voluntary Consent of Patient as Self-Control of Quality of Medical Care

Summary: This article shows that patient signed an informed voluntary consent is a form of control and quality of medical care which based on the analysis of patient information of therapeutic profile, signing an «Informed voluntary consent of the patient for the diagnosis, treatment, and for the operation and anesthesia» (f. № 003-6/o) about the characteristics and features of the disease, the necessity of conducted diagnostic and treatment.

Key words: quality of medical care, informed voluntary consent, bioethics.

Надійшла 28.01.2013 року.

УДК 616.89-084:616.89-008-071

Підлубний В.Л.

Алгоритм використання основних діагностичних осей багаторівневих психіатричних систематик під час проведення профілактичних психіатричних оглядів

Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології (зав. каф. – проф. В.В.Чугунов)
Запорізького державного медичного університету

Резюме. Представлено результати психопрофілактичних оглядів 982 працівників промислових підприємств, які проведені з використанням розробленого алгоритму на основі діагностичних осей багатовимірних психіатричних систематик. Доведено, що використання даного алгоритму при проведенні профілактичних оглядів працівників промислових підприємств призводить до підвищення ефективності діагностики стану психічного здоров'я, зменшенню часу на проведення самого огляду і дозволяє зробити узагальнюючий висновок про причини виникнення психічних розладів, якість життя на момент огляду, а також спрогнозувати можливі напрямки терапії та психопрофілактики.

Ключові слова: алгоритм діагностики, багатоосьова діагностична систематика, клінічна феноменологія, працівники промислових підприємств, непсихотичні психічні розлади, психічне здоров'я.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Виникнення багатоосьових підходів у діагностиці психічних розладів пов'язують з концепцією структурного аналізу Карла Бірнбаума і багаторівневою діагностикою Ернста Кречмера. Згодом, на рубежі 30-х років ХХ століття, тенденція до розширення діагностичних уявлень була реалізована у

формуванні поняття «функціонального діагнозу». На теперішній час розроблено різні варіанти функціональних діагностичних систематик, а багатоосьові класифікації орієнтовані на різні вимоги практичної психіатрії. Серед них виділяють спеціалізовані та універсальні класифікації [6], до яких можна віднести систему багаторівневої оцінки хворих [3] систематику, що використовується в науково-дослідному інституті ім. Бехтерева, а також у DSM-IV і багаторівневий варіант МКХ-10.

Основою переважної більшості сучасних робіт з вивчення теоретичних та прикладних проблем граничних станів у психіатрії є використання клініко-феноменологічного методу. Вважається, що він залишається "єдиним загальноновизнаним і надійним діагностичним інструментом, що ґрунтується на феноменологічному аналізі стану" [4]. Однак, аналіз даних катамнезу як окремих нозологічних форм, так і груп патології, що приводяться в літературі, показує їх помітну суперечність і, скоріше, піднімає нові питання, ніж висвітлює проблему прогнозу різних форм психічних розладів та їх поєднань. За даними різних наукових досліджень, у понад 70 % осіб працездатного віку при проходженні профілак-

тичних оглядів не виявляються розлади психіки та поведінки [1,2]. При цьому, навіть «класичні» феноменологічні прояви часто залишаються на «другому плані», будучи «фоновим» рівнем функціонування, в той час як в центрі уваги у 50-85% осіб виявляються раніше не характерні синдроми [9].

В той же час суперечливим залишається питання щодо взаємозв'язку між різними формами граничних станів у психіатрії, зокрема, між непсихотичними органічними та невротичними розладами. Переважна більшість дослідників, які підтримують думку «нейрофізіологічної платформи» [5], підкреслюють значення органічного компонента в патогенезі, клініці, відповідно, динаміці невротів, в той час як представники, психодинамічного напрямку категорично заперечують подібний підхід [7,8]. Не звертаючи уваги на застосування методики багатоосової діагностики в різних країнах світу, переважним методом постановки діагнозу в клінічній практиці психіатра нашої держави залишається психофеноменологічний метод.

Таким чином, суперечливість наведених даних сучасної наукової літератури свідчить про необхідність використання нових ефективних, не феноменологічних методів оцінки психічного стану. Все вищенаведене посилюється тим, що діагностика, яка заснована лише на нозологічній методології, не завжди може дати достовірний індивідуальний прогноз, оскільки базується лише на імовірних значеннях.

Мета дослідження. Розробити алгоритм оцінки стану психічного здоров'я працівників промислових підприємств на основі використання основних діагностичних осей багаторівневих психіатричних систематик і оцінити його ефективність.

Матеріал і методи дослідження

Нами на базі Запорізької обласної клінічної психіатричної лікарні проведено дослідження стану психічного здоров'я 982 працівників промислових підприємств у віці від 20 до 60 років (середній вік 34,3±4,81 років), що проходили психопрофілактичні огляди, відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України № 1465 від 27.12.2000 р. За гендерним розподілом переважна більшість обстежених були чоловіки - 656 (66,8 %), а 326 (34,2 %) – жінки. Це є закономірним, тому що контингент дослідження – робітники промислових підприємств. Дослідження проводилось протягом 2008-2011 р.р.

Оскільки методологія дослідження базувалась на системному підході, принципах доказовості та біотики медичних досліджень, основними методами її стали: клініко-феноменологічний - з метою оцінки психічного стану відповідно до сучасної міжнародної класифікації хвороб; психоекспериментальний - з метою визначення рівня виразності психічних порушень; визначення індивідуальних особливостей, що відображають здатність хворого до цілеспрямованої діяльності, з використанням експериментальних-психологічних методик (SCL-90, «Діагностичні тест особистісних розладів» (PDQ-4 в адаптації В.П. Дворченко), «Опитувальник невротичних розладів - симптоматичний» (ОНР-СІ). Психосоціальний - з використанням опитувальника якості життя ВООЗ-100, яка передбачає диференційований розгляд особливостей соціального функціонування та якості життя у різних сферах життєдіяльності. В якості основного інструменту дослідження використовувалася «Базисна карта для клініко-епідеміологічних досліджень», розроблена в ДНЦ соціальної та судової психіатрії ім. В.П.Сербського, модифікована відповідно до мети нашого дослідження. Статистичний - з метою кількісної оцінки результативності запропонованого діагностичного алгоритму.

Результати дослідження та їх обговорення

На відміну від класичного психофеноменологічного підходу, концепція багатоосових психіатричних систематик передбачає системний аналіз рівня та характеру дисфункції, під якою розуміється порушення адаптивної поведінки та особистісної соціальної діяльності пацієнта при тій чи іншій формі психічної патології.

Функціональна діагностика служить, в першу чергу, для оцінки збереженого особистісного потенціалу, таким чином, призначена для визначення типу динаміки психопатологіч-

них проявів і прогнозу стану, та полягає у визначенні рівня «функціональної недостатності» («соціальної компетентності») в основних сферах діяльності, встановленні типу пристосованості і виявленні факторів, що обумовлюють функціональну недостатність». Більшість авторів пропонують в даному контексті розглядати три типи факторів: «хвороба (патодинамічний аспект функціонального діагнозу), особистість (психологічний аспект) і соціальне оточення (соціальний аспект). У зв'язку з тим, що діагностика психічного стану особи відбувається під час профілактичних оглядів, ми маємо можливість виявити порушення на досиндромальному рівні та, навіть рівні симптомів, тим самим попередити виникнення хвороби. Враховуючи вищезазначене запропонований нами алгоритм діагностики включає в себе кілька етапів.

На початковому етапі роботи проводилась діагностика симптоматичних станів обстежених осіб. Для цього нами було розроблено «опитувальник» на підставі глосарію до «інструкції про проведення обов'язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів», який дозволяє в доступній формі з'ясувати основні напрямки проведення психофеноменологічної діагностики та надає змогу формувати висновок по першій осі, яка відбиває патодинамічний аспект активності хвороби, фазу її розвитку, характер і різність базисної дезінтеграції, наявність ознак дезонтогенеза, тобто соматобіологічні передумови формування розладу компенсаторно-приспосувальних процесів.

Рівнева діагностика, що проводилась на другому етапі, базувалася на застосуванні «Шкали узагальненої оцінки функціонування» (Global Assessment of Functioning Scale, «GAF»), яка використовується для вимірювання рівня поведінкових порушень обстежуваних.

Третій етап дослідження полягав у вивченні соціальних аспектів функціонального діагнозу і дозволяє розкрити зовнішні умови адаптації, що зумовлені впливом з боку значущого оточення (сім'ї, професійного середовища, мікросоціальних груп, суспільних інститутів). Для цього нами проводився збір інформації про сімейне і професійний статус особистості, який здійснювався за допомогою методики визначення якості життя та соціального функціонування «КЖ ВООЗ-100».

На четвертому етапі діагностики, метою якого було визначення особливостей рівня організації особистості, типів особистісних адаптацій, рис характеру та структури особистості, обстежуваним пропонувалася одна з вищезазначених психоекспериментальних методик, вибір якої визначався за результатами першого етапу дослідження. Психологічний аспект функціонального діагнозу характеризував особу хворого: рівень її розвитку, ціннісні орієнтації, структуру потреб, способи вирішення важких і конфліктних ситуацій та кращі форми психологічної компенсації.

Використання всіх вищезазначених методик разом дозволяє встановити різні рівні психічного здоров'я серед обстежених осіб. Так, серед 982 обстежених нами працівників промислових підприємств групу практично здорових (з психічною адаптацією) склали лише 161 особа, що відповідає 16,4±1,18% (на 100 обстежених), інші 821 (83,6±1,18%, на 100 обстежених) ($p < 0,001$) мали психічну дезадаптацію різного ступеня, яка розподілилась за структурою наступним чином: у 199 осіб (24,2±1,5%, на 100 обстежених) встановлено непатологічну психічну дезадаптацію; у 283 (34,5±1,66%, на 100 обстежених) - патологічна психічна дезадаптація; у 338 (41,2±1,72%, на 100 обстежених) - непсихотичні психічні розлади. Таким чином, у структурі психічної дезадаптації вірогідно переважають особи з непсихотичними психічними розладами, які потребують психіатричної допомоги.

Встановлений розподіл обстежених, залежно від рівня психічного здоров'я, дозволив нам оптимізувати проведення психіатричних профілактичних оглядів із включенням до

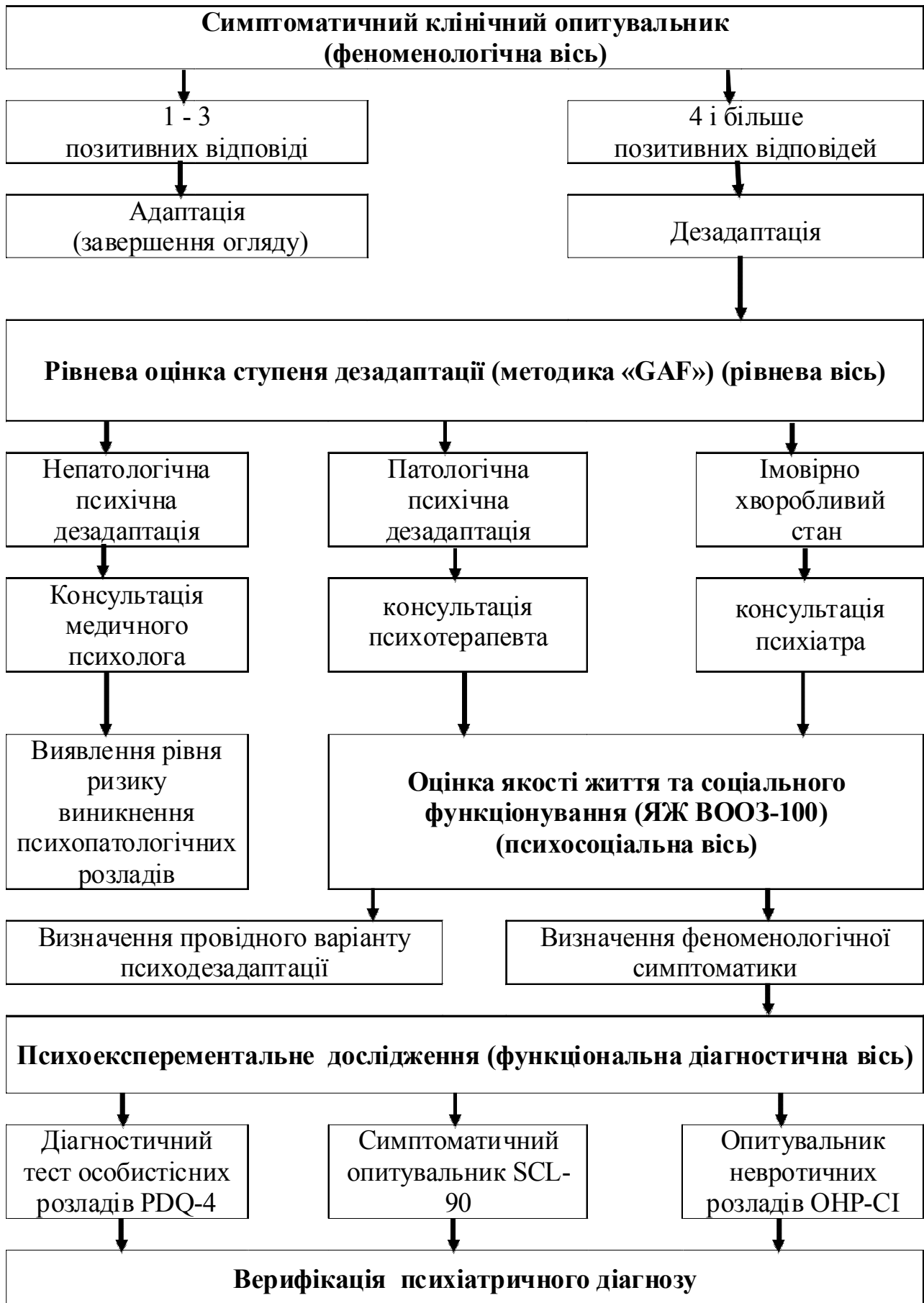


Рис1. Алгоритм оцінки стану психічного здоров'я з використанням багаторівневих систематик

них алгоритму основних діагностичних осей багаторівневих психіатричних систематик (рис. 1).

Провівши порівняльний аналіз результатів психопрофілактичних оглядів працівників промислових підприємств з використанням класичного клініко-феноменологічного підходу, при якому використовується лише оцінка психічного стану з визначенням ознак достатніх для діагностики розгорнутого синдрому, та запропонованим нами алгоритмом багаторівневої діагностики, доведено медичну та економічну ефективності: на 31,4 % зросла патологічна ураженість, зменшилася тривалість часу повного огляду психічного стану обстеженого, що призводить до збільшення пропускної здатності, систематизований та всебічний підхід оцінки рівня психічного стану особистості дозволяє зробити припущення про причини виникнення розладів, оцінити рівень якості життя на момент обстеження та спрогнозувати можливі напрямки терапії та психопрофілактики.

Висновки

1. Системний аналіз опрацьованих у процесі роботи джерел літератури довів необхідність проведення повного комплексного обстеження стану психічного здоров'я працівників промислових підприємств під час проведення психопрофілактичного огляду.

2. Для оптимізації проведення психопрофілактичних оглядів працівників промислових підприємств розроблено алгоритм оцінки стану психічного здоров'я з використанням основних діагностичних осей багаторівневих психіатричних систематик.

3. Доведено, що використання алгоритму дозволяє встановити різні рівні психічного здоров'я: група практично здорових (психічна адаптація) - 16,4±1,18 % (на 100 обстежених) та особи з психічною дезадаптацією - 83,6±1,18 % (на 100 обстежених), а також безпосередньо структуру психічної дезадаптації 24,2±1,5 % (на 100 обстежених) - непатологічна психічна дезадаптація; 34,5±1,66 % (на 100 обстежених) - патологічна психічна дезадаптація; 41,2±1,72 % (на 100 обстежених) - непсихотичні психічні розлади).

4. Показано, що включення алгоритму оцінки стану психічного здоров'я з використанням багаторівневих систематик під час проведення психопрофілактичних оглядів працівників промислових підприємств підвищує медичну та економічну ефективності, дозволяє оцінити рівень якості життя на момент обстеження та спрогнозувати можливі напрямки терапії та психопрофілактики.

Перспективи подальших досліджень будуть полягати у поглибленому вивченні семіотичної структури психодезадаптаційних станів з наступною розробкою удосконаленої моделі своєчасної профілактики станів психічної дезадаптації у працівників промислових підприємств.

Література

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. – 4-е изд. перераб. и доп. / Ю. А. Александровский. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 720 с.
2. Вейн А. М. Вегетативно-сосудистая дистония / А. М. Вейн, А. Д. Соловьёва, А. Д. Колосова. – М. : Медицина, 1981. – 320 с.
3. Вид В.Д. Многомерный диагноз и оценка эффективности

групповой психотерапии при шизофрении и шизотипальном расстройстве / Вид В.Д // Обзор. психиат. и мед. психол. - 1994. – N 1. - С. 46 - 53.

4. Костюк Г.П. О типологии приспособительного поведения лиц с психическими расстройствами / Костюк Г.П., Рустанович А.В // Актуальные проблемы психического здоровья. – Киров, 2000. - с. 123 – 125.

5. Менделевич В.Д. Неврология и психосоматическая медицина / Менделевич В.Д., Соловьёва С.Л // – М., 2002. – 608 с.

6. Рустанович А.В. Многоосевая диагностика как составляющая гуманистических тенденций развития современной психиатрии / Рустанович А.В // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. – СПб, 2000. – С. 58 – 60.

7. Рустанович А.В. Многоосевая диагностика психических расстройств у военнослужащих / Рустанович А.В., Фролов Б.С. // – СПб.: ВмедА, 2001. – 40 с.

8. Скорик А.И. Функциональный диагноз: холистический взгляд на психические расстройства и их многомерная оценка / Скорик А.И // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. – СПб, 2000. – С. 60 – 61.

9. Чабан О.С. Конверсия невротических синдромов в рамках патоморфоза пограничных непсихотических расстройств / Чабан О.С. // Вестн. научн. исследований. – 2002. – Т.2, № 1. – С. 32.

Подлубний В.Л.

Алгоритм использования основных диагностических осей многоуровневых психиатрических систематик при проведении профилактических психиатрических осмотров

Резюме. Представлены результаты психопрофилактических осмотров 982 работников промышленных предприятий, проведенные с использованием разработанного алгоритма на основе диагностических осей многомерных психиатрических систематик. Доказано, что использование данного алгоритма при проведении профилактических осмотров работников промышленных предприятий приводит к повышению эффективности диагностики состояния психического здоровья, уменьшению времени на проведение самого осмотра и позволяет сделать обобщающий вывод о причинах возникновения психических расстройств, качестве жизни на момент осмотра, а также спрогнозировать возможные направления терапии и психопрофилактики.

Ключевые слова: алгоритм диагностики, многоосевая диагностическая систематика, клиническая феноменология, работники промышленных предприятий, непсихотические психические расстройства, психическое здоровье.

Pidlubniy V.L.

Algorithm of Using of Basic Diagnostic Axis Multidimensional Psychiatric Taxonomist During Preventive Psychiatric Examinations

Summary. In this article there are the results of psycho prophylactic inspections of 982 industrial workers conducted with the use of the algorithm based on the axes of multidimensional psychiatric diagnostic taxonomies. It is proved, that the using of this algorithm during preventive examinations of workers of industrial enterprises leads to more effective diagnostic of mental health, reducing the time for carrying out the examination and allows to make general conclusion about the causes of mental disorders, quality of life during the examination and predict possible ways of therapy and psychological prophylaxis.

Keywords: diagnostic algorithm, multi-axis diagnostic classification, clinical phenomenology, industrial workers, non-psychotic mental disorders, mental health.

Надійшла 05.11.2012 року.