МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

АДАПТИРОВАННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ СЕСТРИНСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО

РАБОТЕ С КАТЕГОРИЯМИ ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИМИ СИЛЬНОДЕЙСТВУЮЩИЕ ВЕЩЕСТВА

Нур-Султан, 2020

УДК 614
ББК 51.1
А-28

Рецензенты:
Алтынбеков С.А. – д.м.н., профессор, Президент Ассоциации специалистов, работающих в сфере психического здоровья Республики Казахстан (РОО «АСРСПЗ»)
Смагулова Г.С. – директор филиала РГП на ПХП «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

Адаптированное клиническое сестринское руководство по работе с категориями лиц, употребляющими сильнодействующие вещества: Г.А. Садвакасова, Б.К. Манаспаева // Нур-Султан: Республиканский центр развития здравоохранения, 2020.-44 с.

ISBN 978-601-305-388-2

Руководство предназначено для медицинских сестер расширенной практики, студентов специальности «Сестринское дело» уровня бакалавриата. Цель данного руководства – оказать содействие сестринскому персоналу при выявлении, оценке и ведении пациентов с зависимостями от психоактивных веществ. Данное руководство предоставляет научно-обоснованную информацию по скринингу, оценке и мониторингу лиц, подверженных риску или употребляющих психоактивные вещества, с целью оптимизации выявления и ведения данной категории пациентов и поддержания отказа от употребления ПАВ.

УДК 614
ББК 51.1

Клиническое руководство обсуждено и одобрено на заседании экспертного совета Республиканского центра развития здравоохранения Республики Казахстан (протокол № 8 от 28 мая 2020 г.)

ISBN 978-601-305-388-2

© Г.А.Садвакасова, Б.К. Манаспаева

СОДЕРЖАНИЕ

СОКРАЩЕНИЯ 4

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ 5

ВВЕДЕНИЕ 10

1.ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛЬ 11

2.ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 13

3.МЕТОДЫ 14

4.РЕКОМЕНДАЦИИ 15

5.ПРОЦЕСС ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ 37

6. ВНЕДРЕНИЕ РУКОВОДСТВА 38

7. РАЗРАБОТКА РУКОВОДСТВА 39

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИСТОЧНИКИ 40

ПРИЛОЖЕНИЯ 45

СОКРАЩЕНИЯ

АД	Артериальное давление
в/в	Внутривенно
в/м	Внутримышечно
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
МКБ 10	Международная классификация болезней
МСР	Медико-социальная реабилитация
НПВ	Новые психоактивные вещества
ПАВ	Психоактивное вещество/психоактивные вещества
ПВ	Патологическое влечение
ППР	Психические и поведенческие расстройства
КВ	Краткосрочное вмешательство
МК	Мотивационное консультирование
СКВНЛ	Скрининг, краткосрочное вмешательство по изменению образа жизни и направление на лечение
УД	Уровень доказательности
CNA	Canadian Nurses Association
CNO	College of Nurses of Ontario
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
RNAO	Registered Nurses' Association of Ontario
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
THC	Тетрагидроканнабинол
PHAC	Public Health Agency of Canada
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Амбивалентность: «Одновременное присутствие конкурирующих мотиваций за и против перемен.

Аналитические исследования: Аналитические исследования проверяют гипотезы о взаимосвязи воздействия и исхода.–Аналитические исследования включают исследования типа «случай-контроль» и когортные исследования.

Вовлечение: Приверженность лица лечению и его поддержание во всех его формах. Успешная программа взаимодействия помогает пациентам рассматривать лечебное учреждение /медицинскую организацию как важный ресурс.

Воздержание от употребления: Синдром, вызванный специфическим психоактивным веществом, возникающий из-за сокращения или прекращения интенсивного или длительного употребления психоактивных веществ. Воздержание от употребления может привести к значительному стрессу или нарушению в социальной, профессиональной или других сферах деятельности.

Восстановление: «Восстановление включает в себя процесс роста и трансформации, когда человек оставляет в прошлом острое расстройство, часто связанное с проблемой психического здоровья или заболевания, и развивает вновь обретенные сильные стороны и новые способы существования» (Комиссия по психическому здоровью Канады.

Детоксикация: «Процесс безопасного и эффективного вывода человека из-под воздействия, вызывающего зависимость вещества, обычно осуществляемый под наблюдением врача».

«Детоксикация - это процесс, с помощью которого человек выводится из-под воздействия психоактивного вещества. Являясь клинической процедурой, процесс воздержания от употребления должен контролироваться и осуществляться безопасным и эффективным образом, чтобы симптомы при воздержании были сведены к минимуму. Как правило, человек находится в клиническом состоянии интоксикации или уже находится в состоянии воздержания от употребления в начале детоксикации. Детоксикация может включать в себя прием лекарств, доза которых рассчитывается для снятия симптомов при воздержании без индукции интоксикации, и постепенно снижается по мере выздоровления человека».

Дискриминация: Нарушение права человека на равное обращение в отношении услуг, товаров и услуг по признаку расы, происхождения, места происхождения, цвета кожи, этнического происхождения, гражданства, вероисповедания, пола, сексуальной ориентации, гендерной идентификации, гендерного самовыражения, возраста, брачного статуса, семейного положения или инвалидности.

Доказательства - это информация, которая ближе всего соответствует обстоятельствам дела. Форма, которую они принимают, зависит от контекста. Результаты качественного, методологически обоснованного исследования дают наиболее точные доказательства. Поскольку исследования часто являются неполными, а иногда противоречивыми или недоступными, другие виды информации являются необходимыми дополнениями или заменой для исследований. Основой решения, основанного на доказательствах являются многочисленные формы доказательств, объединенные, чтобы сбалансировать их строгость с целесообразностью, отдавая предпочтение первым по сравнению с последними.

Заинтересованная сторона: Физическое лицо, группа или организация, заинтересованные в решениях и действиях организаций и которые могут пытаться влиять на решения и действия (. В заинтересованные стороны входят все отдельные лица или группы, которые будут прямо или косвенно затронуты изменением или решением проблемы.

Замена: Замена предпочитаемого лицом наркотика на лекарство с меньшим риском, связанным с его употреблением (например, метадон или бупренорфин).

Исследование «случай-контроль»: Исследование, в котором проводится сравнение людей с конкретной болезнью или представляющим интерес исходом (случаи), с людьми из той же самой группы населения без такой болезни или такого исхода (контроль).

Краткосрочная мера по изменению образа жизни (КМ). Краткосрочная мера по изменению образа жизни - это метод, используемый медицинскими работниками для выражения сочувствия к пациенту и предоставления обратной связи, чтобы повысить его мотивацию к изменениям, связанным с его или ее употреблением психоактивных веществ. Большинство лиц проходят от одного до четырех сессий по 5–30 минут с обученной медсестрой или медицинским работником.

Клиническое наблюдение: «Аналитический процесс, который позволяет подопечным исследовать и изучать роль, которую они играют в сложностях событий в терапевтических взаимоотношениях, а также в качестве практики». Это возможность для личного и профессионального роста, которая не включает в себя наказания или суждения.

Клинические руководства/рекомендации:

Систематически разрабатываемые положения, помогающее практикующим врачам и пациентам принимать решения относительно соответствующего медицинского ухода для конкретных обстоятельств клинической практики; также именуемое как руководство по клинической практике.

Комплексная оценка: Комплексная оценка - это био / психо / социальная оценка сестринского ухода за пациентом, которая «включает сбор анамнеза и медицинский осмотр; рассматривает психологические, эмоциональные, социальные, духовные, этнические и культурные аспекты здоровья; учитывает значение опыта болезни пациента; и оценивает, как все это влияет на повседневную жизнь человека».

Когортное исследование: Обсервационное исследование, в котором определенная группа людей (когорта) отслеживается с течением времени либо проспективно, либо ретроспективно.

Контролируемое исследование: Клиническое испытание, в котором исследователь проверяет гипотезу, проводя вмешательство, воздействие или лечение участникам, которые не распределены случайным образом в экспериментальную группу и контрольную группу.

Культурная компетентность. Культурная компетентность - это «применение знаний, навыков, отношений и личных качеств, необходимых медсестрам для обеспечения надлежащего медицинского обслуживания и услуг в отношении культурных особенностей своих пациентов. Культурная компетентность включает в себя оценку разнообразия, знание культурных обычаев и традиций обслуживаемого населения, а также понимание их при оказании человеку медицинской помощи». Культурная компетентность признает значительное влияние культурных ценностей и убеждений, а также власти и иерархии, которые часто присущи взаимоотношениям с пациентами, особенно между лицами из маргинальных групп и практикующими специалистами.

Качественное исследование: Исследование, в котором используется интерактивный и субъективный подход для изучения и описания явлений (например, жизненного опыта) и для придания им значения. Природа этого типа исследований носит исследовательский и открытый характер. Анализ включает в себя организацию и интерпретацию нечисловых данных (например, феноменология, этнография, обоснованная теория, тематическое исследование и т.д.).

Межпрофессиональная команда: Группа специалистов, состоящая из людей разных профессий, работающих вместе для достижения общей цели и разделяющих процесс принятия решений для достижения этой цели. Целью в области здравоохранения является работа в сотрудничестве с пациентами и их семьями для обеспечения лечения, которое отражает их цели и ценности.

Межпрофессиональная команда обычно состоит из одного или нескольких врачей, медсестер, социальных работников, духовных наставников, работников личной поддержки и добровольцев. По мере необходимости, если это позволяют ресурсы, в состав команды могут входить представители других дисциплин.

Меры по изменению образа жизни (вмешательства): Охватывают конкретные стратегии лечения, терапии или методы, которые используются для лечения одного или нескольких расстройств.
Метаанализ: Систематический обзор рандомизированных контролируемых испытаний, в котором используются статистические методы для анализа и обобщения результатов включенных исследований.
Мотивационное консультирование (МК): основанный на фактах, ориентированный на пациента, недирективный метод консультирования для усиления внутренней мотивации лица к изменениям.
Неформальное вмешательство: Предоставление вмешательства лицам, которое инициируется и осуществляется непрофессионалом. Это вмешательство основано на опыте людей из того же самого круга и может включать добровольное бесплатное содействие со стороны людей из того же самого круга.
Настойчивое интенсивное лечение в сообществе (НИЛС): Форма вмешательства, в которой обычно используются интенсивные информационно-пропагандистские мероприятия, постоянная круглосуточная ответственность за благополучие лица, активное и постоянное взаимодействие с лицами, высокая интенсивность услуг и оказание помощи междисциплинарным командам. НИЛС делает акцент на совместном принятии решений с лицом, поскольку это важно для процесса взаимодействия с лицом.
Описательные исследования: Исследования, в которых формируют гипотезы и описывают характеристики выборки индивидов в определенный момент времени. Исследователи не проводят какое-либо вмешательство для проверки гипотезы, а просто описывают, кто, где и когда в отношении полученных результатов. Описательные исследования включают в себя поперечные исследования.
Оценка: Базовая оценка для лица, который подвергается риску или испытывает расстройство, вызванное употреблением психотропных веществ, состоит из сбора ключевой информации и участия в процессе с пациентом, который позволяет консультанту понять готовность лица к изменениям, проблемные области, психическое здоровье, инвалидность и сильные стороны. Оценка обычно включает в себя клиническое обследование функционирования и благополучия пациента и включает в себя ряд тестов и письменных и устных упражнений.
Общественное осуждение: «Социальный процесс, пережитый или ожидаемый, характеризующийся исключением, отказом, обвинением или обесцениванием в результате опыта или разумного ожидания неблагоприятного социального суждения о человеке или группе».
Поперечное исследование: Исследование, измеряющее распределение определенной(ых) характеристики (характеристик) в популяции в определенный момент времени (одним из методов может быть опрос).
Профилактика передозировки: Целью программ профилактики передозировки является предотвращение вредных последствий и смерти от передозировки среди лиц, употребляющих психоактивные вещества. Программы профилактики передозировки обеспечивают образование, обучение и прием лекарств (например, «наборы для дома») для лиц, употребляющих психотропные вещества и подвергающихся риску передозировки. Например, предоставление программ налоксона лицам, которые употребляют психотропные вещества, для предотвращения передозировки.
Практические рекомендации: Утверждения для реализации в практической деятельности медицинских работников, которые в идеале основаны на доказательствах.
Психоактивное вещество: в данном руководстве психоактивное вещество - это химическое вещество, обладающее психотропными свойствами (например, наркотики и(или) алкоголь). Такие препараты можно условно разделить на такие группы как депрессанты, стимуляторыи галлюциногены. Эти лекарственные препараты потенциально могут использоваться безопасно и не создавать проблем. Однако существует вероятность злоупотребления

лекарственными препаратами, что приводит к расстройству, связанному с употреблением психоактивных веществ.

Подходящие инструменты скрининга: Подходящим инструментом скрининга является инструмент клинического скрининга, который специфичен для используемого(ых) вещества (веществ), популяции лиц и клинических условий, в которых проводится скрининг. Список часто используемых подходящих инструментов скрининга см. **Приложение 1.**

Поддерживающая терапия агонистами: «Агонист - это вещество, которое имитирует действие нейротрансмиттера или гормона для получения ответа, когда он связывается с определенным рецептором в мозге. Опиоидные препараты, например, героин и метадон, являются агонистами, которые вызывают такие реакции, как «симпатия», анальгезия и угнетение дыхания».

Рандомизированное контролируемое исследование (РКИ): Эксперимент, в котором исследователь проводит вмешательство, воздействие или лечение участникам, которые случайным образом распределены либо в экспериментальную группу (получает вмешательство), либо в группу сравнения-контроля (традиционное лечение/плацебо/без вмешательства). За участниками проводится наблюдение и проводится их оценка с тем, чтобы определить эффективность вмешательства.

Расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ: «Группа когнитивных, поведенческих и физиологических симптомов, указывающих на то, что индивидуум продолжает употреблять определенное психоактивное вещество, несмотря на значительные проблемы, связанные с ним».

В данном Руководстве термин «расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ» относится к лицам, подверженным риску возникновения проблем, вызванных употреблением психоактивных веществ, а также к лицам, которые соответствуют критериям МКБ-10 по расстройству, вызванному употреблением психоактивных веществ.

Систематический обзор: Обзор четко сформулированного вопроса, в котором используются систематические и четкие методы для выявления, выбора и критической оценки соответствующих исследований, а также для сбора и анализа данных из исследований, которые включены в обзор.

Снижение вреда: «Снижение вреда» относится к политике, программам и практикам, которые в первую очередь направлены на уменьшение неблагоприятных последствий для здоровья, социальных и экономических последствий использования легальных и нелегальных психоактивных препаратов без необходимости сокращения потребления наркотиков. Снижение вреда приносит пользу людям, употребляющим наркотики, их семьям и сообществу».

Сопутствующее расстройство. Совокупность сопутствующих расстройств относится к тем лицам, которые испытывают, как минимум, одно диагностируемое психическое расстройство наряду как минимум с одним расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ.

Терапия антагонистами: «В отличие от действия агониста, антагонист, такой как налтрексон, связывается со специфическим рецептором в мозге, но не активирует его. Поэтому, если агонист, например, героин или метадон, присутствует и активирует рецептор, прием налтрексона противодействует активации, что приводит к воздержанию от употребления».

Терапевтический альянс: тип взаимоотношений между пациентом и клиницистом, при котором они оба работают совместно для достижения общих целей, с взаимным уважением и пониманием; также называется «союз помощи». Именно доверительная связь, сформированная между пациентом и клиницистом во время терапевтической работы, делает возможным исцеление.

Универсальный скрининг: первоначальный скрининг всех лиц для выявления потенциального или фактического риска или вреда, вызванного употреблением психоактивных веществ.

Уязвимые группы населения. Уязвимые группы населения - это группы, которые имеют повышенную восприимчивость и большее бремя болезни, и неблагоприятные последствия для здоровья из-за различий в доступе к ресурсам здравоохранения. Примеры уязвимых групп населения: матери-одиночки, живущие в условиях нищеты, бездомные люди и беженцы, и тд.

Формальное вмешательство: Предоставление пациентам вмешательства, которое инициируется и осуществляется медицинским работником в виде медицинской услуги.

ВВЕДЕНИЕ

Клинические руководства основаны на имеющихся результатах научных исследований и практическом опыте. Данное клиническое сестринское руководство является документом, предоставляющим информацию для доказательной сестринской практики. Использование клинических сестринских руководств гарантирует, что лицо получает самый качественный уход. Клиническое сестринское руководство предназначено для специалистов сестринского дела в Республике Казахстан. Клиническое сестринское руководство может быть использовано другими медицинскими работниками, а также пациентам и членами их семей. Качественно разработанное руководство улучшает результаты для пациентов.

Клинические сестринские руководства - это не алгоритмы, объясняющие выполнение процедур, а скорее инструмент принятия решений для медсестры. При применении клинического сестринского руководства на практике, нужно учитывать тип медицинской организации, условия использования руководства, а также предпочтения пациентов и их семей. Важно отметить, что соблюдение данных рекомендаций не обязательно приводит к улучшению состояния пациента. Клиническое сестринское руководство не отменяет ответственности медсестры в принятии соответствующих решений и аргументированного использования руководства в зависимости от ситуации.

Цели и методы описаны в начале документа. В основную часть включены рекомендации для сестринской практики. В конце клинического сестринского руководства описан процесс разработки и перечислены разработчики. Кроме этого, в руководства даны термины и определения.

При использовании данного клинического сестринского руководства в медицинской организации рекомендуется оценить его на предмет соответствия и приемлемости в конкретных условиях.

Данное клиническое сестринское руководство разработано в соответствии с «Методологическими рекомендациями по адаптации международных клинических сестринских руководств» (методические рекомендации № 2).

УРОВЕНЬ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ В РЕКОМЕНДАЦИЯХ РУКОВОДСТВА

Уровень доказательности — это инструмент для выражения надежности информации об исследованиях, которые лежат в основе рекомендаций. Клинические сестринские руководства в Республике Казахстан являются адаптацией оригинальных международных руководств, где используются различные способы градации доказательств.

При адаптации клинического сестринского руководства сохранена градация оригинального руководства. Чем выше градация, тем более значима доказательность данных рекомендаций. В таблице 1 представлены градация доказательств, используемая в данном руководстве.

Таблица 1 - Уровни доказательности

Ia	Доказательства, основанные на результатах мета-анализа или систематического обзора рандомизированных контролируемых исследований (далее-РКИ) и(или) обобщение множества, в первую очередь количественных, исследований.
Ib	Доказательства, полученные по результатам как минимум одного рандомизированного контролируемого испытания.
IIa	Доказательства, полученные по результатам как минимум одного продуманного контролируемого исследования без рандомизации.
IIb	Доказательства, полученные по результатам как минимум одного продуманного квазиэкспериментального исследования без рандомизации.
III	Синтез множественных преимущественно качественных исследований.
IV	Доказательства, полученные по результатам продуманных не экспериментальных, наблюдательных исследований, таких как аналитические или описательные исследования и (или) качественных исследований.
V	Доказательства, полученные по результатам экспертного заключения или отчетов комитета и(или) клинического опыта авторитетных организаций/специалистов.

1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛЬ

1.1 Актуальность проблемы

Расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ (ПАВ), определяются как «совокупность когнитивных, поведенческих и физиологических симптомов, указывающих на то, что индивидуум продолжает употреблять определенное психоактивное вещество, несмотря на значительные проблемы, связанные с ним» [1]. В настоящем Руководстве термин «расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ» будет использоваться для обозначения лиц, подверженных риску возникновения проблем, вызванных употреблением психоактивных веществ, а также лиц, которые соответствуют критериям наличия расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ.

Согласно Международной классификации болезней 10 пересмотра, используемой в нашей стране, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ – это широкий спектр различных по тяжести и клиническим проявлениям расстройств, развитие которых всегда связано с употреблением одного или более психоактивных веществ, предписанных или не предписанных по медицинским показаниям.

Для оценки ситуации злоупотребления психоактивными веществами, согласно действующим нормативно-правовым актам, в РК действует система регистрации больных алкоголизмом и наркоманией, которая включает в себя несколько видов наркологического учёта. Согласно официальной статистике,

на начало 2019 года число общего контингента лиц, находящихся под диспансерным и профилактическим наблюдением по поводу психических поведенческих расстройств (ППР), вызванных употреблением ПАВ, составило 125348 человек, в том числе 22748 с зависимостью от наркотиков. В расчёте на 100 тыс. населения этот показатель составил 681,4, при этом наблюдается снижение показателя на 9,5% по сравнению с прошлым отчетным периодом. В целом количество зарегистрированных потребителей наркотиков имеет тенденцию к уменьшению в течение последних пяти лет среди всех зарегистрированных зависимых лиц, включая мужчин и женщин.

Максимальное количество зарегистрированных лиц приходится на возраст 30-39 лет. В 2018 году оценочная численность лиц, потребляющих наркотики с помощью инъекций, составляет 120500 человек [2], соответственно на наркологическом учёте состоит 18% потребителей инъекционных наркотиков от их оценочного количества. Доля потребителей инъекционных наркотиков в соотношении с численностью населения в возрасте от 15 лет и старше в Республике Казахстан составляет 0,9% [3].

На данный момент в стране нет объективных и надежных данных, отражающих актуальную ситуацию, связанную с потреблением наркотиков среди всего населения. Эпидемиологическое исследование потребления наркотиков среди населения страны, проведенное в 2012 году показало распространённость вовлечения в потребление ПАВ среди организованных групп молодёжи (учащиеся, студенты) [3]. Согласно полученным данным, 15,8%(±1,9) учащихся в возрасте 16 лет употребляли в течение жизни какие-либо наркотические вещества. Наибольшая распространённость текущего потребления наркотических веществ и потребления когда-либо в жизни встречается среди молодёжи в возрасте 22 года и среди лиц, мужского пола. При сравнении текущего потребления наркотических веществ среди молодёжи наблюдается тенденция увеличения с возрастом количества лиц, потребляющих каннабис. Количество потребляющих опиаты и экстази остается примерно на одном и том же уровне, потребление ингалянтов, можно предположить, с возрастом снижается.

Психические поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ, представляют собой комплекс физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление психоактивных веществ или класса психоактивных веществ начинает занимать более важное место в системе ценностей лица, чем другие формы поведения, которые ранее были более важными для него [4].

Психоактивное вещество (ПАВ) – вещество (или смесь), которое влияет на функционирование центральной нервной системы, приводя к изменению психического состояния иногда вплоть до изменённого состояния сознания [5]. Используются в рекреационных целях или в медицине.

Критерии диагностирования и классификации (см. **Приложение 2 и 2.1**) расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ, также часто называемого «зависимостью», основаны на патологических моделях поведения,

которые включают нарушение контроля, социальное нарушение, сопряженное с риском употребление и фармакологические критерии.

1.2. Цель руководства

Клиническое сестринское руководство- это систематически разрабатываемые утверждения, призванные помочь медсестрам и межпрофессиональной команде принимать решения о надлежащей медицинской помощи [6]. В настоящем Руководстве представлены научно обоснованные рекомендации для медсестер и других членов межпрофессиональной команды, которые оценивают и проводят мероприятия для людей, которые употребляют психоактивные вещества и могут подвергаться риску или испытывать расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ, во всех условиях оказания медицинской помощи. В частности, ведении пациентов на поддерживающей заместительной терапии.

1.3 Целевые пользователи

Данное клиническое сестринское руководство написано для медицинских сестер расширенной практики, оказывающих медицинскую помощь на уровне амбулаторной службы, первичной медико-санитарной помощи из различных медицинских учреждений в Республике Казахстан. Данное руководство также предназначено для организаторов и провайдеров медицинских услуг и других медицинских работников, оказывающих лечение и уход за лицами, употребляющими психоактивные вещества. Данное клиническое сестринское руководство может быть также полезным для пациентов, их семей и лиц, оказывающих уход.

1.4 Целевая популяция

Целевая популяция данного клинического сестринского руководства - это лица в возрасте 11 лет и старше, которые употребляют психоактивные вещества и могут подвергаться риску или испытывают расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ. Основной акцент – сфера помощи лицам, имеющих проблемы с употреблением психоактивных веществ.

1.5 Клинические вопросы, рассмотренные в руководстве

В данном клиническом сестринском руководстве представлены вопросы скрининга, оценки, краткосрочные меры по изменению образа жизни, перенаправление на лечение лиц, имеющих проблемы с употреблением психоактивных веществ.

2. ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

В данном руководстве содержатся рекомендации по наилучшей практике в двух основных областях:

– Практические рекомендации, адресованные в первую очередь медсестрам и другим членам межпрофессиональной команды, которые оказывают медицинскую помощь для молодых и взрослых пациентов во всех условиях практической деятельности.

– Рекомендации по образованию, адресованные тем, кто отвечает за обучение медсестер и персонала, таким как преподаватели, факультеты повышения квалификации, менеджеры, администраторы и учебные заведения.

В сферу применения настоящего Руководства входят эффективные меры по оценке и оказанию помощи в целях изменения образа жизни, которые могут применяться к лицам в возрасте 11 лет и старше, которые употребляют психоактивные вещества и могут подвергаться риску или испытывают расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ. Также включены рекомендации по образованию, организации и политикам для улучшения доступа к медицинскому обслуживанию для таких лиц.

Поскольку инструменты оценки и меры для изменения образа жизни лечебного характера для детей младше 11 лет могут значительно отличаться от тех, которые используются в работе с подростками, взрослыми и пожилыми людьми, область применения данного Руководства не распространяется на детей младше 11 лет. Комплексный обзор нарушений, не вызванных употреблением психоактивных веществ, в рамках более широкой категории зависимостей (например, азартные игры, шопоголизм, расстройства пищевого поведения, интернет/технологии, секс-зависимости и т.д.) также не входят в сферу применения настоящего Руководства, поскольку меры по оценке и вмешательствам для изменения образа жизни могут варьировать в зависимости от отдельно взятого конкретного расстройства.

Меры по оценке и вмешательствам для изменения образа жизни, специфичные для вызванных употреблением табака расстройств, также были исключены. Несмотря на то, что группе известно о взаимосвязи между употреблением психоактивных веществ и психическим здоровьем (т.е. сопутствующим расстройством), из-за сложностей, вызванных работой с этой группой населения, изучение этой темы выходит за рамки настоящего Руководства. В сферу данного руководства не входит фармакологический менеджмент зависимостей, так как это прерогатива врачей-специалистов в данной области, а также ввиду необходимости учитывать индивидуальные характеристики пациентов.

Основное внимание в руководстве уделяется ключевым компетенциям и стратегиям, которые необходимы медсестрам и членам межпрофессиональной команды для оценки и ведения лиц, употребляющих психотропные вещества, основанным на доказательствах. Эффективное оказание помощи таким лицам требует координации между медицинскими работниками, а также открытого общения ними и их пациентами. Кроме того, следует учитывать индивидуальные потребности и предпочтения пациентов и учитывать имеющиеся личные и окружающие ресурсы.

3. МЕТОДЫ

Систематический обзор литературы проводился с использованием определенной стратегии поиска. Базы данных, в которых проводился поиск, включают Кокрановский центральный регистр контролируемых исследований

(CENTRAL), Национальный институт исследований в области здравоохранения - оценка технологий здравоохранения (NIHR-HTA), Medline, Medline In-Process, Embase, Cinahl, PsycINFO и Кокрановская библиотека. Поиск проводился по публикациям за период 2009-2019 годы.

4. РЕКОМЕНДАЦИИ

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИКЕ		**Уровеньд оказатель ности**
1.0 **Обследование**	Рекомендация 1.1: Рекомендуется проводить скрининг всех пациентов, чтобы определить, употребляют ли они психоактивные вещества (ПАВ).	V
	Рекомендация 1.2: Если лицо употребляет ПАВ, рекомендуется использовать универсальные вопросы проверки и(или) соответствующий инструмент проверки, чтобы определить уровень необходимой поддержки/помощи.	V
	Рекомендация 1.3: Рекомендуется проводить комплексную оценку всехлиц, у которых по результатам скрининга получен положительный результат на предмет употребления ПАВ, в зависимости от обстоятельств, основываясь на знаниях, навыках, времени, обстановке и имеющихся ресурсов медсестер.	V
2.0 Планирование	Рекомендация 2.1:С помощью методов мотивационного консультирования, в целях разработки плана оказания медицинской помощи, рекомендуется установить доверительные отношения с пациентом.	Ia
3.0 Внедрение	Рекомендация 3.1: В целях сотрудничества с лицами, подверженными риску или страдающими расстройством, вызванным употреблением ПАВ рекомендуется использоватькраткосрочное вмешательство по изменению образа жизни.	Ia
	Рекомендация 3.2: Для улучшения жизнедеятельности и здоровья лиц, подверженных риску или употребляющих ПАВ,в зависимости от обстоятельств, рекомендуется проводить пропаганду и поддерживать доступ к комбинированным фармакологическим и психосоциальным мерам по изменению образа жизнии, содействовать надлежащему использованию комбинированных мер по изменению образа жизни.	Ia
	Рекомендация 3.3: В зависимости от ситуации, рекомендуется привлекать детей и подростков, подвергающихся риску или испытывающих расстройство, вызванное употреблением ПАВ, к помощи семейной терапии вплоть до выздоровления.	Ia
4.0 Оценка	Рекомендация 4.1: Рекомендуется пересматривать эффективность плана мероприятий медицинской помощи пациентудо тех пор,	V

	пока его цели не будут достигнуты.	
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБУЧЕНИЮ		**Уровень доказательности**
5.0 Обучение	Рекомендация 5.1: В рамках программы обучения медсестер и других медицинских работников необходимо интегрировать возможности теории и клинической практики, касающихся оказания медицинской помощи лицам, подвергающимся риску или страдающим расстройством, вызванным употреблением ПАВ.	V
	Рекомендация 5.2: В целях повышения компетентности в оценке и работе с лицами, подверженными риску или страдающими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ, медицинским работникам необходимо участвовать в непрерывном образовании.	Ib
	Рекомендация 5.3: В целях повышения осведомленности о своих взглядах, ценностях и убеждениях при работе с лицами, подвергающимися риску, либо испытывающими расстройство, вызванное употреблением ПАВ, медицинские сестры должны анализировать свою практику.	V

Алгоритм привлечения лиц, использующих ПАВ

Представленный алгоритм отображает все практические и образовательные рекомендации, содержащиеся в данном Руководстве, которые должны быть реализованы на всех уровнях оказания помощи (см. Рисунок 1). Алгоритм может быть реализован поэтапно или в сокращенном формате. Решение будет зависеть от среды оказания медицинского обслуживания (например, отделение неотложной помощи, медицинское учреждение общей соматики, специализированное психиатрическое учреждение и т.д.), факторов лица (например, предполагаемый риск или известное расстройство, вызванное употреблением ПАВ) и факторов медсестры (например, знания и навыки).

Медсестра может проводить все этапы алгоритма скрининга, оценки, меры по изменению образа жизни и, при необходимости, привлекать других медицинских работников.

Этап 1 - охватывает скрининг всех лиц, с целью определения выявления употребления ПАВ, применим ко всем медсестрам и другим медицинским работникам в различных клинических условиях с тем, чтобы начать обсуждение вопроса об употреблении ПАВ. В случае получения положительного результата на предмет употребления ПАВ, для определения необходимого объема медицинской помощи, медсестры или другие медицинские работники должны провести дальнейшее обследование, применив вопросы универсального скрининга или соответствующий инструмент.

Этап 2. - В любых клинических условиях, когда имеется ограниченность сроков, знаний и ресурсов, медсестрами и другими медицинскими работникам применяется кратковременное вмешательство по изменению образа жизни,

плана и цели медицинской помощи, направление в службу поддержки. В данном этапе отражена минимальная поддержка, необходимая для всех лиц, которые употребляют ПАВ.

Этап 3 - охватывает комплексную оценку, план медицинской помощи и цели, меры по изменению образа жизни и оценку, применим к тем медсестрам и другим медицинским работникам, которые имеют конкретные знания, навыки, время и ресурсы для более тесной работы по скринингу, оценке и проведению мер по изменению образа жизни у лиц, которые употребляют ПАВ. Этап 3 может осуществляться во всех условиях оказания медицинской помощи, но главным образом в условиях психиатрических учреждений и практик по работе с зависимостью (Рис.1.)

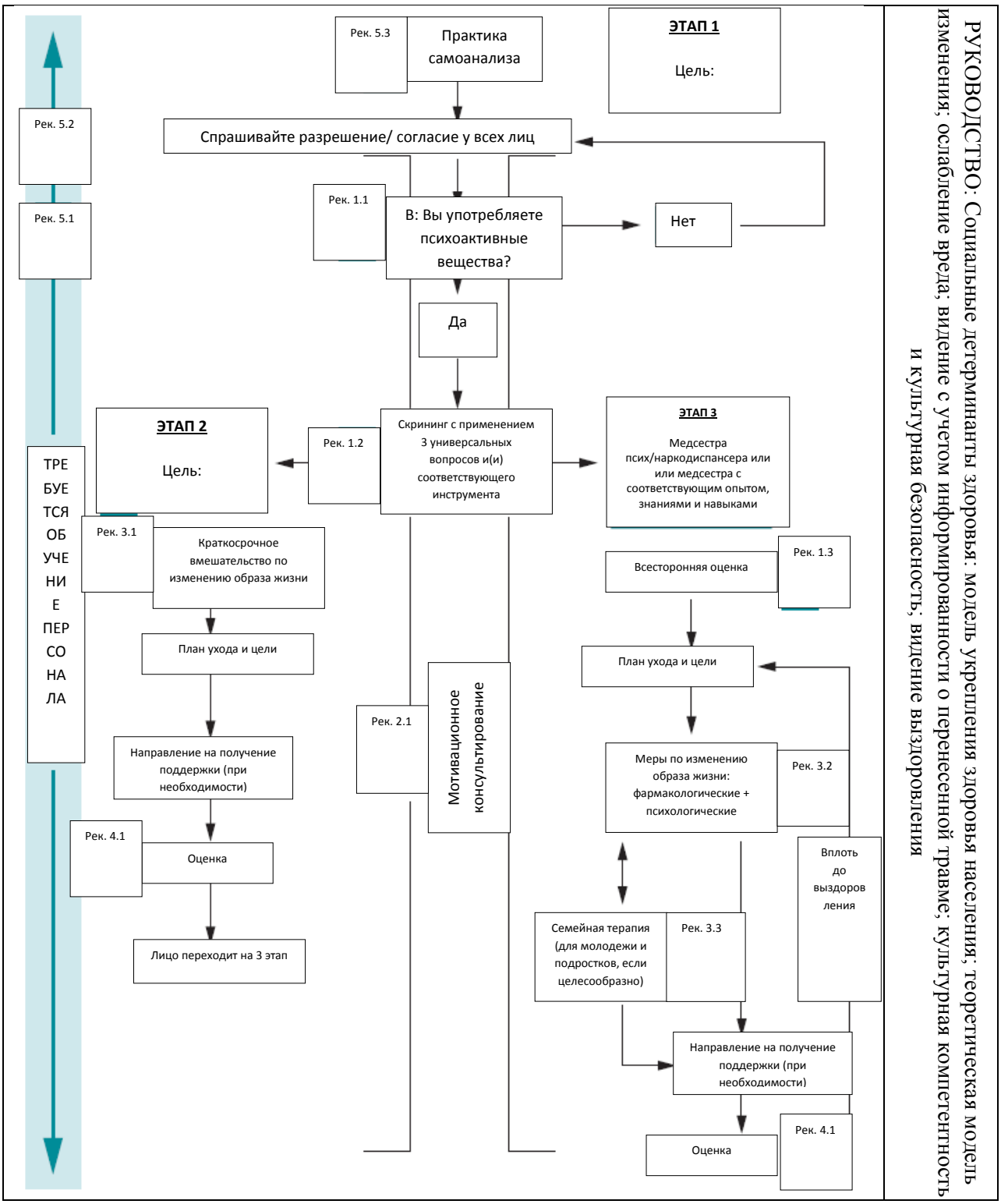

Рисунок 1. Алгоритм привлечения лиц, которые употребляют ПАВ. *Подготовлено группой экспертов RNAO. Авторское право принадлежит Ассоциации дипломированных медсестер Онтарио, 2015.*

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
1.0 ОЦЕНКА
РЕКОМЕНДАЦИЯ 1.1:

РЕКОМЕНДАЦИЯ 1.1:	
Рекомендуется проводить скрининг (Рисунок 1) всех лиц, для выявления употребления ими ПАВ.	Уровень доказательности = V
РЕКОМЕНДАЦИЯ 1.2:	
В случае выявления лиц, употребляющих ПАВ, используйте универсальные чек-листы и(или) соответствующий инструмент проверки, чтобы определить уровень необходимой поддержки.	Уровень доказательности = V

Обсуждение доказательств:

Скрининг - это формальный процесс тестирования для выявления лиц в определенный период времени, по которым требуется более тщательная оценка для подтверждения или опровержения потенциальных рисков или диагностирования расстройства, вызванного употреблением ПАВ [7,8]. Было показано, что применение стандартизированных инструментов скрининга в различных клинических условиях (например, в отделениях неотложной помощи, в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, в учреждениях неотложной медицинской помощи, организациях длительного ухода) снижает потребление ПАВ среди лиц; улучшает доступ к ранним мерам по изменению образа жизни, тем самым уменьшая вред для здоровья этих лиц и приводя к положительным результатам для них; сокращает расходы системы на медицинскую помощь [8,9]. Все медицинские работники в любых клинических условиях должны быть в состоянии выявить и проводить базовый скрининг и оценку всех лиц для выявления употребления ПАВ и любых потенциальных физических или психологических рисков для здоровья, вызванных употреблением таких веществ (Национальный институт здравоохранения и здравоохранения NICE) [10]. Стандартизированные соответствующие инструменты скрининга должны быть краткими, простыми в применении, подходящими для целевой группы населения, экономически эффективными и надежными при выявлении лиц, по которым требуется дополнительная оценка [8, 9, 11, 12, 13].

Первичный скрининг.

Первичный скрининг проводится для всех лиц, с целью установления употребления ими ПАВ (Рисунок 1). Если лицо не употребляет ПАВ, медсестра: а) проводит общее обучение по пропаганде здорового образа жизни и б) оценивает поведение пациента как здоровое, при необходимости в будущем продолжая периодически проводить скрининг на предмет употребления ПАВ, используя алгоритм скрининга и оценки, изображенный на рисунке 1. Сроки повторного скрининга будут зависеть от условий

клинической практики и частоты контактов с лицом. Поэтому необходимо обсудить с лицом сроки повторного скрининга и использовать свое собственное клиническое суждение, во всех новых случаях оказания медицинской помощи или при изменении ситуации у пациента рекомендуется повторный скрининг.

Последующий скрининг лиц, употребляющих ПАВ.

Лица, употребляющие ПАВ**,** могут подвергаться риску развития сопутствующих проблем от их употребления, а также риску развития расстройства, вызванного употреблением ПАВ. У лиц, по которым установлены положительные результаты на предмет употребления ПАВ, необходимо провести последующий скрининг, с применением либо универсальных вопросов скрининга, либо соответствующий инструмент скрининга с тем, чтобы выявить тех из них, кто подвержен риску или испытывает расстройство, вызванное употреблением ПАВ (Рисунок 1). Медсестрам следует использовать свое клиническое суждение и опыт при принятии решения какой соответствующий инструмент следует применить; медсестра может не видеть четкого клинического обоснования для проведения универсального скрининга до использования соответствующего инструмента скрининга при каждой встрече в клинических условиях. Кроме того, медсестра может не обладать знаниями или ресурсами, необходимыми для проведения скрининга с помощью соответствующего инструмента скрининга, но может быть в состоянии выполнить универсальный скрининг и направить лицо для дальнейшей оценки.

Скрининг на употребление ПАВ позволяет медсестре: (a) определить, употребляет ли человек ПАВ, (b) определить частоту и количество употребления ПАВ, (c) выявить проблемное употребление ПАВ веществ, которое может привести к сопряженному с риском поведению или расстройству, вызванному употреблением ПАВ, и (d) способствовать обучению в вопросах здорового поведения. Медсестры на протяжении всего процесса оказания медицинской помощи должны знать о рисках для здоровья, вызванных употреблением ПАВ (например, рак, инфаркт миокарда и т.д.), и интегрировать в свою деятельность обучение по вопросам скрининга и санитарного просвещения.

Универсальные вопросы скрининга

Цель универсального скрининга состоит в том, чтобы определить, создает ли употребление лицом психоактивных веществ риск возникновения у них различных проблем и может ли это потребовать дальнейшего скрининга с помощью соответствующего специализированного инструмента (см. Рис. 1) [12, 14]. Для универсального скрининга требуется минимум времени и усилий со стороны медсестры и он может проводиться либо во время первоначального контакта с лицом, либо в рамках его постоянной оценки. Поэтому рекомендуется, при первоначальном контакте во всех медицинских учреждениях, чтобы медсестры задавали следующие три универсальных вопроса для проверки всех лиц на предмет употребления ПАВ (Health Canada, 2002) [12]:

1. У Вас когда-нибудь были проблемы, вызванные употреблением алкоголя или других психоактивных веществ/наркотиков? (Да/ нет)

2. Был ли Ваш родственник, друг, врач или другой медицинский работниккогда-либо обеспокоен Вашим употреблением алкоголя или других психоактивных веществ/наркотиков или предлагал сократить его? (Да/ нет)

3. Вы когда-нибудь говорили другому человеку: «Нет, у меня нет проблем [с алкоголем или наркотиками]», когда примерно в это же самое время Вы задали себе вопрос и почувствовали: «Может быть, у меня есть проблема»? (Да/ нет)

Положительный ответ (т.е. когда лицо отвечает «да» на любой из вышеуказанных вопросов) указывает на необходимость дальнейшего изучения (Health Canada, 2002) [12].

ПРИМЕЧАНИЕ. Если положительных ответов на какие-либо вопросы универсального скрининга нет, медсестра проводит общее обучение по пропаганде здорового образа жизни и оценивает поведение пациента как здоровое, при необходимости в будущем продолжая периодически проводить скрининг на предмет употребления ПАВ, используя алгоритм скрининга и оценки, изображенный на рисунке 1. Сроки повторного скрининга будут зависеть от условий клинической практики и частоты контактов с лицом. Поэтому необходимо обсудить с лицом сроки повторного скрининга и использовать свое собственное клиническое суждение, во всех новых случаях оказания медицинской помощи или при изменении ситуации у пациента рекомендуется повторный скрининг.

Подходящий инструмент – ASSIST (утвержден приказом министра здравоохранения и социального развития РК № 362 от 29 декабря 2014 года)

Так же в **Приложении 1** перечислены часто используемые инструменты скрининга, основанные на конкретном(ых) психоактивном(ых) веществе(ах), скрининге лиц и клинических условиях, в которых используется инструмент. Медсестра играет важную роль в проведении скрининга в сотрудничестве с лицами для выявления потенциальных рисков, вызванных употреблением лицамипсихоактивных веществ, и для обеспечения того, чтобы результаты были обработаны и доведены до сведения межпрофессиональной группы. Некоторые из инструментов, перечисленных в Приложении 1, занимают менее десяти минут и не требуют специальной подготовки для проведения скрининга [15,16]. Если медицинский работник не знаком с инструментами скрининга, группа экспертов рекомендует ему обратиться за соответствующей поддержкой к эксперту или вместо этого задать вопросы универсального скрининга.

Другие факторы, которые необходимо учитывать

Поскольку инструменты скрининга различаются в зависимости от используемого ПАВ, характеристик целевой группы населения, подлежащей скринингу, и клинических условий, невозможно рекомендовать единый инструмент скрининга для использования в работе со всеми лицами во всех ситуациях. Группа экспертов рекомендует при выборе и применении

инструмента скрининга медицинским работникам соблюдать следующие рекомендации:

■ Медсестры и другие медицинские работники должны быть знакомы с инструментами, которые они используют;

■ Если медсестра или другой медицинский работник не знакомы с соответствующими инструментами, он должен использовать три вопроса универсального скрининга, перечисленные выше;

■ Медсестры и другие медицинские работники должны оценивать этап изменений у лица при проведении скрининга, чтобы помочь направлять дальнейшие меры по изменению образа жизни;

■ Медсестры и другие медицинские работники должны демонстрировать культурную компетентность при выборе и использовании определенных инструментов скрининга;

■ По причине деликатного характера вопросов при проведении скрининга лиц, медсестры и другие медицинские работники должны применять инструменты с осторожностью и соблюдением режима конфиденциальности;

■ Медсестры и другие медицинские работники должны использовать терапевтические навыки общения, чтобы поддерживать безопасность лиц и налаживать отношения со всеми лицами, особенно из уязвимых слоев населения.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 1.3:	
Рекомендуется проводить комплексную оценку всех лиц, у которых по результатам скрининга получен положительный результат на предмет употребления ПАВ, в зависимости от обстоятельств, основываясь на знаниях, навыках, времени, обстановке и имеющихся ресурсов медсестер.	Уровень доказательности = V

Обсуждение доказательств:

Группа экспертов рекомендует провести комплексную оценку всех лиц, которые определены как подверженные риску или страдающие расстройством, вызванным употреблением ПАВ, на основе универсального и(или) другого подходящего инструмента скрининга. Комплексная оценка должна проводиться только медсестрами, обладающими необходимыми знаниями, навыками, временем и ресурсами (см. Этап 3, Рисунок 1). Для медицинских сестер, у которых могут иметься ограничения времени, знаний и ресурсов, см. Рекомендацию 3.1. Целью комплексной оценки является получение информации о соответствующих аспектах употребления ПАВ у индивидуума и о восприятии, целях, сильных сторонах, мотивации и потребностях индивидуума, чтобы наилучшим образом способствовать планированию и мерам по изменению образа жизни как части лечебной тактики избавления их от употребления ПАВ [14,15]. Комплексная оценка важна, потому что она

приводит к конкретным мерам по изменению образа жизни как части медицинской помощи или направления к специалисту для диагностирования расстройства, вызванного употреблением ПАВ, или мер по изменению образа жизни для оказания поддержки. Оценка также может помочь медсестре или специалисту определить уровень медицинской помощи, который требуется лицу (например, посещение специальных программ).

В Таблице 2 указаны основные области комплексной оценки, которые медсестры и другие медицинские работники должны включать при проведении оценки в работе с лицами, подвергающимися риску или испытывающими расстройство, вызванное употреблением ПАВ. Если медицинский работник не знаком с основными областями комплексной оценки, перечисленными в таблице 2, необходимо обратиться за соответствующей поддержкой к специалисту (психиатру, наркологу).

При работе с лицами из уязвимых групп населения важно, чтобы медсестры учитывали уникальные потребности лиц с точки зрения доступа к медицинскому обслуживанию (например, культура/среда, общественное осуждение), проблемы биологического характера (например, хроническая боль, инфекции, старение, беременность и послеродовой период, сопутствующие расстройства) и риск маргинализации (например, работа в сфере сексуальной торговли, нахождение в местах лишения свободы) в целях оказания этического, уважительного медицинского обслуживания с учетом особенностей других культур/другой среды. Употребление ПАВ может увеличить риск заражения лица по причине плохой гигиены, плохих условий жизни и поведения высокой степени риска (то есть незащищенный секс, совместное использование игл или других принадлежностей для наркотиков) [27]. В связи с повышенным риском для здоровья, вызванным употреблением ПАВ, необходимо, чтобы при проведении оценок медсестры знали о потенциальных инфекциях, которые могут возникнуть в результате внутривенного (в/в) употребления наркотиков или поведения с высокой степенью риска, в том числе:

- локализованные и системные инфекции или абсцессы;
- флегмона;
- вирус иммунодефицита человека (ВИЧ);
- гепатит В;
- гепатит С;
- инфекционный эндокардит;
- остеомиелит.

В Приложении 3 приведены конкретные аспекты скрининга, оценки и мер по изменению образа жизни при работе с различными уязвимыми группами населения.

Таблица 2: Основные области для комплексной оценки

Цели лица	■ Причины обращения за медицинской помощью ■ Ближайшие и долгосрочные цели обращения за медицинской помощью (то есть физическое и

	психическое здоровье) ■ Препятствия и способствующие факторы в достижении целей здоровья ■ Обсуждение влияния употребления психоактивных веществ лицом на его цели в области здоровья ■Ценности и убеждения лица о наилучшем для себя результате/Каких результатов в отношении своего здоровья ожидает пациент ■ Готовность и стадия изменений в отношении употребления психоактивных веществ
Демографическая и социально-экономическая информация	■ Возраст ■ Пол: сексуальная ориентация и гендерная идентификация и(или) гендерное самовыражение ■ Культурное и этническое происхождение ■ Образование / занятость / доход ■ Бытовые условия ■ Отношения ■ Правовые аспекты: взаимодействия с правоохранительными органами в прошлом или настоящем ■ Круг поддержки: медицинские работники, семья, и социальная поддержка и др ■ Культуральные потребности ■ Духовность
История употребления психоактивных веществ	■ Психоактивные вещества, используемые лицом ■ Возраст первого употребления каждого психоактивного вещества ■ Схема использования (например, количество, частота, продолжительность употребления и т.д.) ■ Способ введения психоактивных веществ (например, внутривенное введение, курение, вдыхание и т.д.) ■ Симптомы отмены, вызванные употреблением психоактивных веществ

	■ Устойчивость к психоактивным веществам ■ Вещество, которое по заявлению лица, вызывает у него озабоченность ■ Доступ и использование стратегий снижения вреда (например, обучение безопасному употреблению наркотиков) и(или) расходных материалов (например, чистые иглы) ■ Факторы, провоцирующие употребление психоактивных веществ ■ Неблагоприятные последствия, вызванные употреблением психоактивных веществ ■ Растущая потеря контроля над использованием ■ Периоды воздержания и факторы, которые поддерживали воздержание ■ История обращения за медицинской помощью при употреблении психоактивных веществ в прошлом

История физического здоровья и состояние здоровья	■ Диагностированные состояния и заболевания в прошлом и в настоящее время ■ Лекарства: принимавшиеся в прошлом и принимаемые в настоящее время (в том числе безрецептурные препараты и альтернативные / дополнительные лекарства) ■ Вмешательства и процедуры ■ Опыт применения вмешательств по изменению образа жизни и оказания медицинской помощи ■ Хроническая боль ■ Судороги в анамнезе ■ Стоматологические проблемы ■ Инфекции, передающиеся половым путем
Потенциальные инфекции (в результате внутривенного введения наркотиков и(или)	■ Локализованные и системные инфекции или абсцессы ■ Флегмона ■ ВИЧ

поведения высокой степени риска)	■ Гепатит В ■ Гепатит С ■ Инфекционный эндокардит, ■ Остеомиелит
Анамнез психического здоровья	■ Анамнез психического здоровья ■ Актуальные проблемы психического здоровья ■ Вмешательства по изменению образа жизни в настоящее время и в прошлом в отношении проблем психического здоровья (фармакологического и нефармакологического характера) ■ Опыт вмешательств по изменению образа жизни и оказания медицинской помощи по решению проблем психического здоровья ■ Травмы (эмоциональные, физические и психологические) ■ Случаи членовредительства в прошлом ■ Попытки самоубийства или мысли о самоубийстве ■ Чувство тревожности или депрессии ■ Текущая способность справляться с эмоциями ■ Устойчивость и оптимизм
Семейный анамнез употребления психоактивных веществ и проблем с психическим здоровьем	■ Информация о родственниках, которые имеют или имели проблемы из-за употребления психотропных веществ или расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ, и о том, как они справились с проблемой (например, лекарства и методы лечения, текущее состояние здоровья и т.д.) ■ Информация о родственниках, которые имеют или имели проблемы с психическим здоровьем, и о том, как они справились с проблемой (например, лекарства и методы лечения, текущее состояние здоровья и т.д.)
Устойчивость и сильные стороны	■ Определяемые лицом личные сильные стороны и источники устойчивости ■ Определяемые лицом потребности и поддержка для повышения устойчивости и сильных сторон

[14,15]

2.0 ПЛАНИРОВАНИЕ

Рекомендация 2.1:	
В целях разработки плана оказания медицинской помощи, применяя метод мотивационного консультирования, рекомендуется установить доверительные отношения с пациентом.	Уровень доказательности = Ia

Обсуждение доказательств:

Установление сотрудничества важно при работе с лицами, которые подвержены риску или страдают расстройством, вызванным употреблением ПАВ. Отношения сотрудничества между медицинским работником и лицом позволяют создать терапевтическую среду, которая способствует благополучию и самостоятельности лица на протяжении всего процесса выздоровления. Мотивационное консультирование (МК) - это подход к консультированию, основанный на доказательствах, ориентированный на пациента, недирективный (неповелительный) и непредвзятый, который медсестры могут использовать для развития отношений сотрудничества и эмпатии со всеми лицами в любых клинических условиях.

Как показано на рисунке 1, МК следует использовать во время скрининга, оценки, вмешательств по изменению образа жизни и оценке при работе с лицами, которые употребляют вещества, в разных условиях клинической практики. Используя подход МК, медицинские работники, работая совместно с лицами, получают более глубокое понимание его потребностей, возможностей и целей [17]. Основная цель МК - помочь лицу изучить и решить проблему амбивалентности (одновременное сосуществование противоположных эмоций, обусловливающих непоследовательность мышления и неадекватность поведения) с тем, чтобы выявить и усилить мотивацию к изменениям [17, 18, 19]. При проведении МК медицинские работники применяют широкий набор методов, чтобы помочь лицам изучить и решить свое двойственное отношение к изменению поведения. Посредством консультирования и развития отношений сотрудничества медицинский работник помогает лицам лучше понять последствия внесения или невнесения изменения в образ жизни [17]. Медицинские работники могут использовать подход МК при предоставлении медицинской помощи, в частности, при создании плана медицинской помощи, который помогает лицам в определении их личных целей.

Исследования показали, МК может оказаться эффективным даже при коротких встречах продолжительностью всего 15 минут [17, 18]. Лица, которые участвовали во вмешательствах по изменению образа жизни демонстрируют устойчивые положительные результаты [17].

В основе МК лежит способность медсестры формировать эмпатические связи и устанавливать сотрудничество с лицом, без предрассудков. По этой причине акцент на партнерстве, принятии, сострадании и пробуждении

считается более важным, чем использование какого-либо конкретного навыка или какой-либо конкретной методики [20]. Прежде чем проводить МК с лицом, медсестрам следует получить соответствующее обучение, пройти необходимую подготовку и включать принципы, методы и навыки МК в свою повседневную практику.

3.0 ВНЕДРЕНИЕ

РЕКОМЕНДАЦИЯ 3.1:	
В целях установления сотрудничества с лицами, подверженными риску или страдающими расстройством, вызванным употреблением ПАВ рекомендуется использовать краткосрочное вмешательство по изменению образа жизни.	Уровень доказательности = Ia

Обсуждение доказательств:

Краткосрочное вмешательство по изменению образа жизни (КВ) может эффективно использоваться в работе с лицами, подвергающимися риску или испытывающими расстройства, вызванные употреблением ПАВ, для выявления текущих или потенциальных проблем и мотивации лиц к изменению своего поведения. КВ применимо к медсестрам и другим медицинским работникам в любых практических условиях, когда при проведении комплексной оценки могут иметься ограниченное время, знания и ресурсы, (см. Этап 2, рисунок 1). КВ - это основанная на доказательствах практика, предназначенная для применения медицинскими работниками в различных условиях, чтобы мотивировать лицо сократить или отказаться от употребления ПАВ [15, 21]. Это ограниченное по времени вмешательство, которое направлено на выявление лиц, подверженных риску или испытывающих расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ, путем скрининга и использует мотивационную обратную связь, чтобы помочь лицам изучить преимущества и недостатки изменения поведения [15, 21]. КВ как ориентированный на лицо подход уважает выбор лица и его автономию в формировании плана медицинской помощи. Частота, количество и продолжительность сеансов КВ, которые проходят отдельные лица, варьируют, но в литературе чаще всего сообщается об одном-четырех сеансах продолжительностью от 5 до 30 минут с обученной медсестрой или медицинским работником [15, 21].

Факты свидетельствуют о том, что даже один короткий эпизод КВ эффективен для улучшения результатов [21, 22]. КВ эффективно мотивирует лиц к изменениям и побуждает тех, у кого есть более серьезные проблемы, рассмотреть возможность направления в специализированные интервенционные службы. Было показано, что оно снижает употребление

алкоголя, практику опасного употребления алкогольных напитков и частоту травм [23].

Как показано на рисунке 1, все медсестры в любых практических условиях должны иметь возможность использовать краткосрочные вмешательства по изменению образа жизни в работе с лицами, подверженными риску или испытывающим расстройство, вызванное употреблением ПАВ. КВ - это подход, для которого доступно специализированное обучение, и медсестрам следует получить соответствующее образование и пройти необходимую подготовку, а также разработать план по включению КВ в свою клиническую практику, прежде чем использовать его в работе с пациентами.

Инструменты и руководства для КВ, особенно в контексте протоколов СКВНЛ (скрининг, краткосрочное вмешательство по изменению образа жизни и направление на лечение), доступны для использования практикующими специалистами. Пример инструмента СКВНЛ приведен в **Приложении 4.**

РЕКОМЕНДАЦИЯ 3.2:	
Для улучшения жизнедеятельности и здоровья лиц, подверженных риску или употребляющих ПАВ, в зависимости от обстоятельств, рекомендуется проводить пропаганду и поддерживать доступ к комбинированным фармакологическим и психосоциальным мерам по изменению образа жизни, содействовать надлежащему использованию комбинированных мер по изменению образа жизни.	Уровень доказательности = Ia

Обсуждение доказательств:

Комплексный подход, сочетающий в себе фармакологические и психосоциальные вмешательства, позволяет практикующим специалистам учитывать физиологические и психологические потребности лиц [15]. Эффективность фармакотерапии для лечения злоупотребления ПАВ может быть ограничена, если она не применяется в сочетании с психосоциальной терапией [15].

В то время как фармакологические методы лечения действуют быстро, чтобы уменьшить физиологическое воздержание от употребления и тягу, они не устраняют психосоциальные симптомы, которые могут присутствовать во время стабилизации, детоксикации и восстановления [24]. Психосоциальные вмешательства влияют на изменения, сосредотачиваясь на мотивации, навыках стрессоустойчивости и социальных отношениях [15].

Систематические обзоры РКИ и контролируемых исследований продемонстрировали положительные результаты в отношении снижения употребления психоактивных веществ при комбинированном

фармакологическом и психосоциальном вмешательстве, в случаях его использования [24, 25]. Также было показано, что комбинированные фармакологические и психосоциальные вмешательства приводят к повышению мотивации лица и возможностей прохождения обучения, а также к поддерживающим, укрепляющим здоровье отношениям между практикующим врачом и лицом [15]. Тем самым, содействие использованию комбинированных фармакологических и психосоциальных вмешательств является важной частью медицинской помощи, которую медсестры предоставляют в сотрудничестве с лицами, подверженными риску или испытывающими расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ.

Аспекты фармакологического лечения

!!! Важно помнить, что назначение фармакологического лечения, в том числе его отмена, корректировка доз, не входят в функционал медицинской сестры. Данная глава содержит сведения, необходимые для сестринской практики в общих образовательных целях и в целях мониторинга безопасного применения лекарственных средств.

Фармакотерапия может играть важную роль в лечении синдрома при воздержании / детоксикации, замещении и передозировке и может помочь в поддержании абстиненции у лиц с расстройством, вызванным употреблением ПАВ. В целом, что касается фармакологической тактики лечения, медсестрам следует обеспечить, чтобы: 1) варианты фармакотерапии учитывались при планировании тактики лечения; 2) лица имели доступ к соответствующей фармакотерапии; и 3) фармакотерапия проводилась безопасно.

1) Варианты фармакотерапии

Медсестрам следует знать, что лекарства следующих шести категорий фармакологических средств используются для лечения лиц, которые употребляют наркотики или имеют расстройство, вызванное употреблением ПАВ:

- Лекарства для лечения передозировки и воздержания от употребления;
- Лекарства для уменьшения усиливающего действия злоупотребляемых веществ;
- Поддерживающая заместительная терапия (ПЗТ);
- Терапия антагонистами;
- Терапии, способствующие абстиненции и профилактике рецидивов;
- Лекарства для лечения сопутствующих психических заболеваний (APA, 2006).

Медсестрам рекомендуется обращаться к научно обоснованным ресурсам, журналам и руководствам для получения дополнительной информации о вариантах фармакологического лечения лиц с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ.

2) Доступ

Вопросы доступности лекарственных средств должны быть рассмотрены до начала лечения. Медсестрам следует зайти на веб-сайт Министерства здравоохранения (http://dsm.gov.kz/ru), Республиканского научно-практического центра психического здоровья (http://mentalcenter.kz/ru), где они могут ознакомиться с информацией о программах и поддержке, которые могут помочь пациентам получить поддержку.

3) Безопасный прием лекарств

Медсестры играют важную роль в обеспечении безопасного приема лекарств. При работе с лицами с расстройством, вызванным употреблением ПАВ, способность медсестры обеспечивать безопасный прием лекарства может зависеть от таких факторов, как степень опьянения лица, воздерживающиеся от употребления лица и лица, нарушающие сроки приема или часто пропускающие прием лекарств [26]. Медсестры, которые вводят лекарства, должны понимать природу расстройств, вызванных употреблением ПАВ. При введение лекарственного средства каждая медсестра должна оценить соответствие лекарства с соблюдением восьми «правильных» правил введения лекарства [27]:

1. Правильный пациент
2. Правильное лекарство
3. Правильное показание
4. Правильная доза
5. Правильная частота
6. Правильный способ введения
7. Правильное место введения
8. Правильное время введения.

Медсестры также должны контролировать любые побочные реакции лица на лекарства и документировать информацию, касающуюся введения лекарства и безопасности пациента [26,27]. Медсестрам следует пропагандировать среди своих пациентов способность лица самостоятельно принимать лекарства, при условии, что он способен это сделать компетентно. В этом случае медсестра также несет ответственность за обеспечение того, чтобы у пациента были знания, необходимые материалы и поддержка медперсонала, необходимые для самостоятельного приема лекарств.

Экспертный консенсус рекомендует, чтобы медсестры обращались за организационной поддержкой к обученному специалисту (например, наркологу и т.д.), если им не известны выбор фармакотерапии, варианты доступа и лист назначений.

Психосоциальные вмешательства

Психосоциальные вмешательства охватывают ряд подходов, которые помогают пациентам развивать навыки преодоления трудностей и повышать мотивацию, управлять симптомами при воздержании от употребления, усиливать поддержку и улучшать жизнедеятельность, а также обеспечивают укрепление положительной мотивации [15]. Психосоциальные вмешательства также могут помочь пациентам в решении основных проблем, вызванных

социальными детерминантами здоровья (например, жилье, финансовая поддержка и т.д.), особенно в маргинальных и уязвимых группах населения. Эти вмешательства могут проводиться в нескольких местах с фиксированными местоположениями (например, в медицинской организации), но также могут проводиться при программах работы с населением. В некоторых случаях медсестры могут выступать клиницистами, проводящими психосоциальное вмешательство, в зависимости от того, в какой организации они работают, уровня подготовки и указанного вида психосоциального вмешательства. Однако, если медсестра не имеет клинического опыта или навыков для конкретного психосоциального вмешательства, группа экспертов рекомендует ей направить пациента к специалисту для дальнейшей поддержки. Виды психосоциальных вмешательств, используемых для поддержки лиц, подверженных риску или испытывающих расстройство, вызванное употреблением ПАВ см. **Приложение 4**.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 3.3:	
В зависимости от ситуации, рекомендуется привлекать детей и подростков, подвергающихся риску или испытывающих расстройство, вызванное употреблением ПАВ, к помощи семейной терапии вплоть до выздоровления.	Уровень доказательности = Ia

Обсуждение доказательств:

Систематические обзоры РКИ говорят в поддержку эффективности и действенности семейной терапии для детей и подростков, подверженных риску или испытывающих расстройство, вызванное употреблением ПАВ, демонстрируя многообещающий подход к мероприятиям, ориентированным на подростков [28, 29]. Семейная терапия должна использоваться в сочетании с комбинированными фармакологическими и психосоциальными вмешательствами, описанными в Рекомендации 3.2.

Семейные виды терапии используют набор терапевтических подходов, направленных на решение проблемы употребления психоактивных веществ, работая с детьми и одним или несколькими членами семьи в терапевтических взаимодействиях и союзах [28, 30]. Понятие семьи и того, что она включает, определяется самими молодыми людьми [31]. Семейные подходы подчеркивают важность признания и рассмотрения биопсихосоциальной целостности семьи, как это определено лицом и семьей [31]. Сюда может входить распознавание и устранение множества путей к употреблению вещества, как, например, биологические факторы (например, генетическая предрасположенность); психологические процессы (например, механизмы преодоления); и социальные, культурные и религиозные влияния (например,

давление со стороны людей из того же самого круга, принуждение к употреблению).

Привлечение лиц к семейной терапии повышает их приверженность мерам по изменению образа жизни и способствует улучшению результатов [15]. Посредством такой терапии пациент и его семья могут решать проблемы межличностного и семейного взаимодействия, что может способствовать позитивному поведению, что в свою очередь может способствовать выздоровлению лица [15]. Семейные вмешательства лучше всего показаны в ситуациях, когда взаимодействие семьи пациента может повлиять на план медицинской помощи лицу (например, когда семья часто вступает в конфликты или споры, которые могут повлиять на употребление лицом психоактивных веществ) и когда члены семьи нуждаются в помощи, адаптируясь к индивидуальным и семейным целям, установкам и поведению пациента [15].

Семейные методы терапии не рекомендуются в ситуациях, когда подросток не желает вовлекать семью, где отсутствует участие или поддержка семьи, когда в прошлом были случаи жестокого обращения или отсутствия заботы, и когда на получение лицом медицинской помощи будет оказано воздействие в ходе курса семейной терапии (например, риск рецидива с участием семьи). Группа экспертов рекомендует, чтобы медсестры сотрудничали с подростками, которые употребляет наркотики и(или) испытывают расстройство, вызванное употреблением ПАВ, чтобы продолжать оказывать вмешательства в соответствии с Рекомендацией 3.2, когда семейные методы лечения не рекомендуются.

Медсестры, которые используют семейную терапию, стремятся удовлетворить соответствующие потребности молодого человека в развитии, семье, обществе, обществе и культуре [28]. Роль медсестры в проведении семейной терапии включает консультирование, содействие оказанию самопомощи, развитие сильных сторон и ресурсов, обеспечение поддерживающей терапии, обучение в области здоровья и, в конечном итоге, повышение устойчивости подростков и их семей [31]. Медсестры также решают проблемы употребления психоактивных веществ подростками и связанные с этим проблемы путем улучшения семейных функций посредством развития навыков общения и разрешения конфликтов [28]. Вмешательства могут включать в себя разработку договоренностей для поддержки отказа от наркотиков, осуществление вмешательств и обучения на основе навыков, развитие навыков общения и облегчение доступа к обучению и возможностям обучения, которые могут помочь молодому человеку развить навыки, необходимые для получения работы или посещения школы. Семейная терапия включает в себя множество вмешательств, на которые влияют теория семейных систем, а также принципы когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), теория привязанности, теория развития и теория социальной экологии [28]. Одним из примеров семейной терапии является многомерная семейная терапия (МСТ), которая продемонстрировала клинически значимые улучшения в употреблении психоактивных веществ среди детей и подростков [28, 29]. Более подробную

информацию о МСТ можно посмотреть в **Приложении 4.**!!! Прежде чем использовать семейную терапию в поддержке пациентов, медсестрам следует получить соответствующее образование и пройти соответствующее обучение, а также включить необходимые навыки в свою повседневную практику.

4. ОЦЕНКА

РЕКОМЕНДАЦИЯ 4.1:	
Пересматривайте эффективность плана мероприятий медицинского обслуживания до тех пор, пока цели пациента не будут достигнуты.	Уровень доказательности = V

Обсуждение доказательств:

В литературе указывается, что постоянный пересмотр и оценка плана медицинской помощи является важным компонентом при работе с лицами, употребляющими ПАВ. Это требует сотрудничества между медсестрами, пациентом и другими медицинскими работниками. Такое сотрудничество помогает медсестрам поддерживать и укреплять их взаимодействие с лицами, а также мотивирует лица к изменениям, основанным на их установленных целях медицинской помощи [15].

Анализ и оценка плана оказания медицинской помощи должны проводиться непрерывно при каждом визите пациента в медицинское учреждение [14, 15]. Текущая оценка плана оказания медицинской помощи позволяет медицинскому работнику оценить вовлеченность лица и его мотивацию в лечении, а также его прогресс в достижении целей лечения [14]. При оценке прогресса более важно, чтобы медсестры оценивали улучшения в отношении основных факторов, влияющих на употребление психоактивных веществ лица (например, поведенческие и социальные факторы), чем воздержание от психотропных веществ.

В **Приложении 5** описаны некоторые конкретные компоненты, которые можно оценить для оценки эффективности плана оказания медицинской помощи. Результаты оценки должны использоваться для корректировки существующего плана и стратегий, используемых для улучшения результатов в течение курса лечения.

Рекомендации по образованию

5. ОБРАЗОВАНИЕ

РЕКОМЕНДАЦИЯ 5.1:	
В рамках программы обучения медсестер и других медицинских работников необходимо интегрировать	Уровень доказательности

возможности теории и клинической практики, касающихся оказания медицинского обслуживания лицам, подвергающимся риску или страдающим расстройством, вызванным употреблением ПАВ.	= V

Обсуждение доказательств:

Группа экспертов рекомендует образовательным учреждениям, которые проводят обучение медсестер и других медицинских работников, усовершенствовать существующую учебную программу с тем, чтобы лучше интегрировать в свою учебную программу на уровне бакалавриата/прикладного бакалавриата изучение расстройств, вызванных употреблением ПАВ, и оказание соответствующей медицинской помощи. Кроме того, медсестры при поступлении на работу должны получать практические возможности, которые позволяют им развивать свои навыки, знания и уверенность, необходимые для работы с лицами, подвергающимися риску или испытывающими расстройство, вызванное употреблением ПАВ. Группа экспертов рекомендует включать в учебные планы и практику, помимо прочего, компоненты, изучающие клиническое руководство, мотивационное консультирование и краткосрочные вмешательства.

Результаты исследований и недавние отчеты показывают, что медицинские работники испытывают недостаток в обучении методам скрининга, оценки и вмешательства для лиц, подвергающихся риску или испытывающих расстройство, вызванное употреблением ПАВ, как на уровне бакалавриата, так и на уровне постдипломного обучения [32, 33, 34,35,36,37,38]. Клинический опыт является важным фактором, определяющим отношение, убеждения и знания студентов, а также их умение и уверенность во взаимодействии с лицами, которые подвергаются риску или испытывают расстройство, вызванное употреблением ПАВ [39,40,41]. Поэтому для студентов-бакалавров следует рассмотреть обязательные теоретические курсы и прохождение практики в психиатрических/наркологических учреждениях, работающих с лицами, употребляющими ПАВ.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 5.2:

Рекомендация 5.2:	
В целях повышения компетентности в оценке и работе с лицами, подверженными риску или страдающими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ, медицинским работникам необходимо участвовать в непрерывном образовании.	Уровень доказательности = Ib

Обсуждение доказательств:

Медицинским работникам в рамках непрерывного медицинского образования необходимо обладать знаниями и навыками для обеспечения безопасной, компетентной и этической помощи лицам, которые подвергаются риску или страдают расстройством, вызванным употреблением ПАВ [42]. В частности, группа экспертов рекомендует медицинским работникам участвовать в семинарах/тренингах по ключевым областям, описанным в Руководстве (например, снижение вреда, перспективы, культурная безопасность и т.д.) и терапевтическими отношениями (например, МК), чтобы уметь устанавливать сотрудничество с пациентами.

Существует очевидная потребность в специализированных курсах профессионального обучения для медсестер, по вопросам оценки и вмешательств для лиц, употребляющих ПАВ [23,42]. Отсутствие возможностей профессионального развития, в вопросах ведения пациентов злоупотребляющих ПАВ, вкупе с негативным отношением и недоверием лиц с расстройствами, вызванными употреблением ПАВ, негативно сказывается на качестве медицинской помощи, которую получают такие пациенты [35].

Группа экспертов подчеркивает, что обучение медсестер должно проводиться в практических условиях, под наблюдением наставника, который может передать им опыт по скринингу, оценке и вмешательствам по изменению образа жизни у лиц, употребляющих психотропные вещества [26]. Кроме того, организация должна поддерживать такие возможности специализированного профессионального образования.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 5.3:	
В целях повышения осведомленности о своих взглядах, ценностях и убеждениях при работе с лицами, подвергающимися риску, либо испытывающими расстройство, вызванное употреблением ПАВ, медицинские сестры должны анализировать свою практику.	Уровень доказательности = V

Обсуждение доказательств:

Медсестрам, работающим с лицами, подвергающимися риску или страдающими расстройством, вызванным употреблением ПАВ, рекомендуется заниматься анализом своей практики. С получением опыта, обучения, взгляды, убеждения медицинских сестер претерпевают изменения. Это усвоенные элементы, которые развиваются с течением времени и влияют на то, как медсестры видят, реагируют и оказывают медицинскую помощь лицам, употребляющим психотропные вещества [27].

Исследования показывают, что значительная часть медицинских работников придерживается негативных или стереотипных взглядов на людей с

расстройством, вызванным употреблением ПАВ, что ставит под угрозу качество медицинской помощи, которое получают такие лица [43,44]. Например, при лечении лица, страдающего расстройством, вызванным употреблением ПАВ, и который также страдает от другого состояния или заболевания (например, хроническая боль или рак), медицинские работники могут предпочесть не назначать определенные фармакологические вмешательства или предлагать определенные процедуры (например, замена игл) вследствие своих собственных негативных или стереотипных убеждений. Здесь сохраняющееся общественное осуждение в конечном итоге, негативно влияет на качество медицинского обслуживания [45]. Общественное осуждение способствует развитию неблагоприятных последствий, в том числе плохому психическому и физическому здоровью, создает препятствия на пути вовлечения или завершения мер по изменению образа жизни, задерживая процессы выздоровления или интеграции [45]. Для эффективной работы со всеми лицами, медсестрам следует периодически анализировать собственное отношение и поведение, которые могут повлиять на качество медицинского обслуживания лиц, злоупотребляющих ПАВ.

5.ПРОЦЕСС ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ

5.1 Данное клиническое сестринское руководство прошло оценку внешними экспертами, привлеченными с целью предоставления комментариев по содержанию, надежности рекомендаций и их применимости в условиях Республики Казахстан. Вовлечение заинтересованных сторон обеспечило надлежащее качество руководства и приемлемость рекомендаций.

Группа рецензентов была представлена специалистами как сестринского дела, так и врачами, имеющими соответствующие знания и практический опыт и работающими с данной категорией пациентов. С целью обеспечения качества клиническое сестринское руководство было направлено на рецензирование в профессиональные ассоциации (Ассоциация специалистов, работающих в сфере психического здоровья, Республиканский научно-практический центр психического здоровья)

5.2 Внешняя оценка и процесс консультирования, использование обратной связи:

Список рецензентов:

№ п/п	ФИО	Должность, место рабоиы
1	Алтынбеков С.А.	Президент Ассоциации специалистов, работающих в сфере психического здоровья Республики Казахстан (РОО «АСРСПЗ»), д.м.н., профессор
2	Смагулова Г.С.	Директор филиала РГП на ПХП «Республиканский научно-практический

		центр психического здоровья»

5.3 Консультанты с дополнительными знаниями и опытом

Процесс адаптации проходил при поддержке внешних консультантов из Финляндии, привлеченных в рамках Проекта социального медицинского страхования Казахстана-SHIP-Путешествие к лучшему здравоохранению, модернизация системы сестринского образования.

Тиина Эвелина Кивинен, Msc, RN, эксперт по совершенствованию профессиональной среды для медицинских сестер, старший преподаватель, Университет прикладных наук Лахти, Финляндия.

Сари Ярвинен, RN, PhD, эксперт по совершенствованию профессиональной среды для медицинских сестер, старший преподаватель, Университет прикладных наук Ювяскюля, Финляндия.

6. ВНЕДРЕНИЕ РУКОВОДСТВА

6.1 Стратегия внедрения.

Основные положения клинического сестринского руководства реализуются в повседневной клинической практике медицинской сестры.

Клиническое сестринское руководство предназначено для поддержки принятия информированного решения по уходу за пациентами. Цель разработки руководств повышение информированности всех медицинских сестер о национальных клинических сестринских рекомендациях и обеспечение возможности применения информации и рекомендаций, основанных на доказательных данных в своей клинической практике. На основании клинических сестринских рекомендаций также будут подготовлены стандартные операционные процедуры (СОПы).

В Республике Казахстан также разрабатываются и проводятся национальные тренинги по клиническим сестринским руководствам. Подготовленные таким образом национальные тренеры организуют курсы для медсестер в своих областях. Обучение, включающее в себя теорию и практику, направлено на поддержку внедрения клинических сестринских руководств.

При внедрении клинического сестринского руководства необходимо учитывать факторы, способствующие внедрению и барьеры для успешного внедрения. Все заинтересованные стороны должны быть вовлечены в процесс внедрения руководств. Всемерная поддержка со стороны Министерства здравоохранения и местных исполнительных органов здравоохранения, со стороны руководства организаций здравоохранения, хороший обмен информацией и организация качественного обучения медсестер способствует внедрению клинических руководств. Потенциальными препятствиями для внедрения руководств являются, например, слабая управленческая поддержка или устоявшаяся практика, которая не позволяет медсестрам следовать рекомендациям в своей работе.

6.2. Предложения по внедрению

Все медсестры могут следовать основанной на доказательствах информации и клиническим сестринским рекомендациям при уходе за

пациентами, которые относятся к целевой группе. Участие в тренинге по клиническим сестринским рекомендациям будет способствовать внедрению клинических рекомендаций по уходу. Для стандартизации процесса внедрения, а также с целью обеспечения единообразного понимания стратегии внедрения следует разработать план внедрения.

7. РАЗРАБОТКА РУКОВОДСТВА

7.1 Адаптация

Данное руководство является адаптацией клинического руководства RNAO, Canada«Engaging_Clients_Who_Use_Substances», опубликованного в марте 2015 г.

Было получено официальное разрешение от разработчиков оригинального руководства RNAO на адаптацию клинического руководства.

Группа по адаптации:

Группа по адаптации руководства – это группа экспертов из различных сфер здравоохранения и представителей соответствующих специальностей. Для эффективной разработки в группу необходимо привлечение пациентов, лиц, оказывающих уход и соответствующих организаций.

Список разработчиков адаптированного клинического сестринского руководства

ФИО	Должность	Место работы	Контакты
Садвакасова Гульмира Амиргалиевна	Старший врач	Республиканский научно-практический центр психического здоровья	gas150473@mail.ru
Манаспаева Бибинур Кабдуллаевна	Медицинская сестра	Республиканский научно-практический центр психического здоровья	manaspaeva1976@mail.ru

7.2. Координационная группа по адаптации

Руководящая группа включает представителя каждой группы по разработке и консультантов. Руководящая группа регулярно проводила встречи в течение всего процесса разработки и проводила оценку адаптируемого руководства с использованием инструмента AGREE.

ФИО	Должность	Место работы	Контакты
Координационная группа			
Байгожина Зауре Алпановна	Начальник отдела развития медицинского образования. Руководитель проекта.	РЦРЗ	olai_02@inbox.ru

Умбетжанова Аягоз Таймысовна	Ведущий специалист отдела развития медицинского образования	РЦРЗ	ayatemir@mail.ru
Внешние консультанты			
Тиина Эвелина Кивинен	эксперт по совершенствованию профессиональной среды для медицинских сестер, старший преподаватель,	Университет прикладных наук Лахти, Финляндия, Msc, RN	eveliina.kivinen@lamk.fi
Сари Ярвинен	эксперт по совершенствованию профессиональной среды для медицинских сестер, старший преподаватель, Университет прикладных наук Ювяскюля, Финляндия.	JAMK Университет прикладных наук, RN, PhD, Ювяскюля, Финляндия	sari.jarvinen@jamk.fi

7.3. Конфликт интересов

Участники группы адаптации заявили об отсутствии конфликта интересов.

7.4. Финансирование и другие источники

Адаптация данного руководства происходила при финансовом участии Всемирного банка реконструкции и развития в рамках Проекта социального медицинского страхования Казахстана-SHIP-Путешествие к лучшему здравоохранению, модернизация системы сестринского образования.

7.5. Процесс обновления и рассмотрения

Сведений о планируемом обновлении оригинального руководства не обнаружено. Адаптированное руководство рекомендуется пересматривать и обновлять по мере появления новых доказательных данных, но не реже чем один раз в 5 лет.

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИСТОЧНИКИ

1 American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: Author.

2 http://www.kncdiz.kz/ru/kntsdiz/publication/center_report

3 Национальный отчет о наркоситуации в Республике Казахстан 2013 ГОД// Байкенов Е.Б. и др.

4 Словарь терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам: ВОЗ. Женева – перевод с английского В. Е. Пелипаса. – 1994. – 90 с.

5 Словарь терминов, связанных с алкоголем и психоактивными веществами, опубликованный Всемирной организацией здравоохранения

6 Field, M., & Lohr, K. N. (1990). Guidelines for clinical practice: Directions for a new program. Washington, DC: National Academy Press.

7 Feldstein, S. W., & Miller, W. R. (2007). Does subtle screening for substance abuse work? A review of the Substance Abuse Subtle Screening Inventory (SASSI). Addiction, 102(1), 41-50.

8 Newton, A. S., Gokiert, R., Mabood, N., Ata, N., Dong, K., Ali, S. ... Wild, T. C. (2011). Instruments to detect alcohol and other drug misuse in the emergency department: A systematic review. Pediatrics, 128(1), e180-e192.

9 Burns, E., Gray, R., & Smith, L. A. (2010). Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: A systematic review. Addiction, 105, 601-614.

10 National Institute for Health and Care Excellence. (2007). Drug misuse, psychosocial interventions. Retrieved from http://www.nice.org.uk/guidance/CG51

11 Dhalla, S., Zumbo, B. D., & Poole, G. (2011). A review of the psychometric properties of the CRAFFT instrument: 1999-2010. Current Drug Abuse Reviews, 4(1), 57-64.

12 Health Canada. (2002). Best practices: Concurrent mental health and substance use disorders. Retrieved from http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt_formats/hecs- sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp disorder-mp concomitants/bp concurrent mental health-eng.pdf

13 Lanier, D., & Ko, S. (2008). Screening in primary care settings for illicit drug use: Assessment of screening instruments – A supplemental evidence update for the U.S. preventative services task force. Evidence Synthesis 58(2). AHRQ Publication No. 08-05108-EF-2. Rockville, Maryland: Agency for Healthcare Research and Quality.

14 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2005). Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64197/pdf/TOC.pdf

15 American Psychiatric Association (APA). (2006). Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders (2nd ed.). Retrieved from http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice guidelines/guidelines/substanceuse.pdf

16 Mdege, N.D., & Lang, J. (2011). Screening instruments for detecting illicit drug use/abuse that could be useful in general hospital wards: A systematic review. Addictive behaviors, 36(12), 1111-1119.

17 Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., & Burke, B. L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. Research on Social Work Practice, 20(2), 137-160.

18 Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. British Journal of General Practice, 55(513), 305-312.

19 Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M., & Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011(5), 1-130. doi: 10.1002/14651858.CD008063.pub2

20 Miller, W. R., Bogenschutz, M., & Villarreal, M. I. (2006). Research and practice together: The NIDA clinical trials network. Addictions, 18(1), 11-22.

21 McQueen, J., Howe, T. E., Allan, L., Mains, D., & Hardy, V. (2011). Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011(8), 1-57. doi: 10.1002/14651858.CD005191.pub3

22 Sullivan, L. E., Tetrault, J. M., Braithwaite, R. S., Turner, B. J., & Fiellin, D. A. (2011). A meta-analysis of the efficacy of nonphysician brief interventions for unhealthy alcohol use: Implications for the patient-centered medical home. The American Journal on Addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions, 20(4), 343-356.

23 Nilsen, P., Aalto, M., Bendtsen, P., & Seppa, K. (2006). Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 24(1), 5-15.

24 Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., & Vecchi, S. (2011). Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011(9), 1-53. doi: 10.1002/14651858.CD005031.pub4

25 Kelly, T. M., Daley, D. C., & Douaihy, A. B. (2012). Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. Addictive behaviors, 37(1), 11-24.

26 Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2015). Clinical best practice guideline Engaging Clients Who Use Substances. Retrieved from www.RNAO.ca

27 College of Nurses of Ontario (CNO). (2009). Practice guideline: Culturally sensitive care. Retrieved from http:// www.cno.org/Global/docs/prac/41040_CulturallySens.pdf

28 Austin, A. M., Macgowan, M. J., & Wagner, E. F. (2005). Effective family-based interventions for adolescents with substance use problems: A systematic review. Research on Social Work Practice, 15(2), 67-83.

29 Waldron, H. B., & Turner, C. W. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37(1), 238-261.

30 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2004). Quick guide for clinicians: Substance abuse treatment and family therapy. Retrieved from http://store.samhsa.gov/shin/content//SMA05- 4032/SMA05-4032.pdf

31 Simpson, P. (2010). Family assessment and interventions. In W. Austin & M. A. Boyd (Eds.), Psychiatric and mental health nursing for Canadian practice (2nd ed.) (pp. 291-307). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

32 Cameron, I. M., Matheson, C. I., Bond, C. M., van Teijlingen, E. R., Wardell, F. A., Cronkshaw, G., & Lawrie, T. (2006). A national survey of nurses working in the management of illicit drug misuse in Scotland. International Journal of Drug Policy, 17(5), 442-446.

33 Campbell-Heider, N., Finnell, D. S., Feigenbaum, J. C., Feeley, T. H., Rejman, K. S., Austin-Ketch, T. ... Schmitt, A. (2009). Survey on addictions: Toward curricular change for family nurse practitioners. International Journal of Nursing Education Scholarship, 6(1), 1-17. doi: 10.2202/1548-923X.1645

34 Kelleher, S., & Cotter, P. (2009). A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. International Emergency Nursing, 17(1), 3-14Lasiuk, G. (2010). The assessment process. In W. Austin & M. A. Boyd (Eds.), Psychiatric and mental health nursing for Canadian practice (2nd ed.) (pp. 173-190). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

35 Monks, R., Topping, A., & Newell, R. (2013). The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: A grounded theory study. Journal of Advanced Nursing, 69(4), 935-946.

36 National Advisory Committee on Prescription Drug Misuse. (2013). First do no harm: Responding to Canada's prescription drug crisis. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.

37 O'Gara, C., Keaney, F., Best, D., Harris, J., Boys, A., Leonard, F. Kelleher, M.,& Strang, J. (2005). Substance misuse training among psychiatric doctors, psychiatric nurses, medical students and nursing students in a South London psychiatric teaching hospital. Drugs: Education, Prevention & Policy, 12(4), 327-336.

38 Rassool, G. H., Villar-Luis, M., Carraro, T. E., & Lopes, G. (2006). Undergraduate nursing students' perceptions of substance use and misuse: A Brazilian position. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13(1), 85-89.

39 Cund, A. (2013). Alcohol education revisited: Exploring how much time we devote to alcohol education in the nursing curriculum. Nurse Education in Practice, 13(1), 35-39.

40 Rassool, G. H., & Oyefeso, A. (2007). Predictors of course satisfaction and perceived course impact of addiction nurses undertaking a postgraduate diploma in addictive behaviour. Nurse Education Today, 27(3), 256-265.

41 Tognazzini, P., Davis, C., Kean, A. M., Osborne, M., & Wong, K. (2009). Core competencies in psychiatric mental health nursing for undergraduate nursing education: Position paper 2009. Retrieved from http://cfmhn.ca/sites/ cfmhn.ca/files/Position_paper_Sept21_2010.pdf

42 Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA). (2014). Competencies for Canada's substance abuse workforce. Ottawa, ON: Author.

43 Natan, M. B., Beyil, V., & Neta, O. (2009). Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the theory of reasoned action. International Journal of Nursing Practice, 15(6), 566-573.

44 Skinner, N., Feather, N. T., Freeman, T., & Roche, A. (2007). Stigma and discrimination in health-care provision to drug users: The role of values, affect, and deservingness judgments. Journal of Applied Social Psychology, 37(1), 163-186.

45 Livingstone, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: A systematic review. Addiction, 107(1), 39-50.

46 Blow, F.C., Brower, K.J., Schulenberg, J.E., Demo-Dananberg, L.M., Young, J.R, & Beresford, T.P. (1992). The Michigan Alcoholism Screening Test - Geriatric Version (MAST-G): A new elderly-specific screening instrument. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 16, 372.

47 Canadian Centre on Substance Abuse. (2009). Concurrent disorders: Substance abuse in Canada. Ottawa, ON: Author.

48 Donald, M., Dower, J., & Kavanagh, D. (2005). Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: A qualitative systematic review of randomised controlled trials. Social Science & Medicine, 60(6), 1371-1383.

49 Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J., & Bond, G. R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. Schizophrenia Bulletin, 24(4), 589-608.

50 Drake R. E., O'Neal, E. L., & Wallach, M.A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co¬occurring severe mental and substance use disorders. Journal of Substance Abuse Treatment, 34(1), 123-138.

51 Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Sitharthan, T., & Cleary, M. (2013). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013(10) 1-258. doi: 10.1002/14651858.CD001088.pub3

52 Kaner, E. F. S., Brown, N., & Jackson, K. (2011). A systematic review of the impact of brief interventions on substance use and co-morbid physical and mental health conditions. Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis, 4(1), 38-61.

53 Hides, L., Samet, S., & Lubman, D. I. (2010). Cognitive behaviour therapy (CBT) for the treatment of co-occurring depression and substance use: Current evidence and directions for future research. Drug and Alcohol Review, 29(5), 508-517.

54 Gregory, V.L. J. (2011). Cognitive-behavioral therapy for comorbid bipolar and substance use disorders: A systematic review of controlled trials. Mental Health and Substance, 4(4), 302-313.

55 Miller, W.R., Bogenschutz, M., & Villarreal, M. I. (2006). Research and practice together: The NIDA clinical trials network. Addictions, 18(1), 11-22.

56 Fries, H. P., & Rosen, M. I. (2011). The efficacy of assertive community treatment to treat substance use. Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 17(1), 45-50.

57 Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C., & Broekaert, E. (2007). Effectiveness of different models of case management for substance-abusing populations. Journal of Psychoactive Drugs, 39(1), 81-95.

58 Kertesz, S. G., Crouch, K., Milby, J. B., Cuisimano, R. E., & Schumacher, J. E. (2009). Housing first for homeless persons with active addiction: Are we overreaching? The Milbank Quarterly, 87(2), 495-534.

59 Ministry of Health Promotion. (2010). Prevention of substance misuse guidance document. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario.

60 Finfgeld-Connett, D., & Johnson, E. D. (2011). Therapeutic substance abuse treatment for incarcerated women. Clinical Nursing Research, 20, 462-481.

61 Adams, S., Leukfeld, C. G., & Peden, A. R. (2008). Substance abuse treatment for women offenders: A research review. Journal of Addictions Nursing, 19, 61-75.

62 Health Canada. (2008). Best practices: Early intervention, outreach and community linkages for youth with substance use problems. Retrieved from http:// www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/bp-mp-intervention/index-eng.php

63 Substance Abuse and Mental Health Services Administration/Center for Substance Abuse Treatment (SAMHSA/CSA). (1998). Tip 26: Substance abuse among older adults (Treatment

Improvement Protocol (TIP) Series, No. 26.). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration

64 Royal College of Psychiatrists. (2011). Our invisible addicts (College Report CR165). London, UK: Author.

65 Seeking Solutions. (2004). BEST PRACTICES 2: Guiding principles. Vancouver, BC: Simon Fraser University.

66 Milligan, K., Niccols, A., Sword, W., Thabane, L., Henderson, J., Smith, A., & Liu, J. (2010). Maternal substance use and integrated treatment programs for women with substance abuse issues and their children: A meta-analysis. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 5(21), 1-14. doi:10.1186/1747-597X-5-21

67 Turnbull, C., & Osborn, D. A. (2012). Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012(1), 1-170. doi: 10.1002/14651858.CD004456.pub3

68 Health Canada. (2006). Best practices: Early intervention, outreach and community linkages for women with substance use problems. Ottawa, ON: Minister of Health.

69 Dunn, C., Deroo, L., & Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. Addiction, 96, 1725-1742

70 National Institute for Health & Clinical Excellence. (2007). Drug misuse, psychosocial interventions. Retrieved from http://www.nice.org.uk/guidance/CG51

71 Hesse, M., Vanderplasschen, W., Rapp, R., Broekaert, E., & Fridell, M. (2007). Case management for persons with substance use disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007(4), 1-65. doi: 10.1002/14651858.CD006265.pub2

72 Magill, M., & Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: A meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 70, 516-527.

73 Roozen, H. G., Boulogne, J. J., van Tulder, M. W., van den Brink, W., De Jong, C. A. J., & Kerkhof, A. J. F. M. (2012). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. Drug and Alcohol Dependence, 74, 1-13.

74 Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B., & Otto, M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. The American Journal of Psychiatry, 165(2), 179-187.

75 Knapp, W. P., Soares, B., Farrell, M., & Silva de Lima, M. (2007). Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007(3), 1-95. doi: 10.1002/14651858.CD003023.pub2

76 Mayet, S., Farrell, M., Ferri, M., Amato, L., & Davoli, M. (2004). Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004(4), 1-20. doi: 10.1002/14651858.CD004330.pub2

77 Powers, M. B., Vedel, E., & Emmelkamp, P. M. G. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. Clinical Psychology Review, 28(6), 952-962.

78 Moore, B. A., Fazzino, T., Garnet, B., Cutter, C. J., & Barry, D. T. (2011). Computer-based interventions for drug use disorders: A systematic review. Journal of Substance Abuse Treatment, 40(3), 215-223.

79 Young, L. B. (2012). Telemedicine interventions for substance-use disorder: A literature review. Journal of Telemedicine and Telecare, 18(1), 47-53.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1: Часто используемые инструменты скрининга

Следующие инструменты оценки на основе доказательных данных рекомендуются разработчиками, однако не ограничиваются только ими.

ИНСТРУМЕНТ СКРИНИНГА	ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ	НАСЕЛЕНИЕ	КЛИНИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ	URL/ССЫЛКА
ASSIST (скрининг-тест на алкоголь, курение и употребление психотропных веществ)	Употребление психотропных веществ, в том числе алкоголь и табак	Взрослые лица в целом	Первичная медицинская помощь	http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599382 eng.pdf
Тест на выявление расстройства, вызванного употреблением алкоголя (AUDIT)	Алкоголь	Взрослые лица в целом Беременные женщины Молодежь и подростки Лица с серьезными проблемами психического здоровья	Первичная медицинская помощь В условиях отделения неотложной помощи	http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who msd msb01.6a.pdf
Тест на выявление расстройства, вызванного употреблением алкоголя – вопросы касательно употребления	Алкоголь	Взрослые лица в целом Беременные женщины	Первичная медицинская помощь	http://www.hiv.va.gov/provider/manual-primary-care/alcohol-misuse-tool1 .asp
TWEAK (устойчивость, беспокойство, употребление вещества с утра, амнезия, сокращение употребления)	Алкоголь	Взрослые лица в целом Беременные женщины	Первичная медицинская помощь	http://www.unodc.ora/ddt-training/treatment/VOLUME%20A/Volume%20A%20 - %20Module%201/5.Screening%20and%20Assessment%20Tools.%20Assist/9.TWEAK.pdf
T-ACE (устойчивость, раздражение, сокращение употребления, употребление вещества с утра)	Алкоголь	Взрослые лица в целом Беременные женщины	Не указано	http://www.michigan.gov/documents/mdch/TACE ScreeningTool_412228_7.pdf
Быстрый скрининг-тест на употребление алкоголя (FAST)	Алкоголь	Взрослые лица в целом	Отделение неотложной помощи	http://www.effectivepi.co.uk/files/FAST%20&%20other%20AUDIT%20questions EPI%20version%20Mar%2009.pdf
Краткий скрининг-тест на	Алкоголь	Взрослые лица в целом	Не указано	http://smchealth.ora/sites/default/files/docs/13

употребление алкоголя по Мичигану (SMAST)				09587945SHORTMICHIGANALCOHOLSCREENI NGTEST.pdf
CAGE (сокращение употребления, раздражение, чувство вины, употребление вещества с утра)	Алкоголь	Взрослые лица в целом Лица с сопутствующими расстройствами	В амбулаторных условиях	http://www.hopkinsmedicine.org/johns hopkins healthcare/downloads/CAGE%20 Substance%20Screening %20Tool.pdf
Тест на употребление алкоголя по Паддингтону (PAT)	Употребление суррогатов алкоголя	Взрослые лица в группе риска по употреблению суррогатов алкоголя	Отделение неотложной помощи	http://www.cmaj.ca/content/ suppl/2002/04/04/164.3.323. DC1/0323a. pdf
Стандартизированная Краткий индекс оценки психического статуса	Проблемы с алкоголем и оценка когнитивного статуса	Пожилые	Не указано	http://www.health.gov.bc.ca/pharmacare/ adti/clinician/pdf/ADTI %20SMMSE-GDS%20 Reference%20Card.pdf
Стандартизированная Краткий индекс оценки психического статуса	Проблемы с алкоголем и оценка когнитивного статуса	Пожилые	Не указано	http://www.health.gov.bc.ca/pharmacare/ adti/clinician/pdf/ADTI %20SMMSE-GDS%20 Reference%20Card.pdf
Скрининг-тест на употребление алкоголя по Мичигану – версия для пожилых людей (MAST-G)	Алкоголь	Пожилые	Не указано	http://www.sbirttraining.com/sites/ sbirttraining.com/files/MAST-G.pdf
Краткий скрининг-тест на употребление алкоголя по Мичигану – версия для пожилых людей (SMAST-G)	Проблемы с алкоголем и оценка когнитивного статуса	Пожилые	Не указано	http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/trythis 17.pdf [46]
CRAFFT (автомобиль, релаксация, одиночество, пренебрежение, друзья, проблемы)	Употребление психотропных веществ, в том числе алкоголь	Молодежь и подростки	Не указано	http://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/sbirt/adolescent screening, brieft intervention and referral to treatment for alcohol.pdf
CAGE-AID (CAGE, адаптированный с включением наркотиков)	Зависимость от употребления психотропных веществ и алкоголь	Взрослые лица в целом. Лица с сопутствующими расстройствами	В амбулаторных условиях	http://www.ncdhhs.gov/ mhddsas/providers/ DWI/dualdiagnosis/CAGE-AID.pdf
Наркологический скрининг-тест (DAST)	Употребление психотропных веществ	Взрослые лица в целом. Лица с психиатрическими проблемами Подростки	В условиях психиатрической клиники В условиях больницы общего типа	http://www.np.edu.sa/ss/ studentcare/ resources/Documents/Drug%20Abuse%20 Screening%20Test%20(DAST).pdf
Индекс тяжести зависимости (SDS)	Зависимость от употребления психотропных веществ	Взрослые лица в целом. Особая группа потребителей,	Не указано	http://pubs.niaaa.nih.gov/ publications/ AssessinaAlcohol/lnstrumentPDFs/67 SDSS. pdf

	(марихуана, кокаин, амфетамины, бензодиазепины и алкоголь)	идентифицированная как лица, которые употребляют марихуану, регулярно употребляют кокаин или лица с шизофренией Молодежь/ подростки		http://www.who.int/substance abuse/ research tools/severitvdependence scale/en/ https://ncpic.org.au/media/1580/severity-of-dependence-scale.pdf
Индекс тяжести пристрастия (ASI)	Употребление психотропных веществ	Взрослые с сопутствующими нарушениями	Не указано	http://www.hc-sc.ac.ca/hc-ps/ alt formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp disorder-mp concomitants/bp concurrent mental health-eng.pdf http://pubs.niaaa.nih.aov/ publications/ AssessingAlcohol/lnstrumentPDFs/04 ASI.pdf
GAIN-SS	Употребление психотропных веществ, расстройства интерналиации, расстройства экстернализации и совершение преступлений/ насилие	Взрослые лица в целом. Лица в возрасте от 11 до 17 лет	Все условия практики, в частности первичная медицинская помощь	http://www.gaincc.org/GAINSS

Примеры быстрых тестов для скрининга употребления алкоголя:

ВОПРОСНИК AUDIT

AUDIT – тест для оценки потребления алкоголя

Одна единица алкоголя – 10 г чистого, или абсолютного, алкоголя.

2,1 единицы
500 мл
5,2%-ного
пива

1,1 единицы
120 мл
12%-ного
вина

1,3 единицы
40 мл
40%-ного
крепкого алкоголя

1,8 единицы
500 мл
4,5%-ного
сидра

AUDIT-C (сокращенная версия AUDIT)

Вопросы	Баллы					Ваши баллы
	0	1	2	3	4	
1. Как часто вы употребляете напитки с содержанием алкоголя?	Никогда	Примерно раз в месяц или реже	2–4 раза в месяц	2–3 раза в неделю	4 раза в неделю или чаще	
2. Сколько единиц алкоголя вы обычно выпиваете за раз? Формула расчета количества алкогольных единиц: количество (литры) x крепость (%) x 0,789 = количество единиц алкоголя. Например: 0,5 л пива x 5,2 (крепость в процентах) x 0,789 = 2,1 единиц алкоголя.	1–2	3–4	5–6	7–9	10+	
3. Как часто вы выпиваете 6 и более единиц алкоголя за раз?	Никогда	Реже раза в месяц	Раз в месяц	Раз в неделю	Каждый или почти каждый день	

Пожалуйста, продолжайте заполнять анкету, если:
а) вы женщина и ваш результат теста больше или равен **4**
б) вы мужчина и ваш результат теста больше или равен **5**

Меньшая полученная сумма баллов становится вашим окончательным результатом.

Комментарий смотрите на следующей странице.

СУММА БАЛЛОВ

Следующие вопросы теста AUDIT

Вопросы	Баллы					Ваши баллы
	0	1	2	3	4	
4. Как часто за последний год случалось так, что, начав употреблять алкоголь, вы уже не могли остановиться?	Никогда	Реже раза в месяц	Раз в месяц	Раз в неделю	Каждый или почти каждый день	
5. Как часто за последний год из-за употребления алкоголя вы не делали чего-то, чего от вас ожидали?	Никогда	Реже раза в месяц	Раз в месяц	Раз в неделю	Каждый или почти каждый день	
6. Как часто за последний год наутро после обильного употребления алкоголя вам требовался какой-нибудь содержащий алкоголь напиток, чтобы преодолеть похмелье?	Никогда	Реже раза в месяц	Раз в месяц	Раз в неделю	Каждый или почти каждый день	
7. Как часто за последний год из-за употребления алкоголя вы испытывали чувство вины или сожаления?	Никогда	Реже раза в месяц	Раз в месяц	Раз в неделю	Каждый или почти каждый день	
8. Как часто за последний год случалось так, что наутро после употребления алкоголя вы не помнили происходившего накануне вечером?	Никогда	Реже раза в месяц	Раз в месяц	Раз в неделю	Каждый или почти каждый день	
9. Вы сами или кто-кто другой получил травмы в результате употребления вами алкоголя?	Нет		Да, но не в течение последнего года		Да, в течение последнего года	
10. Было ли так, что близкий человек, друг, врач или кто-то другой беспокоился об употреблении вами алкоголя либо советовал его сократить?	Нет		Да, но не в течение последнего года		Да, в течение последнего года	

СУММА БАЛЛОВ, ВСЕГО AUDIT-C + ВОПРОСЫ 4–10

Комментарий к сумме баллов:

0–7 низкий уровень риска. Вероятность нанесения вреда здоровью при таком уровне потребления алкоголя невелика. Рекомендуется не увеличивать количества потребляемого алкоголя.

8–15 угрожающее здоровью потребление. При таком уровне употребления алкоголя повышен риск возникновения нарушений здоровья. Рекомендуется сократить употребление алкоголя.

16–19 злоупотребление. Такой уровень потребления алкоголя наносит вред психическому и физическому здоровью. Необходимо сократить употребление алкоголя.

20+ возможная зависимость. Такой уровень потребления алкоголя наносит вред психическому и физическому здоровью. Необходимо сократить употребление алкоголя или отказаться от него.

Меры в зависимости от полученных баллов:

Степень риска	Количество баллов	Необходимая помощь
Первая степень –несущественный риск или трезвость	1-7	-
Вторая степень –умеренный риск неблагоприятных последствий	8-15	Краткая рекомендация
Третья степень –высокий риск вреда для здоровья	16-19	Краткая консультация с мониторингом
Четвертая степень –высокая вероятность алкогольной зависимости	20 и более	Направление к специалисту-наркологу

Взято :«The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care, AUDIT, second edition». Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 (стр. 31, http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf)

ОПРОСНИК CAGE (для первоначального скрининга злоупотребления алкоголем)

Ответьте на поставленные вопросы, таким образом, как Вы их понимаете. При утвердительном ответе обведите кружком «Да», при отрицательном ответе обведите кружком «Нет». В случаях затруднения с ответом не обводите ничего.	
1.Возникало ли у Вас ощущение того, что Вам следует сократить употребление спиртных напитков?	Да Нет
2. Вызывало ли у Вас чувство раздражения, если кто-то из окружающих (друзья, родственники) говорил Вам о необходимости сократить употребление спиртных напитков?	Да Нет
3. Испытывали ли Вы чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков?	Да Нет
4.Возникало ли у Вас желание принять спиртное, как только Вы просыпались после имевшего места употребления алкогольных напитков?	Да Нет

Тест «CAGE» оценивают следующим образом:

- Положительный ответ на один из четырех вопросов (даже если таковым является последний – четвертый) не дает оснований для конкретных выводов;
- Положительные ответы на два вопроса свидетельствуют об употреблении спиртных напитков;
- Положительные ответы на три вопроса позволяют предполагать систематическое употребление алкоголя;
- Положительные ответы на все четыре вопроса почти наверняка указывают на систематическое употребление алкоголя, приближающееся к состоянию зависимости (алкоголизму);
- Отрицательные ответы на все четыре вопроса либо предполагают действительно трезвеннический образ жизни, либо нежелание пациента дать искренние ответы»

Приложение 2: Критерии классификации расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ

В зависимости от группы потребляемых ПАВ в соответствии с МКБ-10 к психоактивным веществам, вызывающим психические и поведенческие расстройства, относятся:

F10 – психические и поведенческие расстройства связанные с употреблением алкоголя;

F11…опиоидов;

F12…каннабиноидов (в том числе синтетических);

F13…седативных и снотворных веществ;

F14…кокаина;

F15…других стимуляторов, включая кофеин (в том числе синтетические катиноны);

F16…галлюциногенов;

F17…табака

F18…летучих органических соединений

F19…сочетанное употребление наркотиков и использование других психоактивных веществ

Критерии синдрома зависимости (согласно МКБ-10):

1) Сильное желание принимать ПАВ и/или непреодолимое влечение к ним
2) Трудности с контролем поведения, связанного с приемом ПАВ, в отношении начала, прекращения или уровня потребления
3) Состояние отмены или абстинентный синдром – это группа вариабельных по сочетанию и тяжести симптомов, возникающих при полном прекращении или уменьшении употребления ПАВ, принимаемого многократно, обычно на протяжении длительного периода или в больших дозах. Состояние отмены может сопровождаться признаками физиологических нарушений. Это один из показателей синдрома зависимости и определяющая характеристика психофармакологического определения зависимости. Наступление и течение синдрома отмены ограничены в времени и связаны с видом вещества и дозой, которая была принята непосредственно перед прекращением или уменьшением употребления. Обычно признаки синдрома отмены являются противоположностью острой интоксикации.
4) Толерантность - это состояние, в котором человек уже не реагирует на ПАВ так, как раньше, и требуется более высокая доза для достижения этого же эффекта
5) Прогрессирующее игнорирование альтернативных удовольствий или интересов вследствие употребления ПАВ
6) Продолжение потребления несмотря на очевидные отрицательные последствия

Диагностические критерии расстройств, вызванных употреблением психотропных веществ (DSM-5):

Критерии сгруппированы под следующими заголовками: нарушенный контроль, изменение социального поведения, применение ПАВ, сопряженное с риском и фармакологические критерии. Расстройства, вызванные употреблением психотропных веществ, измеряются в диапазоне от легкой, средней и до тяжелой степени в зависимости от количества имеющихся критериев. В таблице ниже приведен краткий обзор по каждому критерию, который способствует развитию расстройства, вызванного употреблением психотропных веществ.

№ п/п	Расстройства	Критерии
1	Нарушенный контроль	– Увеличение количества употребляемого вещества или/и в течение более длительного периода времени, чем предполагалось изначально; – Пациент заявляет о неудачных попытках регулирования или сокращения употребления психотропных веществ. Увеличивается время получения, применения или восстановления от воздействия вещества; – Тяга: потребность в наркотике в любое время суток, особенно если уже были случаи получения и его использования.
2	Изменение социального поведения	– Невыполнение основных обязательств из-за употребления психотропных веществ (например, многократные неявки или низкая работоспособность по причине употребления психотропных веществ; неявки, связанные с употреблением психотропных веществ, временные отстранения или исключения из школы, пренебрежение детьми или домашним хозяйством) – Проблемы (социальные и межличностные) (постоянные или периодические) возникают и вызваны или усугублены последствиями употребления психотропных веществ – Мероприятия, которые раньше считались важными для отдельных лиц (например, социальные, профессиональные или развлекательные), сокращаются или прекращаются из-за употребления психотропных веществ
3	Применение ПАВ, сопряженное с риском	– Регулярное применение психотропных веществ в ситуациях, когда это физически опасно (например, вождение автомобиля или управление механизмами); – Повторное употребление психотропных веществ, даже если физические и(или) психологические проблемы (вызванные или усугубленные употреблением психотропных веществ) сохраняются.
4	Фармакологические эффекты	– Увеличение количества вещества,

		употребляемого для достижения желаемого эффекта и(или) уменьшенного эффекта при употреблении того же самого количества психотропного вещества (устойчивость) – Возникновение абстинентного синдрома, отмеченное снижением концентрации употребляемых психотропных веществ в крови и тканях; человек увеличивает количество психотропного вещества, употребляемого для облегчения симптомов

Приложение 2.1: Клиническая картина зависимости от психоактивных веществ

	Жалобы	*История болезни*	*Физикальное обследование и психические симптомы*	*Соматовегетативные и неврологические симптомы*
Зависимость от опиоидов	Выраженные боли в мелких суставах и мышцах дистальных отделов конечностей поясничной областей, тазобедренных, коленных, плечевых, локтевых суставах, позвоночном столбе, длинных трубчатых костях, ощущения носят симметричный характер, выраженное влечение к употреблению наркотика, раздражительность, гневливость; тоскливое настроение; стойкие нарушения сна; озноб; чихание, зевота, ринорея; диарея, тошнота; рвота.	Повышение толерантности; изменение картины опьянения; изменение формы употребления ПАВ исчезновение или снижение защитных реакций организма, симптомы отмены при прекращении либо снижении ежедневной дозы употребляемого наркотика опиоидной группы; наркоманические изменения личности; отрицательные соматические и социальные последствия наркомании.	Следы от инъекций в области магистральных венозных сосудов различного срока давности; признаки слерозирования сосудов (венозные дорожки, венозные колодцы); вторичные тромбофлебитические поражения, лимфостатические признаки, сухость кожи; суховатость слизистых, субиктеричность склер; распространённый кариозный процесс в полости рта; дефицит массы тела; увеличение печени; выраженная тахикардия при нормальном или пониженном АД; снижение тургора кожи.	Оживление глубоких и брюшных рефлексов; повышение Ахилловых рефлексов (выявления клонуса стопы); местная пиломоторная реакция; постуральный тремор дистальных отделов конечностей, положительный симптом Маринеско-Радовичи; горизонтальный нистагм; нарушения конвергенции; длительное снижение реакции зрачков на свет; мидриаз; повышение температуры тела (субфебрильная).
Зависимости от каннабиноидов (в том числе синтетических каннабиноидов)	Навязчивые мысли (влечение, тяга) к употреблению каннабиса; раздражительность; сниженное настроение; расстройства сна, утрата контроля над приемом каннабиса; рост потребности в дозе препарата в 2-3 раза по сравнению с первоначальной, т. к. прежние дозы каннабиноидов не вызывают эйфории; соматические нарушения (ожоги слизистой в полости рта и глотке, кашель при поражении бронхов).	Сведения о систематическом употреблении препаратов каннабиса; нарушенная способность контролировать прием каннабиса; озабоченность употреблением вещества; состояние отмены; проявление толерантности к эффектам вещества; устойчивое употребление вещества вопреки ясным доказательствам вредных последствий; В том числе возможны сведения об эпизодическом (иногда единичном) употреблении синтетических каннабиноидов (спайсов).	Апатия, гипобулия, аффективные расстройства: тревога; снижение настроения, раздражительность, суицидальные попытки; нарушения восприятия неприятные ощущения в области сердца; чувство сжатия головы в височной области; на коже и под кожей - ощущение жжения, неприятного покалывания, дергания.	Тремор; потливость; лабильность АД; тахикардия; ортостатическая гипотензия; нарушение координации движения.
Зависимость от седативных и снотворных	Навязчивые мысли (влечение, тяга) к употреблению седативных и снотворных, раздражительность, сниженное настроение, тревога, расстройства сна, сны наркотического содержания,	Сведения о систематическом употреблении седативных и снотворных, нарушенная способность контролировать прием седативных и снотворных, запойная форма приема	Астения, вялость, пассивность, дистимия, эмоциональная лабильность, патологическое влечение (раздражительность, неусидчивость, психомоторное возбуждение, дисфория,	Тахикардия, ортостатическая гипотензия, повышение артериального давления, тремор, тики и подергивания отдельных мышечных пучков, потливость, рвота, понос, шаткая походка,

	утрата контроля над приемом в том числе во время опьянения, рост потребности в дозе в 5-10 раз по сравнению с первоначальной, так как прежние дозы седативных и снотворных не вызывают эйфории, снижение познавательных функций, трудность в сосредоточении внимания, дискоординация, потеря интереса к обычным событиям и объектам из жизни	седативных средств, с частыми эпизодами тяжелых форм опьянения, психотические симптомы при опьянении, озабоченность употреблением седативных и снотворных, состояние отмены, изменение реактивности организма, проявление толерантности к эффектам седативных и снотворных	психопатоподобное поведение; соматовегетативный и неврологический статус: тахикардия, лабильность артериального давления, утрата четкости речи, коричневый налет на языке, трудности с координацией движений, пастозность кожных покровов, гнойничковая сыпь на теле, тусклые волосы.	частые падения, тонико-клонические судороги в рамках больших судорожных припадков (на 3-5 сутки абстиненции, регистрируются в течение 3 суток).
Зависимость от других стимуляторов (в том числе синтетические катиноны, новые психоактивные вещества (НПВ)	Навязчивые мысли (влечение, тяга) к употреблению стимуляторов, раздражительность, сниженное настроение, расстройства сна, сны наркотического содержания, утрата контроля над приемом стимуляторов, рост потребности в дозе стимуляторов в 2-3 раза по сравнению с первоначальной, т.к. прежние дозы стимуляторов не вызывают эйфории, боль во рту, глотке, усиливающаяся при глотании, кашель, боль, жжение, нагноение, уплотнения в области инъекций;	Сведения о систематическом употреблении стимуляторов, НПВ, сведения о сформированной зависимости от стимуляторов, НПВ, нарушенная способность контролировать прием НПВ, озабоченность употреблением стимуляторов, НПВ, состояние отмены, изменение реактивности организма, проявление толерантности к эффектам стимуляторов, устойчивое употребление стимуляторов, НПВ вопреки ясным доказательствам вредных последствий,	Астения, вялость, пассивность, дистимия, эмоциональная лабильность, патологическое влечение (раздражительность, неусидчивость, психомоторное возбуждение, дисфория, психопатоподобное поведение; соматовегетативный и неврологический статус: тахикардия, лабильность артериального давления, гиперемия слизистой полости рта и глотки, гнойно-воспалительные изменения мягких тканей в области инъекций.	Тахикардия, ортостатическая гипотензия, гипертензия, лабильность артериального давления, тремор, потливость, нарушение координации движения, гиперемия слизистой в полости рта и глотке, гнойно-воспалительные изменения мягких тканей в области инъекций.
Зависимости от галлюциногенов:	Навязчивые мысли (влечение, тяга) к употреблению галлюциногенов, раздражительность, сниженное настроение, тревога, расстройства сна, сны наркотического содержания, «флешбеки», утрата контроля над приемом, в том числе во время опьянения, рост потребности в дозе галлюциногенов, в случае зависимости от холинолитических веществ, фенциклидина,	Сведения о систематическом употреблении галлюциногенов, сведения о сформированной зависимости от галлюциногенов, нарушенная способность контролировать прием галлюциногенов, снижение эффекта от первоначальных доз, стирание яркости переживаемых обманов восприятия, состояние отмены, стойкое употребление галлюциногенов вопреки ясным доказательствам вредных	Астения, вялость, пассивность, дистимия, эмоциональная лабильность, патологическое влечение (раздражительность, неусидчивость, психомоторное возбуждение, дисфория, психопатоподобное поведение; идеи отношения, преследования); тревога, подавленный фон настроения, дисфория, агрессия	Тахикардия, лабильность артериального давления, сухость кожных покровов гнойничковая сыпь на теле, тусклые волосы, сниженный вес вплоть до кахексии, в качестве осложнений инъекций воспалительные изменения мягких тканей, покраснение, воспалительные изменения слизистых носа как последствие вдыхания веществ, кашель, одышка при курении веществ; повышение

	кетамина): общее беспокойство, подозрительность, ощущение угрозы, тревожность, вялость, трудность бессонница, боли в мышцах тянущего характера, головная боль, выраженное влечение к приему галлюционогенов, учащенное сердцебиение, ощущения подергивания в мышцах, онемение конечностей;	последствий, в период воздержания от галлюциногенов при сформированной зависимости в различные промежутки времени (от одних до трех суток) манифестация симптомов отмены (чаще характерно для холинолитических веществ и производных фенетиламина)		сухожильных рефлексов, судороги отдельных групп мышц, горизонтальный нистагм, крупный тремор пальцев рук и кистей, языка, хореиформные движения, миоклонические судороги.
Зависимости от летучих растворителей:	Навязчивые мысли (влечение, тяга) к употреблению летучих растворителей, раздражительность, сниженное настроение, тревога, расстройства сна, сны по тематике связанные с ингаляцией растворителей, утрата контроля над приемом летучих растворителей, в том числе во время опьянения, рост потребности в дозе летучих растворителей, снижение познавательных функций, трудность в сосредоточении внимания, дискоординация, потеря интереса к обычным событиям и объектам из жизни в пользу потребления летучих растворителей;	Сведения о систематическом употреблении летучих растворителей, сведения о сформированной зависимости от летучих растворителей, нарушенная способность контролировать прием летучих растворителей, снижение эффекта от первоначальных доз, стирание яркости переживаемых обманов восприятия, состояние отмены,	Астения, вялость, пассивность, дистимия, эмоциональная лабильность, патологическое влечение (раздражительность, неусидчивость, психомоторное возбуждение, дисфория, психопатоподобное поведение; идеи отношения, преследования);	Тахикардия, лабильность артериального давления, сухость кожных покровов гиперемия и воспаление слизистых носа и ротовой полости, конъюнктивы, кожных покровов лица, тусклые волосы. При синдроме отмены психомоторное возбуждение, напряженная дисфория, подозрительность, тревога, подавленный фон настроения, дисфория, агрессия, возможны обманы восприятия при ясном сознании; повышение сухожильных рефлексов, судороги отдельных групп мышц, тремор пальцев рук и кистей, языка, повышенные сухожильные рефлексы.

Приложение 3: Критерии по уязвимым группам населения

В приведенной ниже таблице содержится информация, которую медсестрам следует учитывать при работе с лицами из определенных групп населения. Члены этих групп могут подвергаться повышенному риску расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ, а оценки и вмешательства, учитывающие их конкретные потребности и обстоятельства, могут привести к лучшим результатам. Этот список, хотя и не является исчерпывающим, был основан на консенсусе литературы и группы экспертов.

ПОПУЛЯЦИЯ	ОСОБЫЕ СООБРАЖЕНИЯ
Сопутствующие расстройства [12, 25, 47, 48, 51-56]	Термин «сопутствующее расстройство» относится к лицам, которые испытывают, как минимум, одно диагностируемое психическое расстройство наряду как минимум с одним расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ [12] . Лица с сопутствующими расстройствами являются одними из наиболее сложных лиц, которых привлекают и участие которых сохраняется в течение всего периода оказания медицинского обслуживания [51]. Лица с низким уровнем употребления психоактивных веществ и усугубляющими тяжелыми психическими заболеваниями могут испытывать ряд вредных последствий, в том числе: ухудшение психиатрических симптомов, снижение соблюдения мер по изменению образа жизни, повышенный риск суицидальных поступков и членовредительства, ухудшение физического здоровья, снижение социальной поддержки, сокращение финансовых ресурсов, более широкое использование служб неотложной помощи, в том числе обращения в отделения неотложной помощи и за психиатрической помощью, а также повышенное внимание со стороны правоохранительных органов [48].Использование многоаспектных планов медицинского обслуживания, включающих как психосоциальные, так и фармакологические подходы, способствует снижению негативных последствий для психического здоровья и способствует достижению положительных результатов лечения у лиц с сопутствующими расстройствами [25]. Дополнительную информацию о психосоциальных вмешательствах можно посмотреть в Приложении 4.
Бездомные, лица с неполноценным жильем и лица с временным жильем[57,58**]**	Медсестрам следует рассматривать каждый контакт с бездомным лицом как возможность оценить употребление психоактивных веществ. Из-за общественного осуждения и других препятствий многие бездомные лица могут не проходить скрининг на расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ, при взаимодействии с медицинскими работниками. Следует рассмотреть возможность вначале привлечения социальных служб для решения «вопроса жилищных условий», поскольку было показано, что это дает лучшие результаты в отношении зависимости и психического здоровья, чем подходы, в которых не используется такой подход [58].
Заключенные женщины[59,60,61]	Заключенные подвергаются более высокому риску развития расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ. При работе с заключенными женщинами, употреблявшими

	психоактивные вещества в прошлом, медсестрам следует обеспечить индивидуальный подход, отличный от других заключенных женщин [60]. Два систематических обзора показали, что развитие основанных на доверии отношений между медицинскими работниками и находящимися в местах лишения женщинами может повысить их вовлеченность в терапию и связано со способностью женщин достигать своих индивидуальных целей [60,61].Подходы к лечебной тактике, куда входят связи между лечением в условиях мест лишения свободы и лечением в условиях сообщества, и интегрированные подходы, в которые входит расширение прав и возможностей, наставничество в сообществе с помощью успешных ролевых моделей лиц из того же самого круга и использование методов МК, эффективно способствуют излечению заключенных женщин от расстройства, вызванного употреблением наркотиков [61]. В двух систематических обзорах был сделан вывод о том, что женщины с расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ, которые участвуют в программах вмешательства, находясь в местах лишения свободы, обретают более высокую самооценку, у них улучшаются навыки решения проблем и преодоления трудностей, а также повышается способность устанавливать поддерживающие отношения с семьей за пределами мест лишения свободы [60,61].
Лесбиянки, геи, бисексуалы, лица, изменившие половую принадлежность, гермафродиты, люди пола, остающегося под вопросом или асексуалы (LGBTTIQQA) [14, 15, 62]	Исследование [14, 15] указывают на то, что люди в популяции LGBTTIQQA подвержены повышенному риску расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ, из-за факторов, связанных с повсеместной маргинализацией и дискриминацией, в диапазоне от невосприимчивости до насилия [62]. Дискриминация и маргинализация, с которыми сталкиваются люди из популяции LGBTTIQQA, могут делиться своими конкретными проблемами и потребностями с членами своей семьи, друзьями и другими лицами, особенно это актуально для молодежи, которая сталкивается с возникающей сексуальной идентификацией и связанными с ней проблемами. Использование групп поддержки, предоставление точной медицинской информации и содействие позитивным связям с обществом являются важными факторами при работе с людьми из группы LGBTTIQQA.
Пожилые лица[63,64,65]	Алкоголь, отпускаемые по рецепту и без рецепта лекарства часто являются наиболее употребляемыми психоактивными веществами среди пожилых людей [63,64].Медсестрам следует использовать соответствующие инструменты скрининга при оценке нарушений употребления психоактивных веществ в этой группе населения. Что касается скрининга, SMAST-G и MME помогают выявлять проблемы, связанные с употреблением алкоголя и когнитивными функциями, соответственно, и были разработаны и подтверждены для пожилых лиц [63,64]. Перед началом оказания медицинской помощи данной категории лиц, медицинские работники должны признать, что для детоксикации может потребоваться более длительный период времени из-за потенциальных физических и психических сопутствующих заболеваний и возрастных физиологических изменений (например, водный баланс

	(обезвоживание или отеки), обмен веществ и т.д.) [63,64,65]. Фармакологические вмешательства у пожилых людей также требуют более тщательного мониторинга из-за физиологических и психологических изменений. Например, алиментарный статус должен тщательно контролироваться у пожилых лиц, употребляющих алкоголь, поскольку существует повышенный риск дефицита питательных веществ (например, тиамина) [64] . Наконец, следует учитывать, что социальные связи пожилых лиц могут быть ограничены из-за употребления ими психоактивных веществ, физических ограничений и(или) утраты членов семьи и друзей [65].
Беременные женщины и женщины после родов [9,15, 66, 67]	По данным APA (2006) [15] лечение расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, у беременных женщин имеет жизненно важное значение из-за многочисленных осложнений, которые могут возникнуть как у матери, так и у развивающегося плода. Беременные женщины, употребляющие психоактивные вещества, подвержены повышенному риску возникновения заболеваний, расстройств и осложнений, таких как ВИЧ, гепатит, анемия, туберкулез, гипертония, эклампсии, самопроизвольные аборты, отслойка плаценты и преждевременные или/и продолжительные роды [15]. Плод подвержен более высокому риску врожденных дефектов, нарушения роста и развития, недоношенности, низкой массы тела при рождении и мертворождения [15,66]. После родов новорожденный может испытывать симптомы при воздержании от употребления из-за употребления психоактивных веществ матерью, а в число долгосрочных проблем могут входить поведенческие проблемы, трудности в обучении и проблемы с употреблением психотропных веществ в будущем [66]. Медсестры идеально подходят для проведения вмешательств у женщин, чтобы уменьшить употребление психоактивных веществ в период до зачатия, беременности и в послеродовый период. Медсестры, проводящие дородовые визиты, должны обследовать всех лиц с применением соответствующих инструментов скрининга и предоставить краткосрочные меры по изменению образа жизни для поддержки (см. Приложение 1 и Приложение 4). Несмотря на ограниченное количество доступных инструментов скрининга, важно, чтобы медсестры проводили скрининг и предлагали последующую поддержку лицам, которые употребляют наркотики во время беременности и в послеродовом периоде [9]. Программы посещения на дому во время беременности и(или) после родов для женщин, страдающих расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, оказались полезными как для матери, так и для ребенка. В число преимуществ входят увеличение регистрации таких случаев и увеличение визитов к врачам, связанных с лечением наркомании и алкоголизма, снижение случаев вынужденного лишения родительских прав и улучшение результатов работы по контрацепции в данной группе лиц [67]. Для обеспечения эффективности дальнейших мер подбора чувствительных вариантов тактики лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, для медсестер важно работать с

	женщинами во время беременности и в послеродовом периоде
Работники сферы торговли сексом [15, 68,69]	Работники сферы торговли сексом подвержены высокому риску употребления психоактивных веществ, виктимизации (поведение жертвы) и дискриминации [68]. Установление и поддержание доверия в течение нескольких сеансов с отдельными работниками сферы торговли сексом играет важную роль в эффективном взаимодействии [68]. Этой группе населения должно быть предоставлено обучение по вопросам безопасного применения психоактивных веществ, практики безопасного секса и методов снижения риска сокращения заражения переносимыми с кровью патогенными микроорганизмами. В данной группе населения необходимо обеспечить скрининг на заболевания передающихся половым путем, а также помнить о том, данная группа подвержена риску заболевания туберкулезом и вовремя обеспечивать ежегодный флюорографический скрининг [15]. Доступ к основным детерминантам здоровья, в том числе жилье и медицинские услуги, имеет решающее значение при управлении заболеванием у лиц с расстройствами, вызванными употреблением психотропных веществ в этой группе населения [68].

Приложение 4: Типы психосоциальных вмешательств

Данное приложение включает в себя сводную таблицу по десяти различным типам психосоциальных вмешательств, используемых при лечении расстройств, вызванных употреблением психотропных веществ.

Название	**Краткий обзор**	**Преимущества**	**Вид вмешательства или предоставления услуги**
12-ступенчатые группы и группы самопомощи [70] [2]	Группы из 12 человек и группы самопомощи, как правило, представляют собой непрофессиональные общественные группы под руководством людей из того же круга для людей с расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ. Примеры 12-ступенчатых групп включают Анонимных алкоголиков (АА) и	Эти группы обычно поощряют воздержание от употребления и ориентированы на долгосрочное выздоровление. Группы для семей и друзей людей с расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ, обеспечивают поддержку и просвещение относительно употребления психоактивных	Неформальное вмешательство

	Анонимных наркоманов (АН). Семейные группы «Аль-Анон», «Алатин» и «Семейные группы Нар-Анон» обеспечивают поддержку семьи и друзей людям, имеющим проблемы с употреблением психотропных веществ.	веществ, а также помогают людям понять, как их собственное поведение может способствовать употреблению психоактивных веществ их близкими.	
Альтернативные методы лечения	Альтернативные методы лечения (например, медитация на осознанность, акупунктура) могут оказаться полезными для лиц с расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ, в сочетании со стандартной терапией. Группа экспертов рекомендует использовать альтернативную терапию в качестве вспомогательной или дополнительной формы терапии к традиционной терапии и она никогда не должна быть единственным видом терапии для лиц с расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ.	Акупунктурная терапия может дополнять существующие методы вмешательства для людей с расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ; необходимы дальнейшие исследования, чтобы продемонстрировать его эффективность. Медитация на осознанность может помочь лицам с расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ, управлять своими нежелательными мыслями, пристрастием и негативными эмоциями, а также поддерживать здоровый образ жизни	Формальное вмешательство
Ведение пациентов/клиентов[14, 57, 71]	Ведение пациентов/клиентов – это ориентированная на пациентов стратегия	Ведение клиентов продемонстрировало положительные эффекты, в том числе: (i) доступ и	Предоставление медицинской мопощи

	для оценки, планирования и предоставления доступа к надлежащим общественным услугам. Целью ведения клиентов является обеспечение непрерывности медицинского обслуживания и координации оказания услуг лицам с расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ. В модели ведения лиц входят: (i) интенсивное ведение лиц, (ii) настойчивое лечение, (iii) основанное на поддержке сильных сторон лица и (iv) интенсивное и универсальное ведение лиц.	продолжение обращения к медицинской помощи, (ii) качество жизни, (iii) удовлетворенность лиц и (iv) сокращение случаев госпитализаций.	
Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)[14,72]	КПТ направлена на изменение негативных или саморазрушающих мыслей и поведения. Клиницисты, использующие КПТ, акцентируют внимание на изменении автоматических мыслей лица, основных убеждений и проблемного поведения.	КПТ помогает: (i) идентифицировать внутри личностные и межличностные инициирующие факторы рецидива, (ii) развивать навыки позитивной стрессоустойчивости, (iii) развивать навыки отказа от наркотиков и (iv) расширять деятельность, не связанную с употреблением.	Формальное вмешательство
Подход усиления сообщества (ПУС) [15,73]	ПУС направлен на то, чтобы предоставить людям альтернативное	Систематический обзор показал, умеренную эффективность ПУС у	Формальное вмешательство

	усиление окружающей среды (например, нахождение в социальной среде, не употребляющих психоактивные вещества) для смягчения негативного поведения, вызванного употреблением психоактивных веществ. ПУС основан на теории о том, что условия окружающей среды усиливают потребление веществ.	лиц с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ в результате употребления алкоголя, героина, кокаина и опиоидов.	
Система непрерывного подкрепления, направленная на предотвращение срывов (СНППС) [70, 74, 75, 76]	СНППС направлена на укрепление позитивного поведения посредством использования запланированных, положительных поощрений. СНППС подчеркивает, что нейробиологические факторы и факторы окружающей среды влияют на поведение, связанное с употреблением психоактивных веществ, и что применение усиливающих последствий может помочь в изменении негативного поведения. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что СНППС является эффективным подходом для	К преимуществам СНППС относятся: (i) снижение употребления запрещенных препаратов, (ii) положительное участие в услугах ведения, способствующих выздоровлению, (iii) повышение уровня соблюдения требований при завершении скрининга на передающиеся заболевания (например, на туберкулез) и (iv) повышение приверженности приему лекарств (например, соблюдение приема лекарств от ВИЧ).	Формальное вмешательство

	содействия воздержанию во время и после лечения расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ.		
Парная и семейная терапия [77]	Парная и семейная терапия активно вовлекает семью в оказание медицинской помощи в качестве вспомогательной терапевтической стратегии медицинского обслуживания. Семейная терапия направлена на изучение самоконтроля, развитие навыков стрессоустойчивости и улучшение функциональных отношений в семье, что может помочь уменьшить употребление психоактивных веществ. Показано, что она дает положительные результаты по сравнению с несемейной терапией для взрослых и подростков.	В преимущества семейной и парной терапии входят: (i) более высокие показатели вовлечения и продолжительности оказания за медицинской помощью, (ii) улучшение результатов лечения, (iii) устойчивое выздоровление и (iv) положительное влияние на будущие поколения семьи.	Формальное вмешательство
Групповая терапия [14,15]	В групповой терапии используются различные методы психосоциальных вмешательств при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, и они могут	Групповая терапия может обеспечить: (i) базовую подготовку для привлечения и мотивации новых лиц с помощью базовых стратегий предотвращения рецидивов, (ii) обучение навыкам с	Формальное вмешательство

	включать группы развития и поддержки навыков, группы КПТ, группы поддержки.	использованием ролевой игры и (iii) практические занятия, которые применяют изученные концепции и навыки в реальных жизненных ситуациях	
Многомерная семейная терапия (ММСТ) (вмешательство для подростков/ молодежи) [28,29]	ММСТ - это поэтапный подход, который вовлекает и молодежь, и семью в формирование терапевтических союхов в семье для разработки индивидуальных вариантов вмешательства для каждого члена семьи. ММСТ акцентирует внимание на установлении позитивного социального поведения, связей и антинаркотического поведения и поощряет членов семьи приобретать навыки решения проблем и принятия решений, необходимые для создания и поддержания позитивных изменений.	Преимущества ММСТ включают в себя: (i) значительное сокращение употребления психотропных веществ среди молодежи; (ii) улучшение функционирования семьи после вмешательства.	Формальное вмешательство
Телемедицина [15, 78, 79]	Телемедицина - это применение компьютерных, мобильных или интернет-устройств для обеспечения стратегий профилактики, оценки, управления и оценки для лиц с расстройством, вызванным употреблением психотропных	Телемедицина преодолевает финансовые, географические и психологические препятствия, мешающие оказанию медицинской помощи, поскольку она предоставляет лицам гибкий, портативный и легкий доступ к медицинской помощи.	Предоставление услуги

	веществ. Телемедицина предоставляется с помощью: (i) телефона, (ii) интерактивных систем голосового ответа, (iii) Интернета (например, веб-сайты, электронная почта, чат и веб-конференции), (iv) компьютерных программ, (v) видеоконференций и (vi) обмен текстовыми сообщениями. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что телемедицина может применяться в качестве полноценной замены или дополнения к традиционному медицинскому обслуживанию.		

Приложение 5: Текущая оценка сестринского плана

В данном приложении описаны несколько оценочных компонентов для определения эффективности плана медицинской помощи лицам, употребляющим психотропные вещества. Постоянная оценка плана должна включать оценку следующих факторов в сотрудничестве с пациентом:

А) Цели пациента

a) Каковы цели пациента?

b) Что помогло пациенту в достижении им своих целей?

c) Где имеются пробелы в достижении им своих целей?

d) Каковы следующие шаги в достижении целей лечения и(или) в постановке новых целей?

В) Обеспечение безопасности пациента

a) Имеются ли у пациента какие-либо побуждения к агрессивному поведению?

b) Находится ли пациент в непосредственной опасности от других лиц?

c) Имеется ли риск падения?

d) Способен ли пациент безопасно управлять автомобилем (оценить риск дорожно-транспортных происшествий)?

С) Физическое здоровье

a) Есть ли у пациента улучшение физического здоровья?

D) Психологическое здоровье

a) Имеется ли пациента улучшение психологического здоровья?

b) Проводится ли лечение сопутствующих психиатрических и медицинских состояний?

E) Лечение

a) Обращается ли пациент за лечением в организации, оказывающие медицинскую помощь данной категории лиц?

b) Есть ли у пациента эпизоды задержки с лечением?

c) Придерживается ли пациент установленного в рамках плана лечения?

d) Удовлетворен ли пациент полученным лечением?

e) Каков прогресс пациента?

F) Использование вещества

a) Есть ли снижение тяжести и частоты эпизодов употребления психоактивных веществ?

b) Снижается ли вред, вызванный воздействием веществ при лечении?

c) Были ли эпизоды рецидива? Существуют ли какие-либо профилактические стратегии для снижения вероятности возникновения рецидивов в будущем?

d) Есть ли снижение частоты госпитализаций (если лечение проводится в амбулаторных условиях)?

G) Уголовно наказуемая деятельность

a) Вовлекался ли пациент недавно в какую-либо преступную деятельность?

b) Наблюдается ли уменьшение количества контактов пациента с системой уголовного правосудия и правоохранительными органами?

H) Качество жизни

a) Есть ли улучшение социального взаимодействия пациента и общего качества жизни (например, межличностные и семейные отношения, осмысленная профессиональная занятость, безопасное и надежное жилье, безопасность потребляемых продуктов)?

Составлено группой экспертов RNAO, 2015 г.

Ссылки:[14,15].