

И. В. Калугин¹, Е. А. Хаустова²

ПРОБЛЕМА КОМПЛАЕНСА У ПАЦИЕНТОВ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

¹КЛПУ «Городская психиатрическая больница № 7 г. Мариуполя»,
Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии
и наркологии МЗ Украины, г. Киев

²Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев
doct@hitline.net.ua

Актуальность. В статье сделаны выводы исследования, проведенного на базе геронтопсихиатрического отделения Мариупольской городской больницы и обзора литературы по изучению комплаенса у пациентов пожилого возраста. Термин «комплаенс» характеризует правильность выполнения больным рекомендаций врача: медикаментозного лечения, немедикаментозных процедур, точности выполнения диагностических и профилактических мероприятий, изменения образа жизни и т. п.

Цель – изучение взаимоотношений пациентов пожилого возраста с системой медицинской помощи для выявления факторов, влияющих на формирование их привязанности к фармакотерапии.

Материалы и методы. Проведено обследование 52 больных геронтопсихиатрического отделения Мариупольской психиатрической больницы, поступивших на стационарное лечение повторно в течение года, за период 2014–2015 гг. и 6 месяцев 2016 г. Проведена их клинико-демографическая характеристика и проанализировано мнение пациентов геронтопсихиатрического профиля относительно факторов, влияющих на их приверженность к терапии.

Результаты. Обнаружены положительные факторы, влияющие на формирование приверженности к терапии: социально-экономические, факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения, факторы, связанные с назначенной терапией и состоянием пациента в настоящее время.

Выводы. Разработка основных методов повышения приверженности пациентов к терапии, общеобразовательных программ для пациентов пожилого и старческого возраста позволит повысить их приверженность к фармакотерапии, улучшит эффективность лечения, значительно уменьшит риск развития побочных эффектов, финансовую нагрузку и в целом улучшит качество жизни пожилых пациентов.

Ключевые слова:
полиморбидность,
комплаенс,
фармакотерапия,
пациенты геронто-
психиатрического
профиля.

Актуальность. Явление комплаенса и его значение для клинической практики играет важную роль в достижении целей, поставленных как врачом, так и пациентом. До середины XX века в медицине преобладал принцип патернализма [1], который предполагал, что каждый больной будет неукоснительно исполнять предписания врача. Действительно, большинство пациентов соблюдали рекомендации врачей, но постепенно ситуация изменилась и внимание медицинского сообщества все чаще стали привлекать случаи несоблюдения больными полученных рекомендаций. Этому явлению в 1976–1979 гг. D. Sackett и R. Haynes дали определение «комплаенс», на сегодня оно стало неотъемлемой частью оценки эффективности лечебного процесса в повседневной клинической практике и при проведении научных исследований.

Термин «комплаенс» (от англ. compliance – уступчивость, податливость) – это мера, характеризующая правильность выполнения больным рекомендаций врача: лекарственного лечения, нелекарственных процедур, точности выполнения диагностических и профилактических мероприятий, изменения образа жизни и т. д. В настоящее время кроме понятия «комплаенс» часто используют такие термины, как «приверженность лечению», «согласие с лечением», «терапевтическое сотрудничество», «терапевтический альянс» и другие. Эти термины описывают не только правильность соблюдения больными назначений врача и их согласие исполнять медицинские рекомендации, но и качество взаимоотношений пациентов с системой медицинской помощи (например, желание посещать медицинское учреждение, степень доверия к врачу и т. д.).

Перечисленные термины неравнозначны и в большей степени это связано с тем, что современные реалии не всегда позволяют выстраивать взаимоотношения врача и пациента на основании партнерства. Причинами этого являются особенности клинической картины или опасность некоторых заболеваний (психические расстройства, инфекции, заболевания, угрожающие жизни и др.), психологические особенности пациентов (склонность «навязывать» врачу «особое» мнение о лечении) или низкое качество организации медицинской помощи.

В обзоре ВОЗ «Приверженность длительной терапии: аргументы в пользу действий» [2] подробно описаны детерминанты приверженности и различные подходы, объясняющие этот феномен и позволяющие организовать воздействие на ее повышение у пациентов, а также направления организации такого воздействия. В качестве основных собственно психологических детерминант приверженности рассматривают три основные группы факторов [20]: поведение лиц, оказывающих медицинские услуги (не только врачи, но и весь контактирующий с пациентами медперсонал), особенности функционирования системы здравоохранения и характеристики пациентов.

Согласно оценке ВОЗ, примерно половина всех больных не соблюдают рекомендаций врача [21].

Проблема комплаенса стоит очень остро: по данным отечественных и зарубежных источников, комплаентное поведение при различных заболеваниях составляет от 20 до 57 % [3]. В исследовании, проведенном аналитической компанией Comcon Synovate, менее 40 % опрошенных указали, что всегда выполняют предписания врача по приему лекарственных средств, 24 % респондентов не покупают препараты из-за дороговизны, а 19 % отклоняются от рекомендаций по собственному решению, иногда на основе рекомендаций фармацевта.

По оценке ВОЗ, в индустриально развитых странах лишь около 50 % пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, достаточно длительное время точно соблюдают врачебные рекомендации, в развивающихся странах – еще меньше. В метаанализе, включающем 569 исследований за 50 лет (1948–1998 гг.), был определен средневзвешенный показатель комплаенса пациентов – 76 %, причем в зависимости от нозологии и картины болезни наблюдались значительные вариации. Наиболее высокие показатели были определены у ВИЧ-инфицированных пациентов и больных артритом (88 и 81 % соответственно), а наиболее низкие – у больных сахарным диабетом и нарушениями сна (68–66 %) [4].

Особые сложности с выполнением рекомендаций врача отмечались у пациентов с психическими патологиями: в среднем 50 % из них произвольно прекращают принимать назначенные им антидепрессанты через 3 месяца. При шизофрении средние показатели комплаенса составили, по данным разных исследований, от 50 до 60 %, а при биполярных расстройствах – даже 35 % [19, 22].

В 1991–2001 гг. в Великобритании (в этой стране при государственной поддержке традиционно проводятся широкомасштабные неинтервенционные клинко-экономические исследования применения медицинских технологий в рутинной практике) было проведено ко-

гортное изучение с участием врачей общей практики, которое показало, что при первичном лечении гипертензии прекращают назначенное лечение через полгода 20 % пациентов, а через год – еще 29 % [23].

В Германии также имеет место проблема нон-комплаенса по вине пациентов. Согласно сообщению ABDA (Федеральный союз аптечных ассоциаций), более 50 % всех отпущенных по рецептам лекарственных препаратов пациенты принимают не в соответствии с врачебными рекомендациями [23]. Этому вопросу посвящены регулярные исследования фонда Bertelsmann-Stiftung, в которых анализируются основные причины и частота отказов от приема назначенного лекарственного препарата. Хотя бы однажды не начинали применять препараты из-за боязни неблагоприятных побочных эффектов 10 % опрошенных, еще 17 % прекращали начатый прием по той же причине, 31 % сообщили, что забывали начать прием.

Невыполнение врачебных рекомендаций и назначений является частой причиной ухудшения состояния здоровья, особенно у пожилых больных. Экспертами ВОЗ были подробно проанализированы причины неадекватного выполнения врачебных рекомендаций. ВОЗ выделяет пять основных факторов, влияющих на приверженность к терапии [24].

1. Социально-экономические факторы, которые включают социально-экономический статус пациента, расу, военные действия на территории страны, возраст.

2. Факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения: степень развития медицинской системы в целом, степень развития системы распределения медицинских услуг, образование медицинского персонала, система образования пациентов и длительность их наблюдения, время, отводимое на консультацию пациента.

3. Факторы, связанные с проводимой терапией, которые включают сложный режим приема препаратов, их количество, длительность лечения, частоту смены терапии, скорость достижения эффекта, побочные эффекты препарата.

4. Факторы, связанные с пациентом: знания пациента о заболевании, мотивация к лечению, ожидания от лечения, забывчивость, непонимание инструкций врача, страх побочных эффектов, привыкание к терапии, предыдущий опыт лечения.

5. Факторы, связанные с состоянием пациента в данный момент: выраженность симптомов заболевания, скорость его прогрессирования, физическое, психическое, социальное состояние пациента, наличие сопутствующей патологии, наличие эффективных методов лечения.

Вопрос оценки комплаенса в настоящее время еще не решен. Каждый из предложенных методов оценки имеет определенные недостатки. В настоящее время используются: определение уровня лекарственных средств и их метаболитов в биологических жидкостях, подсчет количества неиспользованных пациентом таблеток, учет повторно выписанных рецептов или электронный мониторинг с помощью микропроцессора, вмонтированного в крышку ёмкости с лекарствами (метод, распространённый за рубежом) [5]. В условиях современной практической медицины эти методы обременительны, поэтому

на практике комплаенс чаще всего оценивают путем опроса и анкетирования пациента (во время беседы) или его родственников (в случае отказа больного общаться с врачом) [6].

В настоящее время прогрессирующее старение человеческой популяции – важнейшая проблема большинства стран мира. По результатам анализа данных Всемирной организации здравоохранения установлено, что пожилые люди (лица в возрасте 60 лет и старше) являются наиболее быстро увеличивающимся контингентом населения мира. По прогнозам ВОЗ, к 2025 г. их численность увеличится в 6 раз по сравнению с 1950 г., а к 2050 г. численность пожилых людей достигнет 2 миллиардов и превысит численность детей в возрасте до 14 лет [7].

Пожилые пациенты являются одними из ведущих потребителей лекарственных средств. Поэтому одной из важнейших задач современной гериатрии является обоснование эффективных и безопасных подходов к индивидуальному рациональному медикаментозному лечению с учётом возрастных особенностей стареющего, и, как правило, страдающего различными заболеваниями организма [8]. Люди пожилого и старческого возраста болеют чаще и имеют, как правило, не одно хроническое заболевание. В большинстве случаев каждое из них требует постоянной лекарственной терапии, поэтому понятие комплаенса для лиц пожилого и старческого возраста становится наиболее актуальным [9].

Как показали наблюдения, достигнуть комплаенса у пациентов пожилого и старческого возраста с психическими расстройствами гораздо сложнее, чем у пациентов молодого и среднего возраста с соматическими заболеваниями. У пожилых больных с психозами отсутствует критическое отношение к своему состоянию [10]. Попытки оказания медицинской помощи воспринимаются ими как насилие и вызывают активное противодействие. Нежелание лечиться может быть связано с бредовым толкованием событий, например, назначение лекарств воспринимается как «отравление» с целью завладения имуществом. При депрессии пожилой пациент может не принимать лекарства не только из-за отсутствия критики, но и из-за выраженной двигательной заторможенности, обусловленной как психическим состоянием, так и возрастными изменениями организма.

Убедить больных самостоятельно принимать лекарства в период психоза или обострения заболевания почти невозможно, поэтому лечение проводится в стационаре. И только улучшение состояния с формированием критики способствует достижению комплаенса, больные начинают принимать лекарства сами и продолжают лечение амбулаторно. Однако при амбулаторном лечении терапевтическое сотрудничество обычно непродолжительно. Его «разрушение» может быть связано с развитием побочных эффектов, которые особенно тяжело переносятся пожилыми больными в домашних условиях, с опасением, что длительное лечение может повредить здоровью, со стигматизацией («лекарства не дают забыть о болезни») [11]. Это, в итоге, приводит к повторной госпитализации пациента в стационар.

При заболеваниях, сопровождающихся развитием слабоумия (атрофические процессы, сосудистые пораже-

ния головного мозга и др.), возможность формирования терапевтического сотрудничества очень низка из-за нарушений памяти, осмысления ситуации, снижения критики [12]. В этих случаях прием лекарств должен контролироваться родственниками больного, которым необходимо объяснить важность лечения и дать четкие инструкции относительно схемы терапии [13].

Очевидно, что некомплаентное поведение пожилых пациентов приводит к серьёзным медицинским последствиям, таким как недостаточная эффективность терапии, многократные пересмотры схемы лечения врачом, отсутствие дисциплинированности больного при выполнении рекомендаций, побочные эффекты лекарственных средств, разочарование врача в успехе лечения и появление мнения о «бесперспективности» больного, дискредитация системы медицинской помощи в глазах пациента.

В среднем, при клиническом обследовании больных в возрасте 60 лет и старше диагностируется не менее четырех – пяти различных хронических патологических состояний в разных фазах и стадиях [14]. Именно полиморбидность заставляет пациентов пожилого возраста обращаться и наблюдаться у врачей разных специальностей. Взаимовлияние заболеваний изменяет классическую клиническую картину, характер течения, увеличивает количество осложнений и их тяжесть, ухудшает качество жизни и прогноз, в итоге – затрудняет лечебно-диагностический процесс [22], а в конечном итоге – значительно снижает комплаенс во взаимоотношениях врача и пациента [15].

Соблюдение режима терапии у таких больных обеспечивается благодаря помощи близких или сиделок. У более сохранных больных полезно использовать специальные приспособления для приема лекарств и звуковые сигналы, напоминающие о времени их приема. Важно, чтобы лекарства хранились в доступном месте или на виду. Необходимо в понятной форме объяснить больному, как нужно принимать лекарства, предоставить четкие письменные инструкции [16]. Поддержанию терапевтического сотрудничества способствует активный патронаж таких больных на дому.

В одном из исследований показано, что несоблюдение врачебных рекомендаций по приему лекарств имело место у 40 % пожилых больных, в виду этого неоспорима роль врача в повышении комплаенса пожилого пациента к фармакотерапии. Для того, чтобы обеспечить должную приверженность пациента к лечению, врачу необходимо самому правильно оценивать цели проводимой терапии и быть настойчивым в их достижении. Поэтому вопрос фармакотерапии пациентов преклонного возраста и акцентирование внимания специалистов на особенностях проведения медикаментозного лечения этой группы больных в настоящее время является актуальным [17].

Как показывают наблюдения, нарушение комплаентных взаимоотношений между пациентами пожилого возраста с психической патологией и системой здравоохранения, как правило, приводит значимому ухудшению душевного состояния больных и последующей госпитализации в стационар. Значительное число повторных госпитализаций приходится именно на данную категорию пациентов. В лечении таких больных

огромную роль имеет их приверженность к терапии. Низкая приверженность является главной причиной уменьшения выраженности лечебного эффекта, существенно повышает вероятность развития осложнений, ведет к снижению качества жизни больных и увеличению затрат на лечение. То есть, наиболее показательной в данном случае является категория пожилых пациентов, которые поступили повторно за определенный период времени на стационарное лечение.

Цель – изучение состояния взаимоотношений между пациентами пожилого возраста с психическими расстройствами и системой медицинской помощи с целью определения факторов, влияющих на формирование их приверженности к фармакотерапии с помощью анкетирования по параметрам ВОЗ.

Материалы и методы исследования

С целью изучения факторов, влияющих на формирование приверженности к терапии у пациентов пожилого возраста, мы провели анкетирование 52 пациентов геронтопсихиатрического отделения Мариупольской психиатрической больницы, поступивших на стационарное лечение за период 2014–2015 гг. и 6 месяцев 2016 г. В исследование включали только пациентов, имевших опыт неоднократных госпитализаций. Участие в опросе было анонимным и добровольным. Применяемая анкета-опросник была посвящена факторам, влияющим на приверженность к терапии (ВОЗ, 2003) [24]. Анкета состоит из 26 вопросов. Варианты ответов представлены ранговой шкалой самооценки с пятью позициями, соответственно обозначенным факторам. В социологических исследованиях при невозможности применения стандартных опросников для проведения исследования и его дальнейшей оценки пользовались различными стандартными измерительными шкалами [18]. Так как цель исследования преследовала оценку отношения пациентов к факторам, влияющим на приверженность к терапии по данным ВОЗ, то вопросами данной анкеты являются сами факторы, влияющие на приверженность пациентов к лечению, по мнению экспертов ВОЗ, а варианты ответов были представлены ранговой шкалой самооценки с пятью позициями, содержащей симметричное распределение положительных и отрицательных оценок отношения к изучаемому фактору с равным числом положительных и отрицательных позиций шкалы, разделенных нулевой (нейтральной) позицией [18]. Шкала самооценки является разновидностью шкалы установок. При ответе на каждый вопрос пациент мог выбрать одно из возможных утверждений, отражающих его мнение по поводу того или иного фактора. При анализе результатов учитывали общее количество ответов каждого пациента по каждой группе вопросов, а каждому ответу присваивали баллы, при этом положительные и отрицательные результаты были симметричны.

Результаты и их обсуждение

Нами было установлено, что за указанный период в больницу повторно поступили всего 730 пациентов (что составило 8,6 % от общего числа поступивших больных). Из них количество пациентов геронтопсихиатрического отделения, поступивших повторно, составило 52 чело-

века (10,3 % от общего числа пациентов, поступивших в геронтопсихиатрическое отделение) (табл. 1).

Для определения основных факторов, влияющих на приверженность пациентов геронтопсихиатрического отделения к терапии, была проведена их клинико-демографическая характеристика (табл. 2).

Таблица 1. Количество пациентов, поступивших в Мариупольскую психиатрическую больницу за 2014 – 1-е полугодие 2016 г.

	Количество пациентов	2014 г.	2015 г.	6 мес 2016 г.	Всего
По больнице	Абс.	325	299	106	730
	%	3,9	3,6	1,3	8,6
По ГПО	Абс.	18	23	11	52
	%	3,6	4,6	2,2	10,3

Таблица 2. Клинико-демографическая характеристика обследованных пациентов

Критерий		Абс.	%
Возраст	61 – 70	9	17,3
	71 – 80	29	55,8
	81 – 90	13	25,0
	91 и старше	1	1,9
Пол	Мужской	13	25,0
	Женский	39	75,0
Образование	Начальное	5	9,6
	Неполное среднее	4	7,7
	Среднее	12	23,1
	Среднее специальное	20	38,5
	Неоконченное высшее	0	0,0
	Высшее	11	21,2
Профессия	Умственный труд	14	26,9
	Физический труд	38	73,1
Диагноз по МКБ-10	F 00 (деменция вследствие болезни Альцгеймера)	4	7,7
	F 01 (атеросклеротическая деменция)	27	51,9
	F 02 (деменция вследствие органического заболевания головного мозга)	4	7,7
	F 06 (органическое бредовое расстройство)	1	1,9
	F 07 (расстройство личности и поведения вследствие органического заболевания головного мозга)	3	5,8
	F 20 (шизофрения)	2	3,8
	F 33 (рекуррентное депрессивное расстройство)	1	1,9
	F 70 (умственная отсталость)	3	5,8
	Отсутствие поддерживающей терапии	16	30,8
Причина ухудшения психического состояния при повторной госпитализации	Неадекватная поддерживающая терапия	14	26,9
	Отсутствие видимой причины	19	36,5
	Стрессовый фактор	3	5,8

Нами установлено, что основную часть пациентов геронтопсихиатрического профиля, повторно поступивших на лечение в стационар, составили:

- лица в возрасте 71 – 80 лет – 55,8 %,
- пол: женщины – 75,0 %,
- образование: среднее специальное – 38,5 %,
- профессия: физический труд – 73,1 %,
- по нозологии: атеросклеротическая деменция – 51,9 %,
- причина ухудшения психического состояния при повторной госпитализации: 36,5 % пациентов не смогли указать на видимую причину ухудшения своего состояния, 30,8 % отметили отсутствие поддерживающей терапии.

Также нами были проанализированы факторы, влияющие на приверженность к терапии у пациентов геронтопсихиатрического профиля с использованием анкеты-опросника, включающей критерии экспертов ВОЗ [24] (табл. 3–7). Соответственно, оценка проводилась по следующим группам факторов:

1. Социально-экономические факторы;
2. Факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения;
3. Факторы, связанные с проводимой терапией;
4. Факторы, связанные с пациентом;
5. Факторы, связанные с состоянием пациента на данный момент.

Нами было установлено, что 51,9 % больных считают, что социально-экономический статус пациента положительно влияет на приверженность к терапии, 32,7 % – крайне положительно. Влияние национальности оценено следующим образом: 42,3 % пациентов затруднились ответить, по 21,2 % больных не ответили совсем либо указали на отрицательное влияние национальности на приверженность к терапии. Следует отметить оценку влияния военных действий на территории страны на приверженность к лечению: 40,4 % пациентов указали крайне отрицательное влияние, 23,1 % – отрицательное, 19,2 % – положительное влияние данного фактора. Что касается влияния возраста: 36,5 % считают, что возраст крайне отрицательно влияет на приверженность к терапии, 25,0 % – отрицательно, 21,2 % – положительно.

То есть, из социально-экономических факторов преимущественно положительное влияние имеет социальный статус пациента, а отрицательное влияние оказывают наличие военных действий на территории страны и возраст пациента.

В отношении факторов, связанных с медицинским персоналом и системой здравоохранения: 61,5 % пациентов отметили положительное, а 30,8 % – крайне положительное влияние степени развития медицинской системы в целом на приверженность к терапии, 57,7 % больных указали на положительное, а 30,8 % на крайне положи-

Таблица 3. Социально-экономические факторы

Факторы, влияющие на приверженность пациентов к терапии	Оценка влияния отдельных факторов (%)											
	крайне положительно		положительно		затрудняюсь ответить		отрицательно		крайне отрицательно		не ответили	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Социально-экономический статус пациента (мат. полож., образование, соц. поддержка, стоимость лечения, ситуация в семье и т.д.)	17	32,7	27	51,9	4	7,7	-	-	-	-	4	7,7
Национальность	-	-	8	15,4	22	42,3	11	21,2	-	-	11	21,2
Военные действия на территории страны	-	-	10	19,2	5	9,6	12	23,1	21	40,4	4	7,7
Возраст	-	-	11	21,2	2	3,8	13	25,0	19	36,5	7	13,5

Таблица 4. Факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения

Факторы, влияющие на приверженность пациентов к терапии	Оценка влияния отдельных факторов (%)											
	крайне положительно		положительно		затрудняюсь ответить		отрицательно		крайне отрицательно		не ответили	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Степень развития медицинской системы в целом	16	30,8	32	61,5	2	3,8	-	-	-	-	2	3,8
Степень развития системы распределения медицинских услуг	16	30,8	30	57,7	3	5,8	-	-	-	-	3	5,8
Образование медицинского персонала (и его представление о проблеме приверженности пациентов к терапии)	9	17,3	39	75,0	2	3,8	-	-	-	-	2	3,8
Система образования пациентов и их длительного наблюдения	5	9,6	18	34,6	12	23,1	-	-	-	-	3	5,8
Время, отводимое на консультацию пациента	30	57,7	21	40,4	-	-	-	-	-	-	1	1,9

тельное влияние степени развития системы распределения медицинских услуг, 75,0 % опрошенных пациентов отмечают положительное и 17,3 % – крайне положительное влияние образования медицинского персонала. Что касается системы образования пациентов и их длительного наблюдения, то 34,6 % больных ответили положительно, 23,1 % затруднились ответить. 57,7 % пациентов считают крайне положительным и 40,4 % – положительным влияние времени, отводимого на консультацию пациента.

Как видно из приведенных данных, позитивно влияют на формирование приверженности к терапии практически все факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения, в большей или меньшей степени.

Что касается факторов, связанных с проводимой терапией: 50,0 % пациентов отметили крайне отрицательное и 30,8 % – отрицательное влияние сложного режима приёма препаратов и их количества на формирование приверженности к терапии. Что касается длительности лечения: 46,1 % опрошенных лиц указывают на отрицательное, а 26,9 % – на положительное влияние данного фактора. В отношении частоты смены препарата: 50,0 % пациентов отметили отрицательное, 38,5 % – крайне отрицательное влияние этого фактора на формирование приверженности. Скорость достижения эффекта оценена следующим образом: 46,1 % больных отметили положительное влияние, 23,1 % – отрицательное влияние данного фактора. 57,7 % геронтопсихиатрических пациентов указали на отрицательное и 36,6 % – на крайне отрицательное влияние побочных эффектов препарата на приверженность к терапии.

Можно отметить, что в данном случае положительное значение имеет скорость достижения эффекта. А отрицательных моментов значительно больше: сложность режима приёма препаратов и их количество, длительность лечения, частота смены препарата и влияние его побочных эффектов.

Данные таблицы свидетельствуют следующее: 65,4 % пациентов указали на положительное влияние знаний пациента о заболевании на формирование приверженности, 42,3 % – затруднились при ответе, 28,8 % отметили положительное влияние мотивации к лечению. 50,0 % геронтопсихиатрических больных указали на положительное влияние ожидания пациента от лечения на приверженность к терапии. 57,7 % пациентов считают, что забывчивость крайне отрицательно влияет на данный процесс. В отношении непонимания инструкций врача – 59,6 % лиц отметили крайне отрицательное, 34,6 % – отрицательное влияние. 48,1 % пациентов ответили крайне отрицательно и 38,5 % – отрицательно при оценке страха побочных эффектов и привыкания к терапии. 25,0 % пациентов отделения считают, что предыдущий опыт лечения положительно влияет на формирование приверженности к терапии, и 25,0 % указали на его отрицательное влияние.

Позитивное влияние среди факторов, связанных с пациентом, имеют знания пациента о заболевании, мотивация к лечению, ожидания пациента от лечения и предыдущий опыт лечения, в то время как забывчивость, непонимание инструкций врача, страх побочных эффектов и привыкания к терапии негативно сказываются на формировании приверженности к лечению.

Таблица 5. Факторы, связанные с проводимой терапией

Факторы, влияющие на приверженность пациентов к терапии	Оценка влияния отдельных факторов (%)											
	крайне положительно		положительно		затрудняюсь ответить		отрицательно		крайне отрицательно		не ответили	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Сложный режим приема препаратов, их количество	-	-	2	3,8	6	11,5	16	30,8	26	50,0	2	3,8
Длительность лечения	1	1,9	14	26,9	4	7,7	24	46,1	6	11,5	3	5,8
Частота смены терапии	-	-	-	-	4	7,7	26	50,0	20	38,5	2	3,8
Скорость достижения эффекта	7	13,5	24	46,1	3	5,8	12	23,1	-	-	6	11,5
Побочные эффекты препарата	-	-	-	-	1	1,9	30	57,7	19	36,6	2	3,8

Таблица 6. Факторы, связанные с пациентом

Факторы, влияющие на приверженность пациентов к терапии	Оценка влияния отдельных факторов (%)											
	крайне положительно		положительно		затрудняюсь ответить		отрицательно		крайне отрицательно		не ответили	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Знания пациента о заболевании	2	3,8	34	65,4	9	17,3	6	11,5	-	-	1	1,9
Мотивация к лечению	12	23,1	15	28,8	22	42,3	-	-	-	-	3	5,8
Его ожидания от лечения	8	15,4	26	50,0	6	11,5	10	19,2	-	-	3	5,8
Забывчивость	-	-	-	-	-	-	21	40,4	30	57,7	1	1,9
Непонимание инструкций врача	-	-	-	-	2	3,8	18	34,6	31	59,6	1	1,9
Страх побочных эффектов, привыкания к терапии	-	-	4	7,7	1	1,9	20	38,5	25	48,1	2	3,8
Предыдущий опыт лечения	8	15,4	13	25,0	4	7,7	13	25,0	1	1,9	3	5,8

Таблица 7. Факторы, связанные с состоянием пациента на данный момент

Факторы, влияющие на приверженность пациентов к терапии	Оценка влияния отдельных факторов (%)											
	крайне положительно		положительно		затрудняюсь ответить		отрицательно		крайне отрицательно		не ответили	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Выраженность симптомов заболевания	13	25,0	24	46,1	1	1,9	10	19,2	-	-	2	3,8
Скорость прогрессирования заболевания	7	13,5	19	36,5	8	15,4	9	17,3	8	15,4	3	5,8
Физическое, психическое и социальное состояние пациента	8	15,4	20	38,5	4	7,7	14	26,9	3	5,8	3	5,8
Наличие сопутствующей (соматической) патологии	10	19,2	20	48,5	3	5,8	10	19,2	8	15,4	2	3,8
Наличие эффективных методов лечения	12	23,1	28	53,8	4	7,7	5	9,6	-	-	3	5,8

Данная категория факторов представлена следующим образом: 46,1 % больных отметили положительное и 25,0 % – крайне положительное влияние выраженности симптомов заболевания на приверженность к терапии. Основную часть положительных ответов дали пациенты геронтопсихиатрического профиля в отношении следующих факторов, влияющих на приверженность: скорость прогрессирования заболевания – 36,5 %; физическое, психическое и социальное состояние пациента – 38,5 %, наличие сопутствующей соматической патологии – 48,5 %, наличие эффективных методов лечения – 53,8 %.

Данная категория факторов преимущественно полностью положительно влияет на формирование приверженности к терапии, это – выраженность симптомов заболевания, скорость прогрессирования заболевания, физическое, психическое и социальное состояние пациента, наличие сопутствующей (соматической) патологии, наличие эффективных методов лечения.

В итоге проведенного исследования нами было установлено, что **положительное** влияние на формирование приверженности к терапии пациентов геронтопсихиатрического профиля имеют следующие основные факторы:

1. Социально-экономические факторы:
 - социальный статус пациента – 51,9 %.
2. Факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения:
 - время, отводимое на консультацию пациента – 98,1 %;
 - степень развития медицинской системы в целом – 92,3 %;
 - образование медицинского персонала (и в частности его представление о проблеме приверженности пациентов к терапии) – 75,0 %;
 - степень развития системы распределения медицинских услуг – 57,7 %;
 - система образования пациентов и их длительного наблюдения – 34,6 %.
3. Факторы, связанные с проводимой терапией:
 - скорость достижения эффекта – 46,1 %.
4. Факторы, связанные с пациентом:
 - знания пациента о заболевании – 65,4 %;
 - его ожидания от лечения – 50,0 %;

- мотивация к лечению – 28,8 %.

5. Факторы, связанные с состоянием пациента на данный момент:

- наличие эффективных методов лечения – 53,8 %;
- наличие сопутствующей (соматической) патологии – 48,5 %;
- выраженность симптомов заболевания – 46,1 %;
- физическое, психическое и социальное состояние пациента – 38,5 %;
- скорость прогрессирования заболевания – 36,5 %.

Отрицательное влияние на формирование приверженности к терапии пациентов геронтопсихиатрического профиля имеют следующие основные факторы:

1. Социально-экономические факторы:
 - военные действия на территории страны – 40,4 %;
 - возраст – 36,5 %.
2. Факторы, связанные с проводимой терапией:
 - побочные эффекты препарата – 57,7 %;
 - сложный режим приема препаратов, их количество – 50,0 %;
 - частота смены терапии – 50,0 %;
 - длительность лечения – 46,1 %.
3. Факторы, связанные с пациентом:
 - страх побочных эффектов, привыкания к терапии – 86,6 %;
 - непонимание инструкций врача – 59,6 %;
 - забывчивость – 57,7 %;
 - предыдущий опыт лечения – 25,0 %.

Выводы

Формирование комплаенса у пациентов пожилого и старческого возраста является одной из актуальных проблем социальной психиатрии и требует дальнейшего всестороннего изучения. Комплаентность, или выполнение врачебных рекомендаций, является важным фактором успешности лечения острых и хронических заболеваний. Выявленные факторы, оказывающие позитивное и негативное влияние на формирование приверженности пациентов к терапии, помогут в разработке общеобразовательных программ для пациентов пожилого и старческого возраста и методических рекомендаций для медицинского персонала, что, возможно, станет первым шагом к решению вопроса терапевтического комплаенса.

Список использованной литературы

1. Ястребов В. С. Проблемы патернализма и партнерства в психиатрии / В. С. Ястребов // Психиатрия. – 2012. – № 4 (56). – С. 7–13.
2. Пінчук І. Я. Актуальні питання геронтопсихіатрії: навчальний посібник / І. Я. Пінчук, В. В. Чайковська, Л. А. Стадник [та ін.]. – Тернопіль: Видавництво «Термограф», 2010. – 431 с.
3. Данилов Д. С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 2. – С. 4–12.
4. Мартынов А. А. Повышение приверженности пациентов стационаров и амбулаторно-поликлинических подразделений к лечебно-реабилитационным программам и факторы, оказывающие влияние на комплаентность / А. А. Мартынов, Е. В. Спиридонова, М. М. Бутарева // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – № 1. – С. 21–27.
5. Вольская Е. А. Пациентский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях / Е. А. Вольская // Ремедиум. – 2013. – № 11. – С. 6–15.
6. Богатырев Н. В. Понятие комплаенса и проблема измерения комплаенса // Изв. Рос. гос. пед. ун-та им. А. И. Герцена. – 2009. – № 116. – С. 260–265.
7. Калугин И. В. Проблемы полиморбидности и адекватной фармакотерапии у пациентов пожилого возраста / И. В. Калугин, Е. А. Хаустова // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19, № 4 (75). – С. 118–123.
8. Калугин И. В. Старение организма и полиморбидность / И. В. Калугин, Е. А. Хаустова // Архів психіатрії. – 2014. – Т. 20, № 2 (77). – С. 36–43.
9. Лазебник Л. Б. Генез полиморбидности / Л. Б. Лазебник, В. Н. Дроздов // Клиническая геронтология. – 2001. – Т. 7, № 1–2. – С. 3–5.
10. Данилов Д. С. Индивидуальный выбор современной психофармакотерапии шизофрении (основные принципы, обсуждение результатов клинических исследований и некоторые практические рекомендации) / Д. С. Данилов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – Т. 10, № 6. – С. 50–57.
11. Наумова Е. А. Выполнение больными врачебных назначений: эффективны ли вмешательства, направленные на улучшение этого показателя / Е. А. Наумова, Ю. Г. Шварц // Международный журнал медицинской практики. – 2006. – № 1. – С. 48–60.
12. Парновский Б. Л. Перспективные направления исследований лекарственного лечения гериатрических больных / Б. Л. Парновский, А. Е. Левицкая // Фармацевт. журнал. – 2010. – № 4. – С. 55–58.
13. Особенности применения лекарственных средств у людей пожилого и старческого возраста / В. И. Джемали, Е. В. Купраш, Н. Г. Гриненко, А. С. Гударенко // Журнал практического врача. – 2006. – № 3. – С. 47–48.
14. Горшунова Н. К. Здоровье, полиморбидность и качество жизни людей старшего возраста и долгожителей / Н. К. Горшунова, Н. В. Медведев // Современные наукоемкие технологии. – 2005. – № 4. – С. 40–42.
15. Асинова М. И. Преподавание гериатрии в подготовке семейного врача / М. И. Асинова, О. В. Давыдович // Журнал практического врача. – 2005. – № 3. – С. 45–47.
16. Верстакова О. Л. Рекомендации по применению лекарственных средств у пациентов пожилого возраста / О. Л. Верстакова, Р. Д. Сюбаев, А. Н. Яворский // Клиническая геронтология. – 2002. – Т. 8, № 5. – С. 174–175.
17. Сметанина К. И. Основные возможности обеспечения системы рациональной фармакотерапии гериатрических больных на современном этапе / К. И. Сметанина // 80-й науч.-практической. конф. «Работаем, творим, презентуем»: тезы конференции. – Ивано-Франковск: Изд-во ДВНЗ «Ивано-Франковский национальный мед. университет». – 2011. – С. 241–242.
18. Толстова Ю. И. Анализ социологических данных. Методология, дескриптивная статистика, изучение связей между номинальными признаками / Ю. И. Толстова. – М.: Научный мир, 2000. – 352 с.
19. Шлафер А. М. Метод комплаенс-терапии в системе лечения больных шизофренией: автореф. дис. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: 14.01.06, 19.00.04 / А. М. Шлафер. – Санкт-Петербург, 2012. – 26 с.
20. Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO) [Электронный ресурс] / R. Horne, J. Weinman, N. Barber, R. Elliot [et al.]. – 2005. Режим доступа к ресурсу: http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1412-076_V01.pdf. (Дата обращения 10.09.2016).
21. Comorbid chronic diseases, discordant impact on mortality in older people: a 14-year longitudinal population study / G. E. Caughey, E. N. Ramsay, A. I. Vitry [et al.] // Journal of Epidemiology and Community Health. – 2010. – Vol. 64, issue 12. – P. 1036–1042. DOI: 10.1136/jech.2009.088260.
22. Kemp R. Compliance therapy: an intervention targeting insight and treatment adherence in psychotic patients / R. Kemp, A. David, P. Hayward // Behavioral and Cognitive Psychotherapy. – 1996. – Vol. 24, issue 4. – P. 331–350. DOI: 10.1017/S135246580001523X.
23. Sackett D. L. Introduction and the magnitude of compliance and noncompliance / D. L. Sackett // Compliance with therapeutic regimens / Eds. D. L. Sackett & R. B. Haynes. – Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1976. – P. 1–25.
24. Adherence to long term therapies, evidence for action [Электронный ресурс] / World Health Organization. – Geneva: WHO, 2003. – 211 p. Режим доступа к ресурсу: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf>. (Дата обращения 05.09.2016).

References

1. Jastrebov, V. S. (2012). Problemy paternalizma i partnerstva v psichiatrii [Problems of paternalism and partnership in psychiatry]. *Psihiatrija – Psychiatry*, no. 4 (56), pp. 7–13. (In Russian).
2. Pinchuk, I. Ya., Chaikovska, V. V., Stadnyk, L. A., Levada, O. A., Pustovoi, M. M., & Shyriaeva, M. I. (2010). Aktualni pytannia herontopsykhii [Actual questions of geriatric psychiatry]. Ternopil: Vydavnytstvo «Termohraf», 431 p. (In Ukrainian).
3. Danilov, D. S. (2014). Terapevticheskoe sotrudnichestvo (komplaens): soderzhanie ponjatija, mehanizmy formirovanija i metody optimizacii [Therapeutic cooperation (compliance): the essence of the notion, the mechanisms of formation and methods of optimization]. *Nevrologija, neiropsihiatrija, psihosomatika – Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*, no. 2, pp. 4–12. (In Russian).
4. Martynov, A. A., Spiridonova, E. V., & Butareva, M. M. (2012). Povyshenie priverzhennosti pacientov stacionarov i ambulatorno-poliklinicheskikh podrazdelenij k lechebno-reabilitacionnym programmam i faktory, okazyvajushhie vlijanie na komplajentnost' [Increased of adherence of patients in hospitals and outpatient departments to treatment and rehabilitation programs and factors, which affect compliance]. *Vestnik Dermatologii i Venerologii – Journal of Dermatology and Venerology*, no. 1, pp. 21–27. (In Russian).
5. Vol'skaja, E. A. (2013). Pacientskij komplajens. Obzor tendencij v issledovanijah [Patient compliance. Review of trends in research]. *Remedium – Remedium*, no. 11, pp. 6–15. (In Russian).
6. Bogatyrev, N. V. (2009). Ponjatije komplajensa i problema izmerenija komplajensa [The concept of compliance and the problem of measuring compliance]. *Nauchnyj zhurnal «Izvestija Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A. I. Gercena – Izvestia: Herzen University Journal of Humanities & Science*, no. 116, pp. 260–265. (In Russian).
7. Kalugin, I. V., & Khaustova, O. O. (2013). Problemy polimorbidnosti i adekvatnoj farmakoterapii u pacientov pozhilogo vozrasta [The problems of polymorbidities and adequate pharmacotherapy among the elderly-aged patients]. *Arkhiv psykhiatrii – Archives of psychiatry*, vol. 19, no. 4 (75), pp. 118–123. (In Russian).
8. Kalugin, I. V., & Khaustova, O. O. (2014). Starenie organizma i polimorbidnost' [Aging and polymorbidity]. *Arkhiv psykhiatrii – Archives of psychiatry*, vol. 20, no. 2 (77), pp. 36–43. (In Russian).
9. Lazebnik, L. B., & Drozdov, V. N. (2001). Genез polimorbidnosti [Genesis of polymorbidity]. *Klinicheskaja gerontologija – Clinical gerontology*, vol. 7, no. 1–2, pp. 3–5. (In Russian).
10. Danilov, D. S. (2008). Individual'nyj vybor sovremennoj psihofarmakoterapii shizofrenii (osnovnye principy, obsuzhdenie rezul'tatov klinicheskikh issledovanij i nekotorye prakticheskie rekomendacii) [Individual choice of modern psychopharmacotherapy for schizophrenia (basic principles, discussion of the results of clinical trials and some practical recommendations)]. *Psihiatrija i psihofarmakoterapija – Psychiatry and psychopharmacotherapy*, vol. 10, no. 6, pp. 50–57. (In Russian).
11. Naumova, E. A., & Shvarc, Ju. G. (2006). Vypolnenie bol'nymi vrachebnyh naznachenij: jeffektivny li vmeshatel'stva, napravlennye na uluchshenie jetogo pokazatelja [Compliance with patients' medical appointments: are interventions aimed at improving this indicator effective?]. *Mezhdunarodnyj zhurnal medicinskoj praktiki – International Journal of Medical Practice*, no. 1, pp. 48–60. (In Russian).
12. Parnovskij, B. L., & Levickaja, A. E. (2010). Perspektivnye napravlenija issledovanij lekarstvennogo lechenija geriatricheskikh bol'nyh [Perspective directions of studies of medicinal treatment of geriatric patients]. *Farmaceuticheskij zhurnal – Pharmaceutical Journal*, no. 4, pp. 55–58. (In Russian).
13. Dzhemajli, V. I., Kuprash, E. V., Grinenko, N. G., & Gudarenko, A. S. (2006). Osobennosti primeneniya lekarstvennyh sredstv u ljudej pozhilogo i starchyego vozrasta [Features of the use of drugs in elderly and old age people]. *Zhurnal prakticheskogo vracha – Journal of Practical Physician*, no. 3, pp. 47–48. (In Russian).
14. Gorshunova, N. K., & Medvedev, N. V. (2005). Dzorov'e, polimorbidnost' i kachestvo zhizni ljudej starshego vozrasta i dolgozhitelej [Health, polymorbidity and quality of life of older and long-lived people]. *Sovremennye naukoemkie tehnologii – Modern high technologies*, no. 5, pp. 40–42. (In Russian).
15. Asinova, M. I., & Davydovich, O. V. (2005). Prepodavaniya geriatrii v podgotovke semejnogo vracha [Teaching geriatrics in the preparation of a family doctor]. *Zhurnal prakticheskogo vracha – Journal of Practical Physician*, no. 3, pp. 45–47. (In Russian).
16. Verstakova, O. L., Sjubae, R. D., & Javorskij, A. N. (2002). Rekomendacii po primeneniju lekarstvennyh sredstv u pacientov pozhilogo vozrasta [Recommendations for the use of medicines in elderly patients]. *Klinicheskaja gerontologija – Clinical gerontology*, vol. 8, no. 5, pp. 174–175. (In Russian).
17. Smetanina, K. I. (2011). Osnovni mozhlyvosti zabezpechennia systemy ratsionalnoi farmakoterapii heriatrichnykh khvorykh na suchasnomu etapi: Tezy dop. 80-oi nauk.-prakt. konf. «Pratsiuemo, tvorymo, prezentuemo» [Main features of the system to ensure rational pharmacotherapy geriatric patients at this stage: Abstracts of the 80th Scientific Conference «Working, creating, presenting»]. Iv.-Frankivsk: Vyd-vo DVNZ «Iv.-Frankivskij nats. med. Universitet», pp. 241–242. (In Ukrainian).
18. Tolstova, Ju. I. (2000). Analiz sociologicheskikh dannyx. Metodologija, deskriptivnaja statistika, izuchenie svyazej mezhdu nominal'nymi priznakami [Analysis of sociological data. Methodology, descriptive statistics, study of relationships between nominal characteristics]. Moscow, Nauchnyj mir, 352 p. (In Russian).

19. Shlafer, A. M. (2012). *Metod komplaens-terapii v sisteme lecheniya bol'nyh shizofreniej: avtoref. dis. ... kandidata medicinskih nauk* [Method of compliance therapy in the system of treatment of patients with schizophrenia. Author's abstract of thesis to the competition of the scientific degree of the candidate of medical sciences]. St. Petersburg, 26 p. (In Russian).
20. Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliot, R., & Morgan, M. (2005). *Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO)*. Retrieved from: http://www.netscc.ac.uk/hedr/files/project/SDO_FR_08-1412-076_V01.pdf. (Accessed 10.09.2016).
21. Caughey, G. E., Ramsay, E. N., Vitry, A. I., Gilbert, A. L., Luszcz, M. A., Ryan, P., & Roughead, E. E. (2010). Comorbid chronic diseases, discordant impact on mortality in older people: a 14-year longitudinal population study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 64, issue 12, pp. 1036–1042. DOI: 10.1136/jech.2009.088260.
22. Kemp, R., David, A., & Hayward, P. (1996). Compliance therapy: an intervention targeting insight and treatment adherence in psychotic patients. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, vol. 24, issue 4, pp. 331–350. DOI: 10.1017/S135246580001523X.
23. Sackett, D. L. (1976). Introduction and the magnitude of compliance and noncompliance. In D. L. Sackett & R. B. Haynes. (Eds.), *Compliance with therapeutic regimens* (pp. 1–25). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
24. World Health Organization. (2003). *Adherence to long term therapies, evidence for action*. Geneva : WHO, 211 p. Retrieved from: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf>. (Accessed 05.09.2016).

ПРОБЛЕМА КОМПЛАЄНСУ У ПАЦІЄНТІВ ГЕРОНТОПСИХІАТРИЧНОГО ПРОФІЛЮ

I. V. Kalugin, O. O. Khaustova

Актуальність. У статті надані висновки дослідження, проведеного на базі геронтопсихіатричного відділення Маріупольської міської лікарні та огляду літератури з вивчення комплаєнсу у пацієнтів похилого віку. Термін «комплаєнс» – це міра, яка характеризує правильність виконання хворим рекомендацій лікаря: медикаментозного лікування, немедикаментозних процедур, точності виконання діагностичних та профілактичних заходів, зміни способу життя тощо.

Мета – вивчення взаємовідносин пацієнтів похилого віку з системою медичної допомоги для виявлення факторів, які впливають на формування їх прихильності до фармакотерапії.

Матеріали та методи. Проведене обстеження 52 хворих геронтопсихіатричного відділення Маріупольської психіатричної лікарні, які потрапили на стаціонарне лікування повторно впродовж року, за період 2014 – 2015 рр. та 6 місяців 2016 р. Проведена їх клініко-демографічна характеристика та проаналізована думка пацієнтів геронтопсихіатричного профілю щодо чинників, які впливають на їх прихильність до терапії.

Результати. виявлені позитивні чинники, які впливають на формування прихильності до терапії: соціально-економічні, фактори, пов'язані з медичним персоналом та системою охорони здоров'я, фактори, пов'язані з призначеною терапією та станом пацієнта на даний час.

Висновки. Розробка основних методів підвищення прихильності пацієнтів до терапії, загальноосвітніх програм для пацієнтів похилого та старечого віку дасть змогу підвищити їх прихильність до фармакотерапії, покращить ефективність лікування, значно зменшить ризик розвитку побічних ефектів, зменшить фінансове навантаження та загалом покращить якість життя пацієнтів похилого віку.

Ключові слова: поліморбідність, комплаєнс, фармакотерапія, пацієнти геронтопсихіатричного профілю.

THE PROBLEM OF COMPLIANCE IN GERONTOPSYCHIATRIC PATIENTS

I. V. Kalugin, O. O. Khaustova

Background. The results of the research conducted on the basis of geriatric psychiatry department of Mariupol city hospital and review of the literature on the study of the phenomenon of compliance in geriatric patients are given in the article. The term «compliance» is a measure that characterizes the correct implementation of the doctor's prescription by sick person such as: pharmacotherapy, non-pharmacological treatments, accurate performance of diagnostic and preventive measures, lifestyle changes etc.

Objective: to study the relationship of geriatric patients with a medical care system in order to determine the factors influencing the formation of their adherence to pharmacotherapy.

Materials and methods. 52 patients of geriatric psychiatry department of Mariupol psychiatric hospital who have been admitted for hospital treatment again in a year for the period of 2014, 2015 years and first 6 months of 2016 have been examined. Clinical and demographic characteristics has been done and the opinions of patients of gerontopsychiatric profile about factors that affect their adherence to therapy have been analyzed.

Results. Positive factors which influenced on the formation of the adherence have been established: social-economic factors, factors, connected with the medical staff and health system, with doctor's prescription and the patient's health conditions.

Conclusions. The development of new techniques for improving patients' adherence to the therapy, educational programs for geriatric patients will help improve their adherence to pharmacotherapy, will improve the effectiveness of treatment, will significantly reduce the risk of side effects, will decrease the financial burden and in general will improve the geriatric patients' quality of life.

Keywords: polymorbidity, compliance, pharmacotherapy, geriatric patients.

Стаття надійшла до редакції 07.10.2016 р.

КАЛУГІН Ігорь Витальевич, аспірант Українського науково-дослідницького інституту соціальної та судової психіатрії та наркології МЗ України, головний лікар КЛПУ «Городская психиатрическая больница № 7 г. Мариуполя», г. Мариуполь, Україна; e-mail: doct@hitline.net.ua

ХАУСТОВА Елена Александровна, д.мед.н., професор, професор кафедри психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені А. А. Богомольця, г. Київ, Україна; e-mail: 7974247@gmail.com

КАЛУГІН Ігор Віталійович, аспірант Українського науково-дослідницького інституту соціальної та судової психіатрії та наркології МОЗ України, головний лікар КЛПУ «Міська психіатрична лікарня № 7 м. Мариуполя», м. Мариуполь, Україна; e-mail: doct@hitline.net.ua

ХАУСТОВА Олена Олександрівна, д.мед.н., професор, професор кафедри психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна; e-mail: 7974247@gmail.com

KALUGIN Igor Vitaliiovych, PhD-student of Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Head doctor of KLPU «City Psychiatric Hospital No. 7, Mariupol», Mariupol, Ukraine; e-mail: doct@hitline.net.ua

KHAUSTOVA Olena Oleksandrivna, MD, Sc.D., Professor, Professor of the Psychosomatic Medicine and Psychotherapy Department of Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: 7974247@gmail.com