

І. В. Калугін^{1,2}, О. С. Осуховська¹**ПСИХОТЕРАПІЯ ЯК ФАКТОР ПОКРАЩЕННЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ ТА ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ ГЕРОНТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА ПОЛІМОРБІДНІСТЮ**¹Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології

МОЗ України, м. Київ

²«Міська психіатрична лікарня № 7 м. Маріуполя», м. Маріуполь

psihlikar7glavny@ukr.net

Актуальність. В Україні на сучасному етапі проблема надання медичної допомоги пацієнтам похилого віку стає все актуальнішою. Стан здоров'я таких хворих поступово погіршується: поширеність захворювань серед осіб геронтологічного профілю за останнє десятиріччя зросла майже на 30 %. Наявність поліморбідності потребує диференційної поліфокусної терапії на тлі зміненої віковим фактором фармакодинаміки і фармакокінетики лікарських засобів з урахуванням наявності органічних психоневрологічних захворювань (атеросклероз, деменція, шизофренія тощо) та ризику надлишкового призначення медикаментів з потенційною можливістю формування медикаментозної залежності. Крім того, пацієнти з поліморбідністю схильні до недотримання медичних рекомендацій, самолікування та суб'єктивно-об'єктивних пасивних відносин у лікувальному процесі. В результаті ускладнюється проведення діагностики, лікування, значно знижуються комплаєнс у взаєминах лікаря і пацієнта та задоволеність пацієнта медичною допомогою.

Метою дослідження було визначення впливу психотерапії на якість життя і задоволеність медичною допомогою у пацієнтів геронтологічного профілю з психічними розладами і поліморбідністю.

Матеріали та методи. У рандомізованому контрольованому дослідженні взяли участь 325 пацієнтів геронтологічного профілю з психічними розладами і поліморбідністю. Основна група – 238 осіб – отримувала стандартне лікування і психотерапевтичне втручання, яке складалось з психоосвіти, комплаєнс-терапії і тренінгу профілактики фармакоманії. Група порівняння – 87 осіб – отримувала тільки стандартне лікування. Пацієнти були оцінені за шкалою якості життя SF-36 та опитувальником задоволеності пацієнта PSQ. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програми SPSS for Windows.

Результати. Відмічено суттєве покращення задоволеності пацієнта наданням допомоги, незалежно від її обсягу (8,32 бали; $p < 0,001$). Зміни в рівні задоволеності наданням медичної допомоги після лікування (PSQ) в основній групі, відносно групи порівняння, склали 3,63 бала та були наддостовірними ($p < 0,001$). Більш суттєве покращення якості життя внаслідок стаціонарного лікування демонстрували пацієнти молодшого віку ($r = -0,149$; $p = 0,007$), з меншим дефіцитом когнітивного функціонування ($r = 0,282$; $p < 0,001$). Збільшення задоволеності наданням медичної допомоги було асоційоване з більшою кількістю ліків у постійній схемі терапії ($r = 0,121$; $p = 0,029$) і униканням додаткового періодичного прийому препаратів ($r = -0,134$; $p = 0,015$). Однаки були більш чутливими щодо задоволеності медичною допомогою, порівняно з заміжними / одруженими пацієнтами ($r_s = -0,122$; $p = 0,028$). Схильні до самолікування пацієнти мали більші зміни якості життя після лікування ($r_s = 0,119$; $p = 0,033$), але менші зміни задоволеності медичною допомогою ($r_s = -0,115$; $p = 0,038$).

Висновки. Доведено надзвичайну актуальність отримання комплексної медичної допомоги для пацієнтів геронтологічного профілю з психічними розладами і поліморбідністю. Підтверджено наукову гіпотезу дослідження, що психотерапія сприяє покращенню якості життя і задоволеності пацієнтів.

Ключові слова:
психотерапія, якість життя, задоволеність, психічний розлад, поліморбідність, похилий вік, пацієнти геронтологічного профілю.

Актуальність. Стан поліморбідності майже півстоліття привертає увагу багатьох дослідників, тому що одночасна наявність у пацієнта декількох захворювань,

почасти не пов'язаних між собою патогенетичними механізмами [1], значно ускладнює процес курації і збільшує тягар хвороби для нього, його родини і системи охорони

здоров'я загалом. Наявність поліморбідності примушує пацієнтів звертатися до лікарів різних спеціальностей, що, в свою чергу, породжує проблему надмірної фармакотерапії у вигляді поліпрагмазії та поліфармації [2].

Зі збільшенням середнього віку зростає кількість людей, що страждають від хронічних захворювань (соматичних і психічних) та інвалідності внаслідок онкологічних, серцево-судинних, легеневих, цереброваскулярних захворювань, переломів та їх наслідків, дементуючих процесів тощо. Наявність декількох захворювань у однієї особи, їх прогредієнтність значною мірою залежать від конституціональної нейросоматичної уразливості і ало-статичного навантаження зовнішнього та внутрішнього середовищ, насамперед періодичних гострих або хронічних стресових ситуацій. З віком явище поліморбідності набуває більшої поширеності та інтенсивності [3].

Вивчення коморбідності психічних і соматичних захворювань на прикладі шизофренії, біполярного афективного розладу, депресивних і тривожних та когнітивних розладів довело наявність позитивного статистично значущого зв'язку між загальносоматичною і психіатричною захворюваністю, в тому числі в осіб похилого віку [2]. За допомогою психонейроімуноендокринології для багатьох складних поєднаних хворобливих станів були визначені спільні патогенетичні ланки [4].

У дослідженні пацієнтів у віці 39–90 років (середній вік 65 років) середня кількість супутніх захворювань, виявлених у них, складала 2,3 (діапазон 1–7). Основними модифікаторами терапевтичної поведінки при цьому були визначені сподівання щодо здоров'я пацієнтів, стосунки між пацієнтом і лікарем, мотивація пацієнтів та сприйняття ними контролю захворювань. Важливо, що респонденти хотіли більшої власної участі в процесі прийняття рішень стосовно їхнього лікування та здоров'я в цілому, отримання більшої кількості інформації про свою хворобу і ліки [5].

Взаємовплив захворювань змінює класичну клінічну картину, характер перебігу, збільшує кількість ускладнень і їх тяжкість, погіршує якість життя і прогноз, в результаті – ускладнює лікувально-діагностичний процес, значно знижує комплаєнс у взаєминах лікаря і пацієнта та задоволеність пацієнта медичною допомогою. Пацієнти з поліморбідністю схильні до недотримання медичних рекомендацій, самолікування та суб'єкт-об'єктних пасивних стосунків у лікувальному процесі [2, 6].

Комплаєнс щодо вживання ліків є важливою частиною догляду за пацієнтами. Підвищення прихильності до лікування може мати значно ефективніший вплив на здоров'я населення, ніж удосконалення будь-якого конкретного методу лікування [7]. Навпаки, недотримання рекомендацій щодо лікування призводить до поганих клінічних результатів, збільшення захворюваності та смертності, непотрібних витрат на охорону здоров'я. Встановлено, що приблизно 50–60 % пацієнтів, особливо тих, хто страждає на хронічні захворювання, не дотримуються призначеного режиму лікування [8, 9].

Додатковим фактором ризику для пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю є використання потенційно невідповідних ліків. У бразильському дослідженні щодо прийому ліків пацієнтами, які перебували в будинках догляду, отримані наступні

дані. Серед літніх пацієнтів, які щоденно вживали препарати, 82,6 % приймали принаймні один препарат без призначення лікаря, з них найчастіше антипсихотики – 26,5 %, та анальгетики – 15,1 %. З усіх препаратів 32,4 % використовували для самолікування, причому 29,7 % з них були такими, яких людям похилого віку слід уникати, незалежно від їхнього стану, 1,1 % – неприйнятними ліками для літніх людей із певними захворюваннями або синдромами, а 1,6 % – ліками, які слід використовувати з обережністю [10].

Інше дослідження показало, що у Франції понад 20 % госпіталізацій людей похилого віку є наслідком побічної дії прийнятих ліків, половині яких можна було запобігти [11]. Разом з тим, фармакологічні рекомендації при виписці з психіатричного стаціонару містили достовірно менше потенційно неприйнятних ліків для літнього пацієнта, порівняно з госпіталізацією ($p < 0,001$) [12]. Отже, проблеми нераціональної фармакотерапії в стаціонарі та самолікування справді є значущими для пацієнтів похилого віку, особливо з психічними розладами і поліморбідністю [13].

Оцінка якості життя у світовій медичній практиці останніми роками також набуває все більшого значення – як показник загального стану пацієнта, ефективності лікувальних та реабілітаційних заходів, що проводяться, а також як прогностичний критерій захворювання. У літньому віці суб'єктивна оцінка якості життя впливає на перебіг соматичних і психічних розладів, визначається ступенем незалежності пацієнта від сторонньої допомоги, здатністю керувати власним життям [14].

Міжнародний досвід свідчить про збільшення очікувань пацієнтів щодо якості надання медичної допомоги пропорційно підвищенню рівня розвитку країни загалом і системи охорони здоров'я зокрема [15]. У більшості індустріально розвинених країн рівень задоволеності медичною допомогою досить високий – близько 90 % у Швеції і Швейцарії, близько 70 % – у Великобританії, Німеччині, Іспанії та Словенії. Разом з тим, 70 % опитаних пацієнтів в Італії та Польщі негативно оцінили досвід отримання медичної допомоги. Патерналізм у взаєминах «лікар – пацієнт», як і раніше, залишається найпоширенішою моделлю стосунків, обумовлюючи пасивну роль пацієнта в лікувальному процесі. Дослідження показало [15], що пацієнти європейських країн стурбовані поступовим витісненням довірчих стосунків прагматичним підходом лікарів до надання медичної допомоги, що знижує і рівень задоволеності пацієнтів в цілому. Експерти Cooperative Group на основі досвіду 5-річного періоду спостережень зауважили, що розуміння вимог і потреб пацієнтів шляхом оцінки їх задоволеності сприяє активній участі хворих у процесі лікування, збільшує його ефективність [16].

Нестача інформації та подальше виключення процесу обговорення і прийняття рішень про лікування є найчастішими скаргами пацієнтів із вадами психічного здоров'я, а підвищення обізнаності пацієнтів щодо захворювання зменшує занепокоєння з приводу лікування, підвищує його ефективність і якість життя [17]. Розуміння факторів та процесів взаємодії лікарів і пацієнтів може поліпшити багато аспектів надання медичної допомоги. Вік хворих пов'язаний зі стилем взаємодії з лікарем, із

задоволеністю пацієнтів. Лікарі частіше зустрічаються з пацієнтами старше 65 років, а літні особи більш задоволені зустрічами, зосередженими на пацієнтах [18, 19].

Сприяння незалежності має важливе значення на всіх стадіях терапії деменції [20, 24]. Хоча рівень незалежності зменшується з прогресивністю стадії деменції та інших захворювань, для забезпечення достатньої якості життя і благополуччя важливо дотримуватися балансу між доглядом за пацієнтом та його продуктивністю, дозволяям, соціальною та духовною діяльністю [20, 21, 23].

Психотерапевтичне втручання, спрямоване на обізнаність пацієнта з питаннями свого захворювання і методів його лікування, створення терапевтичного альянсу і запобігання самолікуванню, за нашою гіпотезою, сприяє підвищенню комплаєнсу, якості життя і задоволеності медичною допомогою поліморбідних пацієнтів похилого віку, які страждають на психічні розлади [22, 24].

R. Kemp і співавт. [25] розробили метод комплаєнс-терапії, у якому використовується когнітивно-біхевіоральний підхід у поєднанні з мотиваційним інтерв'ю. Цей метод сфокусований на підвищенні критичного ставлення до захворювання і поліпшенні якості дотримання лікувальних рекомендацій. Надалі цей метод був удосконалений і набув продовження в проєкті Innovative Care for Chronic Conditions [26]. Саме ці розробки були використані нами як прототиби при створенні психотерапевтичної програми.

Метою дослідження було визначення впливу психотерапії на якість життя і задоволеність медичною допомогою у пацієнтів геронтологічного профілю з психічними розладами і поліморбідністю.

Матеріали та методи дослідження

У дослідженні, яке проводилося за умови отримання інформованої згоди, взяли участь 325 пацієнтів з поліморбідністю, які отримували стаціонарне лікування у геронтопсихіатричному відділенні ПНЛ м. Маріуполь. Дослідження мало дизайн рандомізованого контрольованого клінічного випробування. Рандомізування проводилось за допомогою комп'ютерної програми. Пацієнти були рандомізовані на основну та порівняльну групи за типом лікування у співвідношенні 3:1, з урахуванням віку й статі, з дотриманням репрезентативності за цими показниками. В основній групі було 238 пацієнтів, у групі порівняння – 87 пацієнтів.

Пацієнти основної групи отримували лікування відповідно до стандартів терапії основного та клінічно значущих супутніх захворювань, а також психотерапевтичне втручання за спеціальною програмою, яка складалася з трьох частин: інформаційної, спонукальної і рефлексивної, та передбачала поєднання психоосвіти, комплаєнс-терапії і тренінгу профілактики фармакоманії.

Група порівняння, до якої увійшли 87 осіб, отримувала тільки стандартне лікування основного психічного розладу і клінічно значущих супутніх соматичних захворювань.

У всіх пацієнтів визначали рівень поліморбідності за Сукупною шкалою оцінки захворювань для геріатрії Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G), медикаментозне навантаження (щоденне, періодичне, самолікування), а також рівень задоволеності наданням медичної допомоги за Опитувальником задоволеності пацієнтів Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ), якості життя за шкалою SF-36 та комплаєнсу за шкалою оцінки рівня комплаєнсу MMAS.

Результати та їх обговорення

За результатами оцінки задоволеності якістю надання медичної допомоги ми виявили наступні особливості пацієнтів геронтопсихіатричного профілю. У всіх обстежених пацієнтів, незалежно від обсягу наданої стаціонарної допомоги, відмічалось суттєве покращення задоволеності наданням допомоги в цілому. За шкалою PSQ цей показник склав 8,32 бала із статистично значимою достовірністю ($p < 0,001$) (табл. 1).

Тобто, 95 % геронтопсихіатричних пацієнтів вказали на збільшення задоволеності наданням допомоги на 12,5–15,2 % незалежно від її обсягу, що, на нашу думку, підкреслює підвищену потребу цих пацієнтів в отриманні будь-якої медичної допомоги.

Міжгрупова різниця за базовими і кінцевими показниками PSQ в основній групі й групі порівняння була недостовірною (відповідно $p = 0,052$ і $p = 0,145$). Оцінка базових показників, з одного боку, свідчить про можливість порівняння окремих клінічних груп після рандомізування вибірки, а з іншого – про те, що загальний середній рівень задоволеності наданням медичної допомоги після лікування (PSQ) у клінічних групах суттєво не відрізнявся (відповідно ОГ – 68,63 бала; ПГ – 67,21 бала) (табл. 2).

Таблиця 1. Загальна кількість балів за шкалою PSQ та зміни під час лікування

Показник	Середня	Стандартне відхилення	Різниця	95 % довірчий інтервал	Статистична значимість
PSQ-9 до лікування	59,93	9,138	-8,32	-9,14...-7,50	<0,001
PSQ-9 після лікування	68,25	7,762			

Примітка. В середньому по вибірці відмічалось суттєве покращення задоволеності пацієнта наданням допомоги. За шкалою PSQ воно склало 8,32 бала із статистично значимою достовірністю ($p < 0,001$).

Таблиця 2. Базові та кінцеві (після лікування) показники задоволеності пацієнта лікуванням (PSQ) у досліджуваних групах

Показник	Група	Кількість пацієнтів	Середня	Стандартне відхилення	95 % довірчий інтервал	p
PSQ базовий	ПГ	87	61,55	9,528	59,52–63,58	0,052
	ОГ	238	59,33	8,938	58,19–60,47	
PSQ кінцевий	ПГ	87	67,21	8,087	65,48–68,93	0,145
	ОГ	238	68,63	7,762	67,40–69,09	

Примітка. Міжгрупова різниця за базовим і кінцевим показниками PSQ недостовірною.

За даними дисперсійного аналізу (ANOVA), зміни в рівні задоволеності наданням медичної допомоги після лікування (PSQ) в основній групі відносно порівняльної групи склали 3,63 бала та були наддоставірними ($p < 0,001$). Це підтвердило гіпотезу дослідження про те, що психотерапевтичні інтервенції (психоосвіта, комплаєнс-терапія, тренінг профілактики фармакоманії) покращують задоволеність пацієнтів лікуванням (табл. 3).

Таблиця 3. Зміни задоволеності лікуванням у рамках дослідження, різниця між кінцевим та базовим рівнями за шкалою PSQ. Дисперсійний аналіз (ANOVA)

Група	Кількість пацієнтів	Середня	Стандартне відхилення	95 % довірчий інтервал	p
ПГ	87	5,66	8,264	3,89–7,42	<0,001
ОГ	238	9,29	6,941	8,41–10,18	

Примітка. Зміни в експериментальній групі, порівняно із контрольною, склали 3,63 бала та були наддоставірними ($p < 0,001$). Це підтверджує гіпотезу дослідження, що психологічні інтервенції покращують задоволеність пацієнтів лікуванням.

Проведений нами тест Левене на гомогенність дисперсії вибірок окремих клінічних груп виявився статистично недоставірним, що підтвердило гіпотезу про рівність дисперсій у цих групах за шкалою PSQ та можливість проведення дисперсійного аналізу (табл. 4).

Таблиця 4. Тест Левене для дисперсійного аналізу за змінами за PSQ

Індекс Левене	Df1	Df2	Статистична значимість
2,783	1	323	0,096

Примітка. Тест Левене на гомогенність дисперсії вибірок статистично недоставірний, що підтверджує гіпотезу про рівність дисперсій щодо шкали PSQ та можливість проведення дисперсійного аналізу.

При оцінці прихильності до лікування ми з'ясували, що вона суттєво відрізнялась між групами, включаючи вихідні (базові) показники. В основній групі комплаєнтність за шкалою MMAS була достовірно більшою на 0,52 бала, ніж у групі порівняння до початку лікування ($p = 0,007$) (табл. 5). Це означає, що ми не мали можливості спиратися на результати дисперсійного аналізу щодо впливу психологічних інтервенцій на зміну в комплаєнтності обстежених нами пацієнтів геронтопсихіатричного профілю.

За даними дисперсійного аналізу (ANOVA), достовірних відмінностей у зміні комплаєнтності між основною

та порівняльною групами виявлено не було ($p = 0,490$) (табл. 6).

Проведений нами тест Левене на гомогенність дисперсії вибірок окремих клінічних груп виявився статистично недоставірним, що підтвердило гіпотезу про рівність дисперсій у цих групах щодо шкали комплаєнтності MMAS та можливість проведення дисперсійного аналізу (табл. 7). Але попередні дані з порівняння початкових показників за цією шкалою унеможливають дисперсійний аналіз.

За даними кореляційного аналізу було визначено, що зміни за шкалою якості життя SF-36 протягом лікування достовірно обернено слабо корелювали із віком ($r = -0,149$; $p = 0,007$). Таким чином, якість життя внаслідок стаціонарного лікування більш суттєво покращилася у пацієнтів молодшого віку. Також зміни в якості життя за шкалою SF-36 достовірно прямо слабо корелювали із загальним балом за шкалою MMSE ($r = 0,282$; $p < 0,001$). Отже, більше покращення якості життя було у пацієнтів із меншим дефіцитом когнітивного функціонування (більшим загальним балом за шкалою MMSE). Зміни за шкалою задоволеності наданням медичної допомоги PSQ прямо корелювали із загальною кількістю препаратів, які пацієнт приймав постійно ($r = 0,121$; $p = 0,029$), і обернено корелювали з кількістю препаратів, які пацієнт приймав періодично ($r = -0,134$; $p = 0,015$). Тобто, збільшення задоволеності наданням медичної допомоги було асоційоване з більшою кількістю ліків у постійній схемі терапії і униканням додаткового періодичного прийому препаратів.

Кореляційний аналіз за Пірсоном між змінами у якості життя / задоволеності лікуванням та різними показниками дозволив зробити наступні висновки. Зміни за SF-36 протягом лікування достовірно обернено корелювали із віком, сила кореляції – слабка. Це означає, що суттєвіше покращення якості життя мали молодші пацієнти. Зміни за SF-36 достовірно прямо корелювали із загальним балом MMSE (сила кореляції слабка). Це означає, що більше покращення якості життя спостерігалось у пацієнтів, які набирали більше балів по MMSE. Зміни за PSQ прямо корелювали із загальною кількістю препаратів, які пацієнт приймав постійно.

Ми відмітили пряму кореляцію середньої сили ($r_s = 0,226$; $p < 0,001$) між змінами задоволеності наданням

Таблиця 5. Початкові та кінцеві показники комплаєнтності за шкалою MMAS

Показник	Група	Кількість пацієнтів	Середня	Стандартне відхилення	95 % довірчий інтервал	p
MMAS, базова	ПГ	87	2,60	1,40	2,30–2,90	0,007
	ОГ	238	3,12	1,60	2,92–3,33	
MMAS, кінцева	ПГ	87	3,81	1,23	3,55–4,07	<0,001
	ОГ	238	4,41	1,36	4,24–4,58	

Примітка. Прихильність до лікування суттєво відрізнялась між групами, включаючи вихідні (базові) показники. В експериментальній групі комплаєнтність була достовірно більшою на 0,52 бала, ніж у контрольній групі, до початку лікування ($p = 0,007$).

Таблиця 6. Зміни за шкалою MMAS у рамках дослідження, різниця між кінцевим та базовим рівнями за шкалою дисперсійного аналізу (ANOVA)

Група	Кількість пацієнтів	Середня	Стандартне відхилення	95 % довірчий інтервал	p
ПГ	87	1,21	0,891	1,02–1,40	0,490
ОГ	238	1,29	0,934	1,17–1,41	

Примітка. Достовірних відмінностей у зміні комплаєнтності між експериментальною та контрольною групами виявлено не було.

Таблиця 7. Тест Левене для дисперсійного аналізу за змінами за Шкалою комплаєнтності MMAS

Індекс Левене	Df1	Df2	Статистична значимість
0,010	1	323	0,922

Примітка. Тест Левене на гомогенність дисперсії вибірок статистично недостовірний, що підтверджує гіпотезу про рівність дисперсій щодо шкали MMAS та можливість проведення дисперсійного аналізу.

медичної допомоги за шкалою PSQ та клінічною групою, до якої входив пацієнт (без психотерапевтичного компонента або з ним). Також пряма сильна кореляція була виявлена між змінами якості життя за шкалою SF-36 ($r_s=0,5$; $p<0,001$) та клінічною групою, до якої входив пацієнт. Таким чином, були підтверджені дані дисперсійного аналізу щодо того, що психотерапевтичні інтервенції сприяють покращенню якості життя та задоволеності пацієнта наданням медичної допомоги.

Слабка обернена кореляція виявлена між сімейним станом пацієнта та змінами за шкалою PSQ ($r_s=-0,122$; $p=0,028$). Це свідчить про те, що одинаки були більш чутливими щодо задоволеності наданням медичної допомоги, про що свідчать зміни за шкалою PSQ, порівняно з заміжними та одруженими пацієнтами. Самолікування пацієнтів геронтопсихіатричного профілю обернено корелювало із змінами задоволеності медичною допомогою за шкалою PSQ, але прямо – із змінами якості життя за шкалою SF-36. В обох випадках сила кореляції була дуже слабкою (відповідно $r_s=-0,115$; $p=0,038$ та $r_s=0,119$; $p=0,033$). Варто зауважити, що у пацієнтів, які були схильні до самолікування, виявлені більші зміни якості життя за шкалою SF-36 після лікування, але, водночас, – менші зміни задоволеності медичною допомогою за шкалою PSQ.

Кореляційний аналіз за Спірменом між змінами у якості життя / задоволеності лікуванням та різними дихотомічними показниками показав наступне. Статистично достовірною різницею мали місце у таких випадках. Пряма кореляція середньої сили ($r=0,226$) виявлена між змінами PSQ та групою, до якої входив пацієнт. Пряма сильна кореляція виявлена між змінами за шкалою SF-36 ($r=0,5$) та групою, до якої входив пацієнт. Це підтверджує дані дисперсійного аналізу про те, що психологічні інтервенції покращують якість життя та задоволеність пацієнта лікуванням. Слабка обернена кореляція виявлена між сімейним станом та змінами за PSQ ($r_s=-0,122$), це означає, що у одинаків зміни за PSQ були більшими, ніж у одружених/заміжних. Самолікування обернено корелювало із змінами за PSQ, та прямо – із змінами за SF-36; сила кореляції дуже слабка ($-0,115$ та $0,119$ відповідно). У пацієнтів, які займалися самолікуванням, виявлені більші зміни за SF-36 після лікування, але, в той же час, менші – за PSQ.

Отримані нами дані щодо суттєвого ($p<0,001$) покращення задоволеності пацієнта наданням допомоги для всієї вибірки обстежених пацієнтів, незалежно від обсягу наданої стаціонарної допомоги, збігаються з даними дослідження M. Crosier щодо потенційних переваг використання зворотного зв'язку з пацієнтами, які страждають на тяжкі перманентні психічні захворювання. На підвищену потребу пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю в отриманні будь-якої медичної допомоги, незалежно від її обсягу,

вказують позитивні зміни задоволеності на 12,5–15,2 % у 95 % геронтопсихіатричних пацієнтів.

Підтвердженням гіпотези дослідження, що психотерапевтичні інтервенції (психоосвіта, комплаєнс-терапія, тренінг профілактики фармакоманії) покращують задоволеність пацієнтів лікуванням, можна вважати наддостовірні зміни в рівні задоволеності наданням медичної допомоги після лікування (PSQ) в основній групі відносно порівняльної (3,63 бала; $p<0,001$).

Більш суттєве покращення якості життя внаслідок стаціонарного лікування демонстрували пацієнти молодшого віку ($r=-0,149$; $p=0,007$). Також більше покращення якості життя спостерігали у пацієнтів із меншим дефіцитом когнітивного функціонування (більшим загальним балом за шкалою MMSE) ($r=0,282$; $p<0,001$).

Ми виявили, що збільшення задоволеності наданням медичної допомоги було асоційоване з більшою кількістю ліків у постійній схемі терапії ($r=0,121$; $p=0,029$) і униканням додаткового періодичного прийому препаратів ($r=-0,134$; $p=0,015$). На наш погляд, такі результати виявилися наслідком оптимізації фармакотерапії, призначеної психосоматичним консилиумом з урахуванням супутніх захворювань в активній фазі. Крім того, ми визначили, що психотерапевтичні інтервенції сприяли покращенню якості життя ($r_s=0,5$; $p<0,001$) та задоволеності пацієнта наданням медичної допомоги ($r_s=0,226$; $p<0,001$).

Додатково ми визначили, що одинаки були більш чутливими щодо зміни задоволеності наданням медичної допомоги в процесі лікування, порівняно з заміжними та одруженими пацієнтами ($r_s=-0,122$; $p=0,028$). Це могло бути відображенням їх більшого залучення в лікувальний процес та часткового відновлення комунікативного простору при перебуванні в стаціонарі.

У пацієнтів, схильних до самолікування, виявлені більші зміни якості життя після лікування ($r_s=0,119$; $p=0,033$), але менші – в задоволеності медичною допомогою ($r_s=-0,115$; $p=0,038$). Отже, оптимізація фармакотерапії в стаціонарі і зменшення самолікування пацієнтів, які були схильними до нього, сприяли підвищенню якості життя. Менші зміни в задоволеності медичною допомогою пацієнтів, схильних до самолікування, могли бути обумовлені суб'єктивним зменшенням незалежності у прийомі ліків і певним відтермінуванням у часі ефективності психотерапевтичного втручання.

Висновки

У проведеному дослідженні доведено підвищену потребу пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю в отриманні медичної допомоги. Підтверджено гіпотезу дослідження, що психотерапія, спрямована на обізнаність пацієнта щодо свого захворювання і методів його лікування, створення терапевтичного альянсу і запобігання самолікуванню, сприяє підвищенню якості життя і задоволеності медичною допомогою поліморбідних пацієнтів похилого віку, які страждають на психічні розлади.

Список використаної літератури

1. Feinstein A. R. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease / A. R. Feinstein // Journal of chronic diseases. – 1970. – Vol. 23, issue 7. – P. 455–468.
2. Luzny J. Does gerontopsychiatry belong to medicine? Cross-sectional study monitoring polymorbidity in hospitalized gerontopsychiatric patients / J. Luzny,

- J. Bellova, E. Donek // Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. – 2010. – Vol. 154, issue 1. – P. 89–92.
3. Zarea K. Adherence to Medication Regimen in Patients with Severe and Chronic Psychiatric Disorders: A Qualitative Study / K. Zarea, M. Fereidooni-Moghadam, A. Hakim // Issues in mental health nursing. – 2016. – Vol. 37, issue 11. – P. 868–874. DOI: 10.1080/01612840.2016.1239147.
 4. Nemeroff C. B. Psychoneuroimmunocrinology: The biological basis of mind-body physiology and pathophysiology / C. B. Nemeroff // *Depress Anxiety*. – 2013. – Vol. 30, issue 4. – P. 285–287. DOI: 10.1002/da.22110.
 5. Patients' Perspective of Medication Adherence in Chronic Conditions: A Qualitative Study / N. Pagès-Puigdemont, M. A. Mangués, M. Masip [et al.] // *Advances in therapy*. – 2016. – Vol. 33, issue 10. – P. 1740–1754. DOI: 10.1007/s12325-016-0394-6.
 6. Lam W. Y. Medication Adherence Measures: An Overview [Electronic resource] / W. Y. Lam, P. Fresco // *BioMed Research International*. – 2015. – Article ID 217047. – 12 p. – DOI: 10.1155/2015/217047. – Available at: <http://doi.org/10.1155/2015/217047> (accessed 05.09.2017).
 7. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action 2003. [Electronic resource]. – Geneva: World Health Organization. – Available at: http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en (accessed 05.09.2017).
 8. Lavsa S. M. Selection of a validated scale for measuring medication adherence / S. M. Lavsa, A. Holzworth, N. T. Ansani // *Journal of the American Pharmacists Association*. – 2011. – Vol. 51, issue 1. – P. 90–94. DOI: 10.1331/JAPhA.2011.09154.
 9. The brief medication questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence / B. L. Svarstad, B. A. Chewing, B. L. Sleath, C. Claesson // *Patient Education & Counseling*. – 1999. – Vol. 37, issue 2. – P. 113–124. DOI: 10.1016/S0738-3991(98)00107-4.
 10. Potentially inappropriate medications used by the elderly: prevalence and risk factors in Brazilian care homes / T. J. Vieira de Lima, C. A. Garbin, A. J. Garbin [et al.] // *BMC geriatrics*. – 2013. – Vol. 13, issue 1. – P. 52. DOI: 10.1186/1471-2318-13-52.
 11. Impact of acute geriatric care in elderly patients according to the Screening Tool of Older Persons' Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment criteria in northern France / A. Frély, E. Chazard, A. Pansu [et al.] // *Geriatrics & gerontology international*. – 2016. – Vol. 16, issue 2. – P. 272–278. DOI: 10.1111/ggi.12474.
 12. Evaluation of prescription pattern of psycholeptic medications at hospital discharge for patients with cardiovascular diseases in national cardiovascular disease hospital of Bangladesh / M. M. N. Uddin, M. S. H. Kabir, M. M. Al-Amin [et al.] // *Journal of Applied Pharmaceutical Science*. – 2017. – Vol. 7, issue 03. – P. 017–023. DOI: 10.7324/JAPS.2017.70304.
 13. Чабан О. С. Психосоматическая коморбидность и качество жизни у пациентов пожилого возраста / О. С. Чабан, Е. А. Хаустова // *Таврический журнал психиатрии*. – 2015. – Т. 19, № 3 (72). – С. 13–21.
 14. Мелёхин А. И. Качество жизни в пожилом и старческом возрасте: проблемные вопросы [Электронный ресурс] / А. И. Мелёхин // *Современная зарубежная психология*. – 2016. – Т. 5, № 1. – С. 53–63. DOI: 10.17759/jmfp.2016050107.
 15. Фоменко А. Г. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи и их ожидания относительно перспектив развития здравоохранения [Электронный ресурс] / А. Г. Фоменко // *Медицинские новости*. – 2011. – № 11. – С. 31–38. – Режим доступа: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=5136> (дата обращения: 05.09.2017).
 16. Crosier M. Improving Satisfaction in Patients Receiving Mental Health Care: A Case Study / M. Crosier, J. Scott, B. Steinfeld // *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. – 2012. – Vol. 39, issue 1. – P. 42–54. DOI: 10.1007/s11414-011-9252-0.
 17. Meeting the information needs of psychiatric inpatients: Staff and patient perspectives / K. Pollock, J. Grime, E. Baker, K. Mantala // *Journal of Mental Health*. – 2004. – Vol. 13, issue 4. – P. 389–401. DOI: 10.1080/09638230410001729834.
 18. Graham J. Happy with your care? / J. Graham, I. Denoual, D. Cairns // *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. – 2005. – Vol. 12, issue 2. – P. 173–178. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2004.00814.x.
 19. Mitchell Peck B. Age-Related Differences in Doctor-Patient Interaction and Patient Satisfaction / B. Mitchell Peck // *Current Gerontology and Geriatrics Research*. – 2011. – Vol. 2011. – Article ID 137492. – 10 p. DOI: 10.1155/2011/137492.
 20. A systematic review of medication non-adherence in persons with dementia or cognitive impairment / D. Smith, J. Lovell, C. Weller [et al.]. – *PLoS one*. – 2017. – Vol. 12, issue 2. – Article ID e0170651. DOI: 10.1371/journal.pone.0170651.
 21. Dementia: A NICE-SCIE Guideline on Supporting People With Dementia and Their Carers in Health and Social Care: NICE Clinical Guidelines, No. 42 / National Collaborating Centre for Mental Health (UK). – Leicester (UK): British Psychological Society, 2007.
 22. Bowling A. A short measure of quality of life in older age: The performance of the brief Older People's Quality of Life questionnaire (OPQOL-brief) / A. Bowling, M. Hankins // *Archives of Gerontology and Geriatrics*. – 2013. – Vol. 56, No. 1. – P. 181–187. DOI: 10.1016/j.archger.2012.08.012.
 23. Machado F. Quality of life and Alzheimer's disease Influence of participation at a rehabilitation center / F. Machado, P. V. Nunes // *Dementia and Neuropsychologia*. – 2009. – No. 3. – P. 241–247. DOI: 10.1590/S1807-59322011000800015.
 24. Adherence to medication in patients with dementia / S. Arlt, R. Lindner, A. Rösler, W. Von Renteln-Kruse // *Drugs & aging*. – 2008. – Vol. 25, issue 12. – P. 1033–1047. DOI: 10.2165/0002512-200825120-00005.
 25. Kemp R. Insight and compliance / R. Kemp, A. David // *Treatment compliance and the therapeutic alliance in serious mental illness* // B. Blackwell (ed.). – The Netherlands: Harwood Academic Publishers, 1997. – P. 61–84.
 26. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions. Building blocks for action: global report. – Geneva: WHO, 2002 [ISBN 9241590173].

References

1. Feinstein, A. R. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of chronic diseases*, vol. 23, issue 7, pp. 455–468.
2. Luzny, J., Bellova J., & Donek, E. (2010). Does gerontopsychiatry belong to medicine? Cross-sectional study monitoring polymorbidity in hospitalized gerontopsychiatric patients. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.*, vol. 154, issue 1, pp. 89–92.
3. Zarea, K., Fereidooni-Moghadam, M., & Hakim, A. (2016). Adherence to Medication Regimen in Patients with Severe and Chronic Psychiatric Disorders: A Qualitative Study. *Issues in mental health nursing*, vol. 37, issue 11, pp. 868–874. DOI: 10.1080/01612840.2016.1239147.
4. Nemeroff, C. B. (2013). Psychoneuroimmunocrinology: The biological basis of mind-body physiology and pathophysiology. *Depress Anxiety*, vol. 30, issue 4, pp. 285–287. DOI: 10.1002/da.22110.
5. Pagès-Puigdemont, N., Mangués, M. A., Masip, M., Gabriele, G., Fernández-Maldonado, L., Blancafort, S., & Tuneu, L. (2016). Patients' Perspective of Medication Adherence in Chronic Conditions: A Qualitative Study. *Advances in therapy*, vol. 33, issue 10, pp. 1740–1754. DOI: 10.1007/s12325-016-0394-6.
6. Lam, W. Y., & Fresco, P. (2015). Medication Adherence Measures: An Overview. *BioMed Research International*, article ID 217047, 12 p. DOI: 10.1155/2015/217047. Available at: <http://doi.org/10.1155/2015/217047> (accessed 05.09.2017).
7. Sabaté, E. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action 2003. Geneva: World Health Organization. Available at: http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en (accessed 05.09.2017).
8. Lavsa, S. M., Holzworth, A., & Ansani, N. T. (2011). Selection of a validated scale for measuring medication adherence. *Journal of the American Pharmacists Association*, vol. 51, issue 1, pp. 90–94. DOI: 10.1331/JAPhA.2011.09154.
9. Svarstad, B. L., Chewing, B. A., Sleath, B. L., & Claesson, C. (1999). The brief medication questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Education & Counseling*, vol. 37, issue 2, pp. 113–124. DOI: 10.1016/S0738-3991(98)00107-4.
10. Vieira de Lima, T. J., Garbin, C. A., Garbin, A. J., Sumida, D. H., & Saliba, O. (2013). Potentially inappropriate medications used by the elderly: prevalence and risk factors in Brazilian care homes. *BMC geriatrics*, vol. 13, issue 1, pp. 52. DOI: 10.1186/1471-2318-13-52.
11. Frély, A., Chazard, E., Pansu, A., Beuscart, J. B., & Puisieux, F. (2016). Impact of acute geriatric care in elderly patients according to the Screening Tool of Older Persons' Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment criteria in northern France. *Geriatrics & gerontology international*, vol. 16, issue 2, pp. 272–278. DOI: 10.1111/ggi.12474.
12. Uddin, Mir Muhammad Nasir, Kabir, Mohammad Shah Hafez, Al-Amin, Md. Mamun, Hasan, Mynul, Emran, Talha Bin, Islam, Mohammad Touhidul, Islam, Md Ashiqul, & Ahmed, Shahriar (2017). Evaluation of prescription pattern of psycholeptic medications at hospital discharge for patients with cardiovascular diseases in national cardiovascular disease hospital of Bangladesh. *Journal of Applied Pharmaceutical Science*, vol. 7, issue 3, pp. 17–23. DOI: 10.7324/JAPS.2017.70304.
13. Chaban, O. S., & Khaustova, O. O. (2015). Psihosomaticheskaia komorbidnost' i kachestvo zhizni u pacientov pozhilogo vozrasta [Psychosomatic comorbidity and quality of life in elderly patients]. *Tavriskij zhurnal psihiatrii – Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Tavrca*, vol. 19, no. 3 (72), pp. 13–21. (In Russian).
14. Melehin, A. I. (2016). Kachestvo zhizni v pozhilom i starcheskom vozraste: problemnye voprosy [Quality of life in elderly age: areas of concern]. *Sovremennaja zarubezhnaja psihologija – Journal of Modern Foreign Psychology*, vol. 5, no. 1, pp. 53–63. DOI: 10.17759/jmfp.2016050107.
15. Famenka, A. G. (2011). Udovletvorennost' pacientov kachestvom medicinskoj pomoshhi i ih ozhidaniia otosnitet'no perspektiv razvitiia zdorvoohraneniia [Patient expectations and satisfaction with health care]. *Medicinskie novosti – Medical News*, no. 11, pp. 31–38. Available at: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=5136> (accessed 05.09.2017).
16. Crosier, M., Scott, J., & Steinfeld, B. (2012). Improving Satisfaction in Patients Receiving Mental Health Care: A Case Study. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, vol. 39, issue 1, pp. 42–54. DOI: 10.1007/s11414-011-9252-0.
17. Pollock, K., Grime, J., Baker, E., & Mantala, K. (2004). Meeting the information needs of psychiatric inpatients: Staff and patient perspectives. *Journal of Mental Health*, vol. 13, issue 4, pp. 389–401. DOI: 10.1080/09638230410001729834.
18. Graham, J., Denoual, I., & Cairns, D. (2005). Happy with your care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. – 2005. – Vol. 12, issue 2. – P. 173–178. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2004.00814.x.
19. Mitchell Peck B. (2011). Age-Related Differences in Doctor-Patient Interaction and Patient Satisfaction. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, vol. 2011, article ID 137492, 10 p. DOI: 10.1155/2011/137492.
20. Smith, D., Lovell, J., Weller, C., Kennedy, B., Winbolt, M., Young, C., & Ibrahim, Joseph (2017). A systematic review of medication non-adherence in persons with dementia or cognitive impairment. *PLoS one*, vol. 12, issue 2, article ID e0170651. DOI: 10.1371/journal.pone.0170651.

21. Dementia: A NICE-SCIE Guideline on Supporting People With Dementia and Their Carers in Health and Social Care (2007). *NICE Clinical Guidelines*, no. 42, National Collaborating Centre for Mental Health (UK), Leicester (UK); British Psychological Society.
22. Bowling, A., & Hankins, M. (2013). A short measure of quality of life in older age: The performance of the brief Older People's Quality of Life questionnaire (OPQOL-brief). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 56, no. 1, pp. 181–187. DOI: 10.1016/j.archger.2012.08.012.
23. Machado, F., & Nunes, P. V. (2009). Quality of life and Alzheimer's disease Influence of participation at a rehabilitation center. *Dementia and Neuropsychologia*, no. 3, pp. 241–247. DOI: 10.1590/S1807-59322011000800015.
24. Arlt, S., Lindner, R., Rösler, A., & Von Renteln-Kruse, W. (2008). Adherence to medication in patients with dementia. *Drugs & aging*, vol. 25, issue 12, pp. 1033–1047. DOI: 10.2165/0002512-200825120-00005.
25. Kemp, R., & David, A. (1997). Insight and compliance. In B. Blackwell (ed.), *Treatment compliance and the therapeutic alliance in serious mental illness*, (pp. 61–84). The Netherlands: Harwood Academic Publishers.
26. World Health Organization (2002). *Innovative care for chronic conditions. Building blocks for action: global report*. Geneva: WHO. [ISBN 9241590173].

ПСИХОТЕРАПІЯ ЯК ФАКТОР УЛУЧШЕННЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТІ МЕДИЦИНСКОЇ ПОМОЦЬЮ І УЛУЧШЕННЯ ЯКОСТІ ЖИЗНІ ПАЦІЄНТІВ ГЕРОНТОЛОГІЧЕСЬКОГО ПРОФІЛЯ С ПСИХІЧЕСКИМИ РАСТРОЙСТВАМИ І ПОЛІМОРБІДНОСТЮ

І. В. Калугін, Е. С. Осуховська

Актуальність. В Україні на сучасному етапі проблема надання медичної допомоги пацієнтам пожилого віку стає все актуальнішою. Стан здоров'я таких хворих поступово погіршується: поширеність захворювань серед осіб геронтологічного профілю за останнє десятиліття зросла майже на 30 %. Наявність поліморбидності вимагає диференціальної поліфокусної терапії на фоні зміненої фармакокінетики та фармакокінетики лікарських засобів з урахуванням органічних психоневрологічних захворювань (атеросклероз, деменція, шизофренія та ін.) та ризику надмірного призначення лікарських засобів з потенційною можливістю формування лікарської залежності. Крім того, пацієнти з поліморбидністю схильні до несоблюдення медичних рекомендацій, самолікування та суб'єкт-об'єктних пасивних відносин у лікувальному процесі. В результаті ускладнюється проведення діагностики, лікування, значно знижуються комплаєнс у взаємодіях лікаря та пацієнта та задоволеність пацієнта медичною допомогою.

Ціль дослідження було визначено як вплив психотерапії на якість життя та задоволеність медичною допомогою пацієнтів геронтологічного профілю з психічними розладами та поліморбидністю.

Матеріали та методи. В рандомізованому контрольованому дослідженні взяли участь 325 пацієнтів геронтологічного профілю з психічними розладами та поліморбидністю. Основна група – 238 осіб – отримувала стандартне лікування та психотерапевтичне втручання, яке складалося з психоосвіти, комплаєнс-терапії та тренінгу профілактики фармакоманії. Група порівняння – 87 осіб – отримувала тільки стандартне лікування. Пацієнти були оцінені за шкалою якості життя SF-36 та опитувальником задоволеності пацієнта PSQ. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програми SPSS for Windows.

Результати. Відзначено суттєве покращення задоволеності пацієнта наданням допомоги, незалежно від її об'єму (8,32 бала; $p < 0,001$). Змінення в рівні задоволеності медичною допомогою після лікування (PSQ) в основній групі, порівняно з групою порівняння, склали 3,63 бала і були надійними ($p < 0,001$). Більше суттєве покращення якості життя внаслідок стаціонарного лікування продемонстрували пацієнти молодшого віку ($r = -0,149$; $p = 0,007$), з меншим дефіцитом когнітивного функціонування ($r = 0,282$; $p < 0,001$). Збільшення задоволеності наданням медичної допомоги було асоційовано з більшою кількістю лікарських засобів в постійній схемі терапії ($r = 0,121$; $p = 0,029$) та уникненням додаткового періодичного приєму препаратів ($r = -0,134$; $p = 0,015$). Не одружені в парі були більш чутливими до задоволеності медичною допомогою, порівняно з зарученими / жонатими пацієнтами ($r_s = -0,122$; $p = 0,028$). Схильні до самолікування пацієнти мали більші змінення якості життя після лікування ($r_s = 0,119$; $p = 0,033$), ніж інші змінення задоволеності медичною допомогою ($r_s = -0,115$; $p = 0,038$).

Висновки. Доведено надзвичайно актуальність надання комплексної медичної допомоги для пацієнтів геронтологічного профілю з психічними розладами та поліморбидністю. Підтверджено наукову гіпотезу дослідження про те, що психотерапія сприяє покращенню якості життя та задоволеності пацієнтів.

Ключові слова: психотерапія, якість життя, задоволеність, психічний розлад, поліморбидність, похилий вік, пацієнти геронтологічного профілю.

PSYCHOTHERAPY AS FACTOR OF IMPROVEMENT OF MEDICAL ASSISTANCE AND IMPROVEMENT OF LIFE QUALITY IN PATIENTS OF GERONTOLOGICAL PROFILE WITH MENTAL DISORDERS AND MULTIMORBIDITY

I. V. Kalugin, O. S. Osukhovska

Background. In Ukraine, at the present stage, the problem of providing medical care to the elderly is becoming more and more relevant. The state of health of such patients is gradually deteriorating: the prevalence of diseases among gerontological persons has increased by almost 30 % over the last decade. The presence of polymorbidity requires differentiated polyphasic therapy against the background of the changed age factor of pharmacodynamics and kinetics of drugs, taking into account the presence of organic psychoneurological diseases (atherosclerosis, dementia, schizophrenia, etc.) and the risk of excessive appointment of medicines with the potential for the formation of drug dependence. In addition, patients with polymorbidity are prone to non-compliance with medical recommendations, self-treatment and subject-object passive relationships in the medical process. As a result, complications in the relationship between the physician and the patient and the patient's satisfaction with medical assistance are significantly reduced by performing diagnosis, treatment, and significantly reducing compliance.

Objective – to determine the impact of psychotherapy on the life quality and medical care satisfaction in elderly patients with mental disorders and polymorbidity.

Material and methods. In a randomized, controlled trial, 325 elderly patients with mental disorders and polymorbidity took part. The main group of 238 people received standard treatment and psychotherapy. The psychotherapeutic program consisted of psycho-education, compliance therapy and prevention pharmacomania training. A comparison group of 87 people had only standard treatment. Patients were assessed on SF-36 and a PSQ. The statistical processing of the results was carried out using the SPSS program.

Results. Significant improvements in patient satisfaction were given, regardless of its volume (8.32 points; $p < 0.001$). Changes in PSQs in the main group relative to the comparator group were 3.63 points and were highly reliable ($p < 0.001$). A more significant improvement in the quality of life due to inpatient treatment was demonstrated by younger patients ($r = -0.149$; $p = 0.007$), with a lower deficit in cognitive functioning ($r = 0.282$; $p < 0.001$). Increased satisfaction with the provision of medical care was associated with more drugs in the constant treatment scheme ($r = 0.121$; $p = 0.029$) and the avoidance of additional periodic dosing ($r = -0.134$; $p = 0.015$). Loners were more susceptible to satisfaction with medical assistance than married patients ($r_s = -0.112$; $p = 0.028$). Patients prone to self-healing had greater changes in the quality of life after treatment ($r_s = 0.119$; $p = 0.033$), but less change in the satisfaction of medical care ($r_s = -0.115$; $p = 0.038$).

Conclusions. The increased need of elderly patients with mental disorders and polymorbidity in obtaining medical care has been proved. The hypothesis of the study that psychotherapy improves the quality of life and patient satisfaction has been confirmed.

Keywords: quality of life, patient satisfaction, mental disorder, polymorbidity, elderly.

Стаття надійшла до редакції: 13.10.2017 р.

КАЛУГІН Ігор Віталійович, заочний аспірант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії МОЗ України, головний лікар КЛПУ «Міська психіатрична лікарня № 7 м. Маріуполя», м. Маріуполь, Україна; e-mail: psihlikar7glavny@ukr.net
ОСУХОВСЬКА Олена Сергіївна, д.мед.н., с.н.с., провідний науковий співробітник відділу соціальної та клінічної наркології Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії МОЗ України, м. Київ, Україна; e-mail: tabak2007@meta.ua

КАЛУГІН Ігорь Витальевич, заочний аспірант Українського науково-дослідного інституту соціальної та судової психіатрії МЗ України, головний лікар КЛПУ «Городская психиатрическая больница № 7 г. Мариуполь», г. Мариуполь, Україна; e-mail: psihlikar7glavny@ukr.net
Осуховская Елена Сергеевна, д.мед.н., с.н.с., ведущий научный сотрудник отдела социальной и клинической наркологии Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии МЗ Украины, г. Киев, Украина; e-mail: tabak2007@meta.ua

KALUGIN Igor Vitaliiovych, graduate student of Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Head doctor of KLP "City Psychiatric Hospital No. 7, Mariupol", Mariupol, Ukraine; e-mail: psihlikar7glavny@ukr.net
OSUKHOVSKA Olena Serhiivna, MD, PhD., Senior Researcher, Leading Researcher of the Department of Social and Clinical Narcology of Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: tabak2007@meta.ua