*І.В. Калугін,*
*КЛПУ «Міська психіатрична лікарня №7 м. Маріуполя»;*
*О.О. Хаустова,*
*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця;*
*О.С. Осуховська,*
*Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ*

# Роль психотерапії в покращенні якості життя і задоволеності медичною допомогою у пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю

Стан поліморбідності майже півстоліття привертає увагу багатьох дослідників, оскільки одночасна наявність у пацієнта декількох захворювань, почасти не пов'язаних між собою патогенетичними механізмами, значно ускладнює процес курації та збільшує тягар хвороби для пацієнта, його родини і системи охорони здоров'я загалом [1]. Наявність поліморбідності змушує хворих звертатися за допомогою та спостерігатися в лікарів різних спеціальностей, що, своєю чергою, зумовлює проблему надмірної фармакотерапії у вигляді поліпрагмазії та поліфармації [2].

У міру підвищення середнього віку збільшується кількість людей, що страждає від хронічних захворювань (соматичних і психічних) та інвалідності внаслідок онкологічних, серцево-судинних, легеневих, цереброваскулярних хвороб, переломів та їх наслідків, дементуючих процесів тощо. Наявність декількох захворювань в однієї особи, їх прогредієнтність значною мірою залежить від конституціональної нейросоматичної уразливості й алостатичного навантаження зовнішнього і внутрішнього середовища, насамперед періодичних гострих або хронічних стресових ситуацій. З віком явище поліморбідності набуває більшого поширення та інтенсивності, тому воно найбільш представлене серед пацієнтів похилого віку [3].

Переважна кількість наукових досліджень щодо вивчення поліморбідності була проведена на вибірках пацієнтів первинної мережі із соматичною патологією [2]. Але широке вивчення сумісної соматичної та психічної патології мало місце і в галузі нейронаук. Результати вивчення коморбідності психічних і соматичних захворювань на прикладі шизофренії, біполярного афективного розладу, депресивних і тривожних розладів, когнітивних розладів довели існування позитивного статистично значущого зв'язку між загальносоматичною і психіатричною захворюваністю, зокрема осіб похилого віку [2]. Причому за допомогою психонейроімуноендокринології для багатьох складних поєднаних хворобливих станів були визначені спільні патогенетичні ланки [4].

Так, у дослідженні пацієнтів віком 39–90 років (середній вік 65 років) і середня кількість супутніх захворювань становило 2,3 (діапазон 1–7). Основними модифікаторами терапевтичної поведінки в цьому дослідженні були: сподівання щодо здоров'я пацієнтів, відносини між пацієнтом і лікарем, мотивація пацієнтів і сприйняття ними контролю захворювань. До того ж учасники дослідження бажали більшої власної участі в процесі прийняття рішень стосовно їхнього лікування та здоров'я загалом, отримання детальнішої інформації про свою хворобу і ліки. А також сподівались на отримання індивідуалізованої медичної допомоги, яка мала враховувати їхні вподобання та особистісні й емоційні особливості [5].

Взаємовплив захворювань змінює класичну клінічну картину, характер перебігу, збільшує кількість ускладнень і їх тяжкість, погіршує якість життя і прогноз, а в результаті — ускладнює лікувально-діагностичний процес, значно знижує комплаєнс у взаєминах лікаря і пацієнта та задоволеність останнього наданою медичною допомогою. Пацієнти з поліморбідністю схильні до недотримання

www.neuronews.com.ua

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

| Показник | Середнє | Стандартне відхилення | Різниця | 95 % довірчий інтервал | Статистична значущість |
|---|---|---|---|---|---|
| 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, якщо порівнювати вибірку загалом, відмічалось суттєве покращення задоволеності пацієнта наданням допомоги. За шкалою PSQ воно становило 8,32 бала зі статистично значущою достовірністю (p < 0,001).

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

| Показник | Група | Кількість пацієнтів | Середнє | 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 базовими і кінцевими показниками PSQ була недостовірною.

медичних рекомендацій, самолікування та суб'єкт-об'єктних пасивних відносин у лікувальному процесі [2, 6].

Комплаєнс ліків є важливою частиною догляду за пацієнтами, конче необхідною для досягнення клінічних цілей. У доповіді ВООЗ «Прихильність до довготривалого лікування» за 2003 рік було наголошено, що підвищення прихильності до лікування може мати значно більш ефективний вплив на здоров'я населення, чим удосконалення будь-якого конкретного методу лікування. Навпаки, недотримання рекомендацій щодо лікування призводить до поганих клінічних результатів, збільшення захворюваності та смертності, а також непотрібних витрат на охорону здоров'я. Очікується, що 2020 року кількість неінфекційних і психічних захворювань перевищить 65 % загального тягаря хвороб. З іншого боку, приблизно 50–60 % пацієнтів, особливо тих, хто страждає на хронічні захворювання, не дотримуються призначеного режиму лікування [8, 9].

Додатковий фактор ризику для пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю — це використання потенційно невідповідних ліків. Самолікування серед людей похилого віку взагалі є серйозною проблемою громадського здоров'я, оскільки воно пов'язане зі збільшенням захворюваності та смертності, що спричиняє високі витрати на систему охорони здоров'я.

Так, у бразильському дослідженні щодо прийому ліків пацієнтами, які перебували в будинках догляду, були отримані такі дані — серед літніх пацієнтів, які щоденно вживали препарати, 82,6 % приймали принаймні один засіб без призначення лікаря, з них найбільш часто: 26,5 % — антипсихотики та 15,1 % — аналгетики. З усіх використовуваних препаратів 32,4 % були самолікуванням, причому 29,7 % з них були такими, яких людям похилого віку слід уникати, незалежно від їхнього стану, а 1,1 % — неприйнятними ліками для літніх людей із певними захворюваннями або синдромами, а 1,6 % — ліками, що слід використовувати з обережністю. У багатоваріантному аналізі автори визначили наступні фактори, пов'язані з самолікуванням: поліфармація (p = 0,0187), цереброваскулярне захворювання (p = 0,00336), психічні розлади (p <0,0001) та залежність (p = 0,0404) [10].

Інші результати дослідження продемонстрували, що у Франції понад 20 % госпіталізацій людей похилого віку є наслідком побічної дії прийнятих ліків, серед яких 50 % можна було запобігти [11]. До 70 % психотропних препаратів у психіатричних стаціонарах призначали без урахування стану соматичного здоров'я пацієнта. Водночас фармакологічні рекомендації під час виписування з психіатричного стаціонару містили достовірно менше потенційно несприйнятливих ліків для літнього пацієнта порівняно з початком лікування (p <0,001) [12]. Отже, проблема нераціональної фармакотерапії в стаціонарі та проблема самолікування дійсно є значущими для пацієнтів похилого віку, особливо з психічними розладами і поліморбідністю [13].

У світовій медичній практиці оцінка якості життя останніми роки також набуває більшого значення як показник загального стану пацієнта, ефективності лікувальних і реабілітаційних заходів, що проводяться, а також використовується як прогностичний критерій захворювання. Зокрема, у літньому віці суб'єктивна оцінка якості життя впливає на перебіг соматичних і психічних розладів [14].

Так, у літньому віці якість життя визначає результат лікування і прогноз захворювання. А задоволеність якістю життя в літньому і старечому віці є результатом динамічного процесу взаємодії об'єктивних і суб'єктивних оцінок стану фізичного і психічного здоров'я. Вона не може бути зведена лише до біомедичних параметрів людини на певний момент. Саме біопсихосоціальний підхід до якості життя обумовлює її залежність не тільки від стану здоров'я, але й від оцінки пацієнтом свого життєвого шляху, ефективної соціальної активності та наявності підтримки від оточуючих. Труднощі в повсякденному функціонуванні, порушення адаптації до змін навколишнього середовища, когнітивний дефіцит і афективні розлади також сприяють погіршенню якості життя літніх людей [14].

Важливо, що якість життя літнього пацієнта значною мірою визначається ступенем його незалежності від сторонньої допомоги, здатністю керувати власним життям. Можна зробити висновок, що якість життя у таких пацієнтів залежить не так від кількості й тяжкості хвороб, як від наявної біопсихосоціальної ресурсної бази,

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

| Група | Кількість пацієнтів | Середнє | 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 з контрольною становили 3,63 бала та були наддостовірними (p < 0,001). Це підтверджує гіпотезу дослідження, що психологічні інтервенції покращують задоволеність пацієнтів лікуванням.

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

| Індекс Левене | df1 | df2 | Статистична значущість |
|---|---|---|---|
| 2,783 | 1 | 323 | 0,096 |

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

копінг-стратегій і навичок вирішення проблем, активної участі в процесі лікування.

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 та Швейцарії, близько 70 % — у Великобританії, Німеччині, Іспанії та Словенії. Водночас до 70 % опитаних пацієнтів в Італії та Польщі негативно оцінили досвід отримання медичної допомоги. На задоволеність пацієнтів медичною допомогою також чинили вплив: якість медичної допомоги та її доступність; самостійність пацієнта в прийнятті рішень щодо власного здоров'я; доступність отримання джерел зрозумілої інформації з окремих медичних питань [15]. Як і раніше, патерналізм у відносинах «лікар-пацієнт» залишається найпоширенішою моделлю взаємин, обумовлюючи пасивну роль пацієнта в лікувальному процесі. Оцінка пацієнтами характеру цих взаємин залежить не тільки від здатності лікаря правильно встановити діагноз і призначити лікування, але і від його вміння надати психологічну підтримку. Так, за даними дослідження, пацієнти європейських країн стурбовані поступовим витісненням довірчих відносин прагматичним підходом фахівців до надання відповідної медичної допомоги, що знижувало і рівень задоволеності пацієнтів загалом [15].

Усе більше уваги в наукових дослідженнях приділяється задоволеності пацієнтів із психічними розладами якістю медичної допомоги. Експерти Cooperative Group (на підставі 5-річного досвіду спостережень) зауважили, що розуміння вимог і потреб пацієнтів шляхом оцінювання їх задоволеності сприяє активній участі хворих в процесі лікування, підвищуючи його ефективність. Результати дослідження виявили потенційні переваги у використанні зворотного зв'язку з пацієнтами, які страждають на тяжкі перманентні психічні захворювання. Автори відмітили підвищення загального рівня задоволеності медичною допомогою до 56 %, але не участі пацієнтів у лікувальному процесі [16].

Недостатність інформації та подальше виключення процесу обговорення та прийняття рішень щодо лікування — найчастіші скарги людей із вадами психічного здоров'я. Автори зауважили, що підвищення обізнаності пацієнтів стосовно захворювання зменшують занепокоєння щодо застосовуваних інтервенцій, підвищують їх ефективність і якість життя [17].

В іншому дослідженні були виділені ключові фактори задоволеності стаціонарних хворих, які страждали на депресивні та невротичні, пов'язані зі стресом розладами: робота медичних сестер, діяльність лікаря, комфортність палат, обсяг і якість психотерапевтичної допомоги, здатність фахівця до емпатичного слухання і його готовність інформувати пацієнта про захворювання і його лікування [18].

Розуміння чинників і процесів взаємодії лікарів та пацієнтів може поліпшити багато аспектів надання медичної допомоги. Так, вік хворих пов'язаний зі стилем взаємодії з лікарем, що, своєю чергою, асоціюється із задоволенням пацієнтів. З одного боку, лікарі частіше зустрічаються з пацієнтами старше 65 років, а з іншого — літні пацієнти були більш задоволені зустрічами, зосередженими власне на них [19].

Сприяння незалежності має важливе значення на всіх стадіях терапії деменції [20, 24]. Незважаючи на те, що рівень незалежності зменшується з прогредієнтністю стадією деменції та інших хвороб, для забезпечення достатньої якості життя і благополуччя важливо дотримуватися балансу між доглядом пацієнта та його продуктивністю, дозвіллям, соціальною та духовною діяльністю [20, 21, 23].

Психотерапевтичне втручання, спрямоване на обізнаність пацієнта щодо 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 et al. розробили метод комплаєнс-терапії, що використовував когнітивно-біхевіоральний підхід у поєднанні з мотиваційним інтерв'ю, і сфокусований на підвищенні критичного ставлення до захворювання і поліпшення якості дотримання лікувальних рекомендацій [25]. Надалі цей метод був удосконалений і отримав продовження в проекті Innovative Care for Chronic Conditions [26]. Саме ці розробки ми використовували як прототипи під час створення психотерапевтичної програми. Отже, метою дослідження стало визначення впливу психотерапії на якість життя і задоволеність медичною допомогою в пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю.

**Таблиця 5. Початкові та кінцеві показники комплаєнтності за шкалою MMAS**

| Показник | Група | Кількість пацієнтів | Середнє | 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 більша на 0,52 бала, ніж у контрольній групі до початку лікування (p = 0,007). Це означає, що ми не можемо спиратися на результати дисперсійного аналізу щодо впливу психологічних інтервенцій на зміну в комплаєнтності в пацієнтів.

**Таблиця 6. Зміни в шкалі MMAS у рамках дослідження, різниця між кінцевим і базовим рівнем за шкалою. Дисперсійний аналіз (ANOVA)**

| Група | Кількість пацієнтів | Середнє | 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 не було виявлено.

## Матеріали та методи дослідження

У дослідженні за умови отримання інформованої згоди взяли участь 325 пацієнтів із поліморбідністю, які проходили стаціонарне лікування у геронтопсихіатричному відділенні ПНЛ м. Маріуполь. Дослідження мало дизайн рандомізованого контрольованого клінічного випробування. Рандомізацію проводили за допомогою комп'ютерної програми. Пацієнти були рандомізовані на основну та порівняльну групи за типом лікування у співвідношенні 3:1 з урахуванням віку і статі з дотриманням репрезентативності за цими показниками. В основній групі було 238 осіб, а в групі порівняння — 87 осіб.

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

Група порівняння кількістю 87 осіб проходила тільки стандартне лікування основного психічного розладу і клінічно значущих супутніх соматичних захворювань.

У всіх пацієнтів визначався 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 комплаєнс за шкалою оцінки рівня комплаєнсу MMAS.

## Результати дослідження

Було виявлено за результатами оцінювання задоволення якістю надання медичної допомоги такі особливості в пацієнтів геронтопсихіатричного профілю. Для всієї вибірки обстежених пацієнтів, незалежно від обсягу наданої стаціонарної допомоги, відмічалось суттєве покращення задоволеності пацієнта наданням допомоги загалом. Так, за шкалою PSQ воно становило 8,32 бала зі статистично значущою достовірністю (p < 0,001). Тобто 95 % геронтопсихіатричних пацієнтів вказали на збільшену задоволеність 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 і порівняльній групах була недостовірною (відповідно p = 0,052 і p = 0,145). Що свідчить, з одного боку, за оцінкою базових показників, про можливість порівняння окремих клінічних груп після рандомізації вибірки, а з іншого — 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).

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

До того ж проведений нами тест Левене на гомогенність дисперсії вибірок окремих клінічних груп виявився статистично недостовірним, це підтвердило гіпотезу про рівність дисперсій у цих групах щодо шкали PSQ і можливість проведення дисперсійного аналізу.

Під час оцінювання прихильності до лікування ми з'ясували, що вона суттєво відрізнялась між групами, включаючи вихідні (базові показники). А в основній групі комплаєнтність за шкалою MMAS була достовірно більша на 0,52 бала, ніж у порівняльній до початку лікування (p = 0,007). Це означає, що ми не мали можливості спиратися на результати дисперсійного аналізу щодо впливу психологічних інтервенцій на зміну в комплаєнтності в обстежених нами пацієнтів геронтопсихіатричного профілю. Отже, за даними дисперсійного аналізу (ANOVA), достовірних відмінностей у зміні комплаєнтності між основною та порівняльною групами виявлено не було (p = 0,490).

**Таблиця 7. Тест Левене для дисперсійного аналізу щодо змін за Шкалою комплаєнтності MMAS**

| Індекс Левене | df1 | df2 | Статистична значущість |
|---|---|---|---|
| 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.

**Таблиця 8. Кореляція за Пірсоном між змінами у якості життя/задоволеності лікуванням і різними показниками**

| Показник | Зміни в SF36 | Зміни в PSQ | Зміни в MMAS |
|---|---|---|---|
| | Кореляційний коефіцієнт, r (достовірність, p) | | |
| Вік | -0,149 (0,007)* | -0,10 (0,860) | 0,004 (0,940) |
| Кількість супутніх захворювань | 0,68 (0,222) | -0,048 (0,388) | -0,004 (0,941) |
| Рівень куріння (пачко-роки) | -0,67 (0,229) | -0,006 (0,919) | -0,102 (0,066) |
| Кількість препаратів, усього | 0,87 (0,119) | 0,16 (0,775) | -0,032 (0,565) |
| Кількість препаратів, періодично | 0,079 (0,157) | -0,134 (0,015)* | 0,061 (0,273) |
| Кількість препаратів, щоденно | 0,032 (0,563) | 0,121 (0,029)* | -0,082 (0,143) |
| Загальний бал MMSE | 0,282 (< 0,001)* | 0,058 (0,301) | -0,023 (0,686) |

Примітка. *Статистично значуща кореляція. Зміни в SF-36 протягом лікування достовірно обернено корелювали з віком, сила кореляції — слабка. Це означає, що суттєвіше покращення якості життя мали більш молоді пацієнти. Зміни в 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 за MMSE. Зміни в PSQ прямо корелювали із загальною кількістю препаратів, які пацієнт приймав постійно.

Варто зауважити, що проведений нами тест Левене на гомогенність дисперсії вибірок окремих клінічних груп виявився статистично недостовірним, що підтвердило гіпотезу про рівність дисперсій в цих групах щодо шкали комплаєнтності MMAS і можливість проведення дисперсійного аналізу. Але попередні дані з порівняння початкових показників за цією шкалою унеможливлюють дисперсійний аналіз.

За даними кореляційного аналізу визначено, що зміни в шкалі якості життя SF-36 протягом лікування достовірно обернено корелювали з віком, сила кореляції — слабка ($r = –0,149$; $p = 0,007$). Таким чином, суттєвіше покращення якості життя внаслідок стаціонарного лікування демонстрували пацієнти більш молодшого віку. А також зміни в якості життя за шкалою SF-36 достовірно прямо корелювали із загальним балом шкали MMSE, сила кореляції була слабкою ($r = 0,282$; $p < 0,001$). Отже, більше покращення в якості життя спостерігалось у пацієнтів із меншим дефіцитом когнітивного функціонування (більшим загальним балом за шкалою MMSE). Зміни за шкалою задоволення 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 підвищення задоволеності наданням медичної допомоги було асоційовано з більшою кількістю ліків у постійній схемі терапії та уникненням додаткового періодичного прийому препаратів.

Причому ми помітили пряму кореляцію середньої сили ($rs = 0,226$; $p < 0,001$) між змінами задоволення наданням медичної допомоги за шкалою PSQ і клінічною групою, до якої входив пацієнт (без психотерапевтичного компонента або з ним). Також пряму сильну кореляцію було відмічено між змінами якості життя за шкалою SF-36 ($rs = 0,5$; $p < 0,001$) та клінічною групою, до якої входив пацієнт. У такий спосіб були підтверджені дані дисперсійного аналізу щодо того, що психотерапевтичні інтервенції сприяють покращенню якості життя та задоволеності пацієнта наданням відповідної медичної допомоги.

Слабка обернена кореляція спостерігалась між сімейним станом і змінами за шкалою PSQ ($rs = –0,122$; $p = 0,028$). Це свідчило про те, що одинаки були більш чутливими до задоволеності наданням медичної допомоги за змінами шкали PSQ порівняно з тими, хто був одруженим. Зокрема, самолікування пацієнтів геронтопсихіатричного профілю обернено корелювало зі змінами задоволеності медичною допомогою за шкалою PSQ, але прямо — зі змінами якості життя за шкалою SF-36. В обох випадках сила кореляції була дуже слабка (відповідно $rs = –0,115$; $p = 0,038$ і $rs = 0,119$; $p = 0,033$). До того ж серед пацієнтів, які були схильні до самолікування, відмічалися більші зміни якості життя за шкалою SF-36 після лікування, але водночас були менші зміни в задоволеності медичною допомогою за шкалою PSQ.

## Обговорення

Отримані нами дані щодо суттєвого покращення задоволеності пацієнта наданням допомоги для всієї вибірки обстежених пацієнтів ($p < 0,001$), незалежно від обсягу наданої стаціонарної допомоги, є аналогічними даним дослідження M. Crosier стосовно потенційних переваг використання зворотного зв'язку з пацієнтами, які страждають на тяжкі перманентні психічні захворювання.

А 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.

**Таблиця 9. Кореляція за Спірманом між змінами у якості життя/задоволеності лікуванням і різними дихотомічними показниками**

| Показник | Зміни в SF36 | Зміни в PSQ | Зміни в MMAS |
|---|---|---|---|
| | Кореляційний коефіцієнт, rs (достовірність, p) | | |
| Стать | 0,065 (0,243) | 0,036 (0,513) | 0,034 (0,547) |
| Характер праці (розумова/фізична) | -0,092 (0,099) | 0 (1) | 0,025 (0,653) |
| Сімейний стан (одружений/заміжня або неодружений/незаміжня) | 0,031 (0,579) | -0,122 (0,028)* | -0,073 (0,19) |
| Самолікування (так або ні) | 0,119 (0,033)* | -0,115 (0,038)* | 0,009 (0,867) |
| Шизофренія/деменція | -0,063 (0,304) | -0,005 (0,933) | 0,030 |
| Група (ОГ/ПГ) | 0,500 (<0,001) | 0,226 (< 0,001)* | 0,046 (0,409) |

Примітка. *Статистично достовірна різниця. Пряма кореляція середньої сили (r = 0,226) відмічається між змінами PSQ і групою, до якої входив пацієнт. Пряма сильна кореляція відмічається між змінами в SF-36 (r =0,5) і групою, до якої входив пацієнт. Це підтверджує дані дисперсійного аналізу щодо того, що психологічні інтервенції покращують якість життя та задоволеність пацієнта лікуванням. Слабка обернена кореляція відмічається між сімейним станом і змінами в PSQ (r = –0,122), це означає, що в одинаків зміни в PSQ були більшими, ніж в одружених/заміжніх. Щодо самолікування, то воно обернено корелювало зі змінами в PSQ та прямо — зі змінами в SF-36. Сила кореляції дуже слабка (–0,115 та 0,119 відповідно). Серед пацієнтів, які займалися самолікуванням, відмічалися більші зміни в SF-36 після лікування, але водночас менші — за PSQ.

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).

Зокрема, суттєвіше покращення якості життя внаслідок стаціонарного лікування демонстрували пацієнти більш молодшого віку (r = –0,149; p = 0,007). Також вагоміше покращення в якості життя спостерігалось у пацієнтів із меншим дефіцитом когнітивного функціонування (більшим загальним балом за шкалою MMSE) (r = 0,282; p < 0,001).

Виявлено, що збільшення задоволеності наданням медичної допомоги було асоційоване з більшою кількістю ліків у постійній схемі терапії (r = 0,121; p = 0,029) та уникненням додаткового періодичного прийому препаратів (r = –0,134; p = 0,015). На нашу думку, такі результати стали наслідком оптимізації фармакотерапії, призначеної психосоматичним консиліумом з урахуванням супутніх захворювань в активній фазі. Крім того, ми визначили, що психотерапевтичні інтервенції сприяли покращенню якості життя (rs = 0,5; p < 0,001) і задоволеності пацієнта наданням відповідної медичної допомоги (rs = 0,226; p < 0,001).

Додатково ми виявили, що одинаки більш чутливі щодо зміни задоволеності наданням медичної допомоги в процесі лікування порівняно з заміжніми та одруженими пацієнтами (rs = –0,122; p = 0,028). Це могло бути відображенням їх більшого залучення до лікувального процесу та часткового відновлення комунікативного простору під час перебування в стаціонарі.

Серед пацієнтів, які мають схильність до самолікування, відмічали більші зміни якості життя після інтервенцій (rs = 0,119; p = 0,033), але менші — щодо задоволеності медичною допомогою (rs = –0,115; p = 0,038). Отже, оптимізація фармакотерапії в стаціонарі та зменшення самолікування пацієнтів, схильних до нього, сприяла підвищенню якості життя. Водночас менші зміни в задоволеності медичною допомогою пацієнтів, схильних до самолікування, могли бути зумовлені суб'єктивним зменшенням незалежності в 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. Було підтверджено гіпотезу дослідження, що психотерапія, спрямована на обізнаність пацієнта щодо свого захворювання і методів його лікування, створення терапевтичного альянсу і запобігання самолікуванню, за нашою гіпотезою, сприяє підвищенню якості життя і задоволеності медичною допомогою поліморбідних пацієнтів похилого віку, які страждають на психічні розлади.

## Література

1. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease / A.R. Feinstein // Journal of Chronic Diseases. –1970. – V. 23 (7). –P. 455–468. CrossRef PubMed

2. 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. – V. 154 (1). – P. 89–92. PubMed Publisher Full Text

3. 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. – V. 37 (11). – P. 868–874. CrossRef PubMed

4. Psychoneuroimmunoendocrinology: The biological basis of mind-body physiology and pathophysiology / C.B. Nemeroff // Depress Anxiety. – 2013. – V. 30 (4). – P. 285–287. CrossRef PubMed.

5. Patients' Perspective of Medication Adherence in Chronic Conditions: A Qualitative Study / N. Pagès-Puigdemont, M.A. Mangues, M. Masip, G. Gabriele, L. Fernández-Maldonado, S. Blancafort, L. Tuneu // Advances in Therapy. – 2016. – V. 33 (10). – P. 1740–1754.

*Повний список літератури, який уміщує 26 джерел, знаходиться в редакції.*

*Оригінальний текст документа читайте на сайті https://uk.e-medjournal.com*

*Психосоматична медицина та загальна практика. – 2017. – Т. 2, № 4 : e020493*