

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ
ПСИХІАТРІЇ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

КАЛУГІН ІГОР ВІТАЛІЙОВИЧ

УДК [616.89–053.9]+616–06: 616.8–085.2/.3/.851

ДИСЕРТАЦІЯ
ОПТИМІЗАЦІЯ ТЕРАПІЇ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ
У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ З ПОЛІМОРБІДНІСТЮ

14.01.16 – психіатрія

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ І. В. Калугін
(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник: Осуховська Олена Сергіївна, доктор медичних наук,
старший науковий співробітник

Київ – 2018

АНОТАЦІЯ

Калугін І. В. Оптимізація терапії психічних розладів у пацієнтів похилого віку з поліморбідністю. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 «Психіатрія». – Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України». Київ, 2018.

Прогресуюче старіння населення в більшості країн світу, в тому числі в Україні, супроводжується відповідним збільшенням кількості осіб, що одночасно страждають на декілька захворювань, тобто є поліморбідними. Терапія пацієнтів похилого віку з поліморбідністю в реальній клінічній практиці представляє серйозну проблему. Поєднання окремих соматичних захворювань, а тим більше соматичних і психічних розладів, може значно ускладнити перебіг таких хворобливих станів, погіршити загальне функціонування пацієнтів і якість їх життя.

Поліморбідність також потребує застосування складних фармакологічних схем терапії, яких пацієнти не завжди дотримуються. Всі ці фактори ускладнюють лікувально-діагностичний процес, потенційно зменшуючи його ефективність. Існує необхідність додаткового вивчення шляхів і методів позитивного впливу на перебіг захворювань у пацієнтів похилого віку з поліморбідністю.

Дисертаційна робота присвячена підвищенню ефективності лікування психічних розладів у хворих похилого віку з поліморбідністю на основі вивчення характеру і ролі порушень комплаєнсу, якості життя та задоволеності медичною допомогою шляхом оптимізації терапевтичного комплексу фармакотерапії, асоційованої з психотерапевтичним компонентом.

На підставі рандомізованого контрольованого клінічного дослідження ефективності лікування 325 пацієнтів похилого віку з психічними розладами і

поліморбідністю (основна група (ОГ) кількістю 238 осіб отримувала стандартне лікування і психотерапевтичне втручання; група порівняння (ПГ) кількістю 87 осіб проходила тільки стандартне лікування) запропоновано терапевтичний комплекс, який поєднав фармакотерапію і психотерапевтичну програму. Він передбачав додавання до раціонального фармакологічного навантаження психотерапевтичного втручання, спрямованого на обізнаність пацієнта щодо свого захворювання і методів його лікування, створення терапевтичного альянсу і запобігання самолікуванню, що, в кінцевому рахунку, сприяло підвищенню комплаєнсу, якості життя і задоволеності медичною допомогою.

Критеріями включення були: вік пацієнтів 60 і більше років; психічний розлад, що потребував стаціонарного лікування в геронтопсихіатричному відділенні; соматичне захворювання. Критеріями виключення – відсутність інформованої згоди; тяжка деменція ($MMSE < 11$ балів); отримання менше 75 % інформації за картою обстеження; недотримання пацієнтом умов участі в дослідженні. Всі пацієнти були оцінені за Короткою шкалою оцінки психічного стану (MMSE), Кумулятивною шкалою рейтингу захворювань для геріатричних пацієнтів (CIRS-G), Опитувальником якості життя (SF-36), Опитувальником задоволеності пацієнта (PSQ), Опитувальником прихильності до лікування Моріскі-Грін (MMAS).

Було визначено, що серед обстежених пацієнтів переважали жінки (71,3 %), вдівці або удови (45,9 %), майже 1/3 від усіх обстежених проживала наодинці (36,3 %) або з дітьми (30,5 %) без достовірної різниці між групами. Пацієнти мали переважно середню спеціальну (29,9 %) і середню освіту (24,9 %) та фізичний характер праці протягом життя (66,5 %) без достовірної різниці між групами.

Основним захворюванням у більшості пацієнтів (73,8 %) була деменція легкого або середнього ступеню виразності різного генезу (типу Альцгеймера, судинна, змішана). Пацієнти з шизофренією склали 7,7 % від усіх обстежених. Решта, 18,5 % хворих, страждали на депресивні розлади, біполярний афективний розлад і розумову відсталість. Достовірної різниці між групами за основним діагнозом не зафіксовано.

Був оцінений ступінь поліморбідності за шкалою CIRS-G: загальна кількість категорій (залучених у хворобливий процес органів і систем) в середньому дорівнювала 3,83; середня кількість балів (загальний тягар захворювань) – 8,37; індекс коморбідності (поєднання клінічно значущих захворювань, що потребували активного лікування) – 2,2 в усіх випадках без достовірної різниці між групами. Виявлено, що обстежені пацієнти мали по декілька захворювань одночасно: середня кількість супутніх захворювань склала 3,7 в ОГ і 3,4 в ПГ. Відповідно, середня кількість щоденних препаратів була 3,7 в ОГ і 3,0 в ПГ.

Визначені достовірні кореляції між коморбідністю та різними змінними. Кількість категорій і загальна кількість балів за шкалою CIRS-G збільшувалась з віком (відповідно $r = 0,376$, $p < 0,001$; $r = 0,368$, $p < 0,001$). Більша кількість категорій і більша загальна кількість балів за шкалою CIRS-G асоціювалась з погіршенням якості життя за SF-36 (відповідно $r = -0,353$, $p < 0,001$; $r = -0,380$, $p < 0,001$). В загальному індексі коморбідності індекс КІ 2 (захворювання помірного ступеню, що потребують лікування) займав найбільшу питому вагу і продемонстрував збільшення з віком ($r = 0,352$, $p < 0,001$); зменшення з палінням ($r = -0,183$, $p = 0,001$) і з більш високою якістю життя за SF-36 ($r = -0,303$, $p < 0,001$). Індекс КІ 3 (тяжкі неконтрольовані соматичні захворювання) збільшувався відповідно до збільшення ІМТ ($r = 0,125$, $p = 0,025$); сполучався з задоволеністю медичною допомогою за шкалою PSQ ($r = 0,151$, $p = 0,006$), але мав негативну кореляцію з якістю життя за шкалою SF-36 ($r = -0,266$, $p < 0,001$). Кількість категорій із оцінкою 3 також мала позитивні кореляції з віком ($r = 0,123$, $p = 0,027$), задоволеністю медичною допомогою за шкалою PSQ ($r = 0,162$, $p = 0,003$) та негативну – з якістю життя за шкалою SF-36 ($r = -0,231$, $p < 0,001$).

Середній рівень якості життя за SF-36 до лікування був невисоким (34,3 балів без достовірної різниці в групах). Згідно із отриманими даними гендерного аналізу якості життя за шкалою SF-36, у чоловіків в порівнянні з жінками були достовірно кращі показники по фізичному функціонуванню

($p < 0,001$), рольовому функціонуванню, обумовленому фізичним станом ($p = 0,050$), загальному стану здоров'я ($p = 0,038$) та загальному сумарному показнику якості життя ($p = 0,005$).

Визначено, що збільшення загальної кількості супутніх соматичних захворювань було асоційовано з погіршенням якості життя ($r = -0,326$, $p < 0,001$). Також більш низьку якість життя мали чоловіки ($r_s = -0,155$, $p = 0,005$), особи більш старшого віку ($r = -0,235$, $p < 0,001$) та пацієнти, які приймали більшу кількість ліків щоденно ($r = -0,137$, $p = 0,037$) і періодично ($r = -0,1153$, $p = 0,039$).

Середня задоволеність медичною допомогою за шкалою задоволеності пацієнта PSQ усіх обстежених пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю склала 59,9 балів без достовірної різниці між групами. Причому, підшкали «Кваліфікація персоналу» і «Міжособистісні відносини» в обох групах мали більш високі показники порівняно з підшкалами «Спілкування», «Час спілкування з лікарем» і «Доступність та комфорт», що свідчило про суб'єктивну недостатність для пацієнтів саме комунікативного компоненту в лікуванні.

Рівень комплаєнсу за шкалою MMAS був середнім (в ОГ 3,1 балів, ПГ 2,6 балів), але мала місце достовірна міжгрупова різниця. Оскільки вихідні показники за цією шкалою достовірно відрізнялись, її результати не були враховані при проведенні кінцевого аналізу.

Розроблено і впроваджено програму психотерапії на засадах когнітивно-поведінкового підходу з інформативним, спонукальним та рефлексивним компонентами, асоційовану з раціональною фармакотерапією в терапевтичному комплексі, спрямовану на підвищення комплаєнсу, якості життя і задоволеності медичною допомогою досліджуваного контингенту пацієнтів. Оптимізація стандартної фармакотерапії відбувалась з урахуванням загального фармакотерапевтичного навантаження, соматотропної дії психотропних препаратів, психотропної дії соматотропних препаратів, використанням комбінованих ліків.

Доведено, що в стаціонарному лікуванні пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю доцільно використовувати додатково до раціональної фармакотерапії психотерапію, спрямовану на обізнаність пацієнта щодо свого захворювання і методів його лікування, створення терапевтичного альянсу і запобігання самолікуванню. Психотерапія сприяла покращенню якості життя ($p < 0,001$), комплаєнсу пацієнтів ($p = 0,007$), задоволеності наданням медичної допомоги ($p < 0,001$).

Після лікування відмічалось суттєве покращення якості життя, особливо у пацієнтів молодшого віку з меншим дефіцитом когнітивного функціонування, що підтвердило ефективність застосування розробленого комплексу терапії.

Відмічалось суттєве покращення задоволеності медичною допомогою ($p < 0,001$) у категоріях: міжособистісні відносини, спілкування, час спілкування з лікарем, доступність та комфорт. Зміни PSQ в ОГ у порівнянні із ПГ склали 3,63 балів ($p < 0,001$). Збільшення задоволеності наданням медичної допомоги було прямо пропорційно асоційовано з більшою кількістю ліків в постійній схемі терапії ($p = 0,029$), униканням додаткового періодичного прийому препаратів ($p = 0,015$), сімейним станом ($p = 0,028$ у одинаків).

Новизна роботи полягає в наступному. Вперше запропоновано оптимальний терапевтичний комплекс, що складається з раціонального фармакологічного навантаження і психотерапевтичного втручання, спрямованого на обізнаність пацієнта щодо свого захворювання, методів його лікування, а також створення ефективного терапевтичного альянсу, який забезпечує якісне медичне обслуговування та запобігає самолікуванню таких хворих.

Вперше визначено, що високий рівень поліморбідності у пацієнтів похилого віку з психічними розладами не залежав від типу захворювання і збільшувався з віком, а пацієнти з тяжкими неконтрольованими і середньотяжкими соматичними захворюваннями мали більшу задоволеність медичною допомогою, але гіршу якість життя. Доведено зв'язок низької якості життя таких пацієнтів з жіночим гендером, кількістю супутніх захворювань, віком і

обсягом фармакотерапії. Крім того, відмічено зв'язок між задоволенням медичною допомогою, обсягом фармакотерапії в постійній лікувальній схемі і униканням додаткових ліків, а також проживанням на самоті. Виявлено суб'єктивну недостатність для пацієнтів саме комунікативного компоненту в лікуванні за показниками задоволеності медичною допомогою.

Наведені теоретичні та практичні результати впровадження розробленого терапевтичного комплексу повністю підтвердили гіпотезу дослідження щодо ефективності психотерапії в покращенні задоволеності пацієнтів лікуванням.

Теоретично і практично структуровані результати, що отримані у ході дослідження, впроваджені у лікувально-діагностичну роботу психіатричних лікарень і закладу вищої медичної освіти України.

Ключові слова: психічні розлади, пацієнти похилого віку, поліморбідність, фармакотерапія, психотерапія, комплаєнс, якість життя, задоволення медичною допомогою.

SUMMARY

Kalugin I. V. Optimization of mental disorders therapy in elderly patients with polymorbidity. – Qualification scientific work with the manuscript copyright.

The dissertation for obtaining the scientific degree of a Candidate of medical sciences in specialty 14.01.16 «Psychiatry». – State organization «Research institute of psychiatry of the Ministry of health of Ukraine», Kyiv, 2018.

The progressive aging of the population in most countries of the world, including Ukraine, is accompanied by a corresponding increase in the number of people who simultaneously suffer from several diseases, that is, they have multimorbidity. The treatment of elderly patients with multimorbidity presents a severe problem in real clinical practice. The combination of separate somatic diseases, and especially the somatic and mental disorders, can significantly complicate the course of such illness conditions, impair the overall patients'

functioning and the quality of their life. Multimorbidity also requires the use of complex pharmacological treatment regimens that patients do not always adhere to. All these factors complicate the diagnostic and treatment process, potentially reducing its effectiveness. The ways and methods of positive influence on the illness course in elderly patients with multimorbidity require additional study.

The dissertation is devoted to the increase of the treatment effectiveness of mental disorders in elderly patients with multimorbidity by studying the nature and role of treatment adherence violations, quality of life and medical care satisfaction by optimizing the therapeutic complex of pharmacotherapy with the psychotherapeutic component.

Based on a randomized controlled clinical study of the treatment efficacy for 325 elderly patients with mental disorders and multimorbidity (the main group (MG) with 238 persons received standard treatment and psychotherapeutic intervention; the comparison group (CG) of 87 persons had only standard treatment), a therapeutic complex which combined pharmacotherapy and psychotherapeutic program was proposed. In this complex, there was the add of psychotherapeutic intervention to the rational pharmacological load of the aimed at a patient's awareness of his disease and its methods of treatment, the creation of a therapeutic alliance and the prevention of self-medication, which ultimately contributed to increasing compliance, quality of life and satisfaction with medical care.

Inclusion criteria were: patients' age 60 and older; mental disorder requiring inpatient treatment; somatic disease. Exclusion criteria – lack of informed consent; severe dementia (MMSE<11 points) ; receiving less than 75 % of the information on the survey card; non-compliance by the patient with the terms of participation in the study. All patients were evaluated by the MMSE, CIRS-G, Quality of Life Survey (SF-36), Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ), Morisco-Green Compliance Questionnaire (MMAS).

It was determined that women (71.3 %), widowers or widows (45.9 %) were dominant among surveyed patients, almost 1/3 of all those surveyed lived alone (36.3 %) or with children (30.5 %). Patients had the predominantly secondary special

education (29.9 %) and secondary education (24.9 %) and physical labor during their life (66.5 %).

The primary disease in most patients (73.8 %) was mild or moderate dementia (such as Alzheimer's, vascular, mixed). Patients with schizophrenia accounted for 7.7 % of all subjects. The rest, 18.5 % of the patients, suffered from depressive disorders, bipolar affective disorder, and mental retardation.

The degree of multimorbidity on the CIRS-G scale was estimated: the total number of categories (disease involved organs and systems) averaged 3.83; average score (total burden of diseases) – 8.37; comorbidity index (a combination of clinically significant diseases requiring active treatment) was 2.2 in all cases without a substantial difference between the groups. It was revealed that the patients had several diseases at the same time: the average number of concomitant diseases was 3.7 in the MG and 3.4 in the CG. Accordingly, the average daily dosage was 3.7 in MG and 3.0 in CG.

The reliable correlations between comorbidity and different variables are determined. The number of categories and the total scores on the CIRS-G scale increased with age. A larger number of categories and a higher overall score on the CIRS-G scale were associated with a deterioration in the quality of life for SF-36. In the general index of comorbidity, the KI 2 index (moderate disease requiring treatment) had the highest specific weight and showed an increase with age; reduction with smoking and with a higher life quality on SF-36. The KI 3 index (severe uncontrolled somatic diseases) increased with increasing BMI; was associated with medical care satisfaction on PSQ, but had a negative correlation with life quality on SF-36. The number of categories with grade 3 also had a positive correlation with age; medical care satisfaction on PSQ and negative – with life quality on SF-36.

The average life quality on SF-36 before treatment was low (34.3 points without a significant difference in the groups). According to the data of the life quality gender analysis on SF-36, there were significantly better indicators of physical functioning ($p < 0.001$), role-related functioning due to physical condition ($p = 0.050$), general health ($p = 0.038$) and the total total quality of life ($p = 0.005$) in

men, compared with women. It was determined that an increase in the concomitant somatic diseases total number was associated with a deterioration in the life quality ($r = -0.326$, $p < 0.001$). Also, a lower life quality was in men ($r_s = -0.155$, $p = 0.005$), in older people ($r_s = -0.235$, $p < 0.001$), and in patients taking more drugs daily ($r_s = -0.137$, $p = 0.037$) and periodically ($r_s = -0.1153$, $p = 0.039$).

The average medical care satisfaction score on PSQ for all elderly patients with mental disorders and multimorbidity was 59.9 points without a significant difference between the groups. Moreover, the "Personnel qualification" and "Interpersonal relations" subscales in both groups had higher rates in comparison with the subclasses "Communication," "Time of communication with the doctor" and "Accessibility and comfort," which indicated a subjective lack of communication component in treatment according to patients opinion. The compliance rate on the MMAS scale was moderate (MG 3.1 points, CG 2.6 points), but there was a significant intergroup difference. Since the baselines on this scale were significantly different, its results were not taken into account in the final analysis.

The program of psychotherapy was developed and implemented on the basis of a cognitive-behavioral approach with educational, inductive and reflexive components, associated with rational pharmacotherapy in the therapeutic complex, aimed at increasing compliance, quality of life and satisfaction with medical care of the studied patient population. Optimization of standard pharmacotherapy took place taking into account the overall pharmacotherapeutic load, somatotropic action of psychotropic drugs, psychotropic action of somatotropic medications, and the use of combined medications.

It has been proved that in the inpatient treatment of elderly patients with mental disorders and multimorbidity it is expedient to use, in addition to rational pharmacotherapy, psychotherapy, aimed at patient's knowledge about his disease and methods of its treatment, the creation of a therapeutic alliance and prevention of self-medication. Psychotherapy lead to improving the life quality ($p < 0.001$), compliance ($p = 0.007$) and medical care satisfaction ($p < 0.001$).

There was a significant post-treatment improvement in the life quality especially in younger patients with a lower cognitive deficit, which confirmed the

effectiveness of the developed therapy complex. Also, there was a significant improvement in medical care satisfaction ($p < 0.001$) in the categories: interpersonal relationships, communication, time of communication with the doctor, accessibility and comfort. PSQ changes in MGs compared to CGs were 3.63 points ($p < 0.001$). Increased medical care satisfaction was directly connected with more drugs in stable treatment regimen ($p = 0.029$), periodic additional doses avoidance ($p = 0.015$), family status ($p = 0.028$ for single).

The novelty of the work is as follows. For the first time, an optimal therapeutic complex consisting of rational pharmacological load and psychotherapeutic intervention aimed at a patient's knowledge about his disease, methods of its treatment, and also the creation of an effective therapeutic alliance, which provides high-quality medical care and prevents the self-healing of such patients, is proposed.

For the first time, it has been determined that high levels of multimorbidity in elderly patients with mental disorders did not depend on the type of disease and increased with age, and patients with severe uncontrolled and moderately severe somatic disorders had more medical care satisfaction but the poorer quality of life. The association of poor life quality of such patients with female gender, the number of concomitant diseases, age and volume of pharmacotherapy has been proved. Besides, there is a connection between the medical care satisfaction, the amount of pharmacotherapy in the stable treatment scheme and the avoidance of additional drugs, as well as residence alone. Subjective deficiency of precisely communicative component in treatment according to medical care satisfaction was revealed for patients.

The presented theoretical and practical implementation results of the developed therapeutic complex fully confirmed the study hypothesis on the psychotherapy effectiveness in improving patients' satisfaction with treatment.

Theoretically and practically structured results obtained during the study are implemented in the psychiatric hospitals and institutions of higher medical education in Ukraine.

Keywords: psychiatric disorders, elderly patients, multimorbidity, pharmacotherapy, psychotherapy, compliance, quality of life, medical care satisfaction.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Праці, в яких опубліковані основні результати дисертації

1. Калугін І. В. Проблеми поліморбідності та адекватної фармакотерапії у пацієнтів похилого віку [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19, № 4 (75). – С. 118–123 *(дисертант брав участь у формуванні мети дослідження, здійснив набір клінічного матеріалу і аналіз отриманих даних)*.
2. Калугін І. В. Старіння організму та поліморбідність [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Архів психіатрії. – 2014. – Т. 20, № 2 (77). – С. 36–43 *(дисертантом здійснено аналіз отриманих даних, зроблено висновки дослідження)*.
3. Калугін І. В. Полипрагмазия и полифармация у пациентов геронтопсихиатрического профиля [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Архів психіатрії. – 2014. – Т. 20, № 4 (79). – С. 29–34 *(дисертантом визначено завдання дослідження, здійснено набір клінічного матеріалу і аналіз отриманих даних)*.
4. Калугін І. В. Комплаенс фармакотерапии лиц пожилого возраста с полиморбидностью [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Ліки України. – 2015. – № 4 (25). – С. 65–72 *(дисертантом здійснено аналіз отриманих даних, зроблено висновки дослідження)*.
5. Калугін І. В. Проблема комплаенса у пацієнтів геронтопсихіатричного профілю [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Архів психіатрії. – 2016. – Т. 22, № 4 (87). – С. 20–28 *(дисертантом здійснено аналіз отриманих даних)*.
6. Калугін І. В. Якість життя та комплаєнс у пацієнтів геріатричного профілю. [Текст] / І. В. Калугін // Психосоматична медицина та загальна практика. – 2017. – Т. 2, № 3. – С. 1–9.
7. Калугін І. В. Психотерапія як фактор покращення задоволеністю медичною допомогою та покращення якості життя у пацієнтів геронтологічного профілю з психічними розладами та поліморбідністю [Текст] / І. В. Калугін,

О. С. Осуховська // Архів психіатрії. – 2017. – Т. 23, № 4 (91). – С. 236–242 (дисертантом здійснено аналіз отриманих даних, зроблено висновки дослідження).

Праці, які засвідчують апробацію результатів дослідження

1. Калугін І. В. Тези Поліпрагмазія і поліфармація у пацієнтів геронтопсихіатричного профілю [Текст] / І. В. Калугін // Архів психіатрії. – 2015. – Т. 21, № 1 (80). – С. 167–168.

2. Калугін І. В. Проблеми поліморбідності та адекватної фармакотерапії у пацієнтів геронтопсихіатричного профілю : тези доп. наук. симп. з міжнар. участю «Мозок та стрес», (Дніпропетровськ, 1–2 жовт. 2015 р.) [Текст] / І. В. Калугін // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, № 3 (84). – С. 127–128.

3. Калугін І. В. Проблема прихильності до терапії у пацієнтів геронтопсихіатричного профілю : проблеми та інноваційні рішення : тези доп. наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Психіатрія ХХІ століття», (Київ, 27–29 квітня 2017 р.) [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Архів психіатрії. – 2017. – Т. 23, № 1 (88). – С. 64–66.

Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

1. Калугін І. В. Роль психотерапії в покращенні якості життя і задоволеності медичною допомогою у пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю [Електронний ресурс] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова, О. С. Осуховська // Психосоматична медицина і загальна практика. – 2017. – № 2 (4). – е020493. – Режим доступу : <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v2i4.93> (дисертантом здійснено аналіз отриманих даних, зроблено висновки дослідження).

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	17
ВСТУП	18
Список використаних джерел	25
РОЗДІЛ 1 СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ З ПОЛІМОРБІДНІСТЮ	28
1.1 Психічні розлади у пацієнтів похилого віку	29
1.2 Поліморбідність у пацієнтів похилого віку з психічними розладами і особливості фармакотерапевтичного навантаження	38
1.3 Прихильність до лікування, комплаєнс і терапевтичний альянс	41
1.4 Якість життя в похилому віці, вплив на неї психічних розладів і поліморбідності	51
1.5 Задоволеність медичною допомогою: фактори впливу і ймовірність зростання	54
1.6 Невирішені питання у діагностиці та лікуванні психічних розладів у пацієнтів похилого віку з поліморбідністю	57
Список використаних джерел	61
РОЗДІЛ 2 МЕТОДИ І МАТЕРІАЛИ ДОСЛІДЖЕННЯ	71
2.1 Теоретичне обґрунтування і дизайн дослідження	71
2.2 Методи дослідження	75
2.2.1 Коротка шкала оцінки психічного стану (MMSE)	75
2.2.2 Кумулятивна шкала рейтингу захворювань для геріатричних пацієнтів (CIRS-G)	80
2.2.3 Опитувальник якості життя (SF-36)	89
2.2.4 Опитувальник задоволеності пацієнта (PSQ)	92
2.2.5 Опитувальник прихильності до лікування Моріскі (MMAS)	95
2.2.6 Статистичні методи дослідження	96

	15
2.3 Загальна характеристика матеріалу дослідження	97
Список використаних джерел	104
РОЗДІЛ 3 ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИХ, КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНИХ, КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ І ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ОБСТЕЖЕНИХ ПАЦІЄНТІВ	108
3.1 Соціально-демографічна характеристика і базові показники обстеженого контингенту хворих	108
3.2 Клініко-анамнестичні і клініко-психопатологічні особливості поліморбідності у пацієнтів похилого віку з психічними розладами та особливості фармакотерапевтичного навантаження	109
3.3 Якість життя поліморбідних пацієнтів похилого віку з психічними розладами	112
3.4 Комплаєнс і задоволеність медичною допомогою поліморбідних пацієнтів похилого віку з психічними розладами	117
РОЗДІЛ 4 АЛГОРИТМ НАДАННЯ УДОСКОНАЛЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОЛІМОРБІДНИМ ПАЦІЄНТАМ ПОХИЛОГО ВІКУ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА АНАЛІЗ ЙОГО ЕФЕКТИВНОСТІ ПРИ ВПРОВАДЖЕННІ	123
4.1 Алгоритм надання удосконаленої медичної допомоги поліморбідним пацієнтам похилого віку з психічними розладами	123
4.2 Оцінка ефективності терапевтичних заходів за динамікою показників якості життя	126
4.3 Оцінка ефективності терапевтичних заходів за змінами комплаєнсу і задоволення медичною допомогою	132
4.4 Підтвердження гіпотези дослідження і оцінка впливу окремих факторів на ефективність лікування поліморбідних пацієнтів похилого віку з психічними розладами	137
АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	143
Список використаних джерел	152

	16
ВИСНОВКИ	156
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	159
ДОДАТОК А Список опублікованих праць за темою дисертації	160
ДОДАТОК Б Акти впровадження	162

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
КЛПУ	– комунальна лікувально-профілактична установа
МКХ-10	– Міжнародна класифікація захворювань 10-го перегляду
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я
ОГ	– основна група
ПГ	– порівняльна група
CIRS-G	– Кумулятивна шкала рейтингу захворювань для геріатричних пацієнтів
MMAS	– Опитувальник прихильності до лікування Моріскі-Грін ()
MMSE	– Коротка шкала оцінки психічного стану
M	– середнє арифметичне значення показника
Me	– медіана
Mean	– показники здорової людини в «сирих» балах
NBS	– перераховані бали (normal-based score)
PSQ	– Опитувальник задоволеності пацієнта
SF-36	– Опитувальник якості життя
p	– рівень статистичної значущості
φ^*	– критерій Фішера
λ	– критерій Колмогорова-Смирнова
r	– коефіцієнт парної кореляції Пірсона
rs	– коефіцієнт рангової кореляції Спірмена

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. За даними МОЗ України психічні розлади займають 7 місце серед причин інвалідизації людей похилого віку, 11 % осіб старше 60 років потребують кваліфікованої психіатричної допомоги, 20 % осіб – у віці старше 80 років. Люди старше 65 років складають половину всіх хворих, які отримують довгострокове психіатричне лікування, і приблизно 1/5 пацієнтів, які вперше потрапили до психіатричного стаціонару [1].

З підвищенням середнього віку збільшується кількість пацієнтів, що страждає від хронічних соматичних і психічних захворювань одночасно. Також збільшується інвалідизація таких пацієнтів внаслідок онкологічних, серцево-судинних, легеневих, церебро-васкулярних захворювань, переломів та їх наслідків, дементуючих процесів тощо. З віком явище поліморбідності набуває більшої розповсюдженості й інтенсивності, тому воно найбільш представлене серед пацієнтів похилого віку [2].

Стан поліморбідності майже півстоліття пригортає увагу багатьох дослідників, тому що одночасна наявність у пацієнта декількох захворювань, почасти не пов'язаних між собою патогенетичними механізмами [Пінчук І. Я. та ін., 2010 р.], значно ускладнює процес курації і збільшує тягар хвороби для пацієнта, його родини і системи охорони здоров'я в цілому. Наявність поліморбідності примушує пацієнтів звертатися та спостерігатися у лікарів різних спеціальностей, що, в свою чергу, породжує проблему надмірної фармакотерапії у вигляді поліпрагмазії та поліфармації [2]. Вивчення коморбідності психічних і соматичних захворювань на прикладі шизофренії, біполярного афективного розладу, депресивних і тривожних розладів, когнітивних розладів довело наявність позитивного статистично значущого зв'язку між загально соматичною і психіатричною захворюваністю, в тому числі осіб похилого віку [3].

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 відносин в лікувальному процесі [3, 4].

Очікується, що в 2020 році кількість неінфекційних та психічних захворювань перевищить 65 % загального тягара хвороб, а приблизно 50–60 % пацієнтів, особливо тих, хто страждає на хронічні захворювання, не дотримуються призначеного режиму лікування [5, 6, 7]. Додатковим фактором ризику для пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю є використання потенційно невідповідних ліків. Самолікування серед людей похилого віку взагалі є серйозною проблемою громадського здоров'я, оскільки воно пов'язане із збільшенням захворюваності та смертності, що спричиняє високі витрати на систему охорони здоров'я. Проблема нераціональної фармакотерапії в стаціонарі і проблема самолікування дійсно є вагомими для пацієнтів похилого віку, особливо з психічними розладами і поліморбідністю [4].

У літньому віці суб'єктивна оцінка якості життя впливає на перебіг соматичних і психічних розладів [11], визначає результат лікування і прогноз захворювання. Задоволеність якістю життя в літньому і старечому віці є результатом динамічного процесу взаємодії об'єктивних і суб'єктивних показників стану фізичного і психічного здоров'я, значною мірою визначається ступенем його незалежності від сторонньої допомоги, здатністю керувати власним життям. З цього випливає висновок, що якість життя у таких пацієнтів залежить не стільки від кількості і тяжкості захворювань, скільки від наявної біопсихосоціальної ресурсної бази, копінг-стратегій і навичок вирішення проблем, активної участі в процесі лікування.

Експерти Cooperative Group на основі досвіду 5-річного періоду спостережень зауважили на тому, що розуміння вимог і потреб пацієнтів шляхом оцінки їх задоволеності сприяє активній участі хворих в процесі лікування, збільшуючи його ефективність в цілому. Результати дослідження виявили потенційні переваги у використанні зворотного зв'язку з пацієнтами, які страждають на важкі перманентні психічні захворювання: підвищення загального рівня задоволеності медичною допомогою до 56 %, але не участі пацієнтів в лікувальному процесі [11]. Також, підвищення обізнаності пацієнтів щодо захворювання зменшують занепокоєння щодо лікування, підвищують його ефективність і якість життя [12].

R. Kemp і співавт. [10] був розроблений метод комплаєнс-терапії, що використовував когнітивно-біхевіоральний підхід в поєднанні з мотиваційним інтерв'ю, і сфокусований на підвищенні критичного ставлення до захворювання і поліпшення якості дотримання лікувальних рекомендацій. Надалі цей метод був удосконалений і набув продовження в проекті Innovative Care for Chronic Conditions [12, 13, 14, 15]. Саме ці розробки були використані нами як прототипи при створенні психотерапевтичної програми.

Психотерапевтичне втручання, спрямоване на обізнаність пацієнта про своє 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.

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційну роботу виконано відповідно до плану науково-дослідної роботи Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України за темою «Розробка скринінгового і моніторингового інструментарію діагностики психічних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями

на етапі первинної ланки медичної допомоги» (2013–2015 рр., № державної реєстрації – 0113U001470).

Мета і задачі дослідження. Метою дисертаційного дослідження є підвищення ефективності лікування психічних розладів у хворих похилого віку з поліморбідністю на основі вивчення характеру і ролі порушень комплаєнсу, якості життя та задоволеності медичною допомогою шляхом оптимізації терапевтичного комплексу фармакотерапії, асоційованої з психотерапевтичним компонентом.

Для досягнення цієї мети було поставлено наступні задачі:

1. Вивчити розповсюдженість поліморбідності у пацієнтів похилого віку, що страждають на психічні розлади, та її зв'язок з соціально-демографічними і клінічними характеристиками.
2. Дослідити якість життя поліморбідних пацієнтів похилого віку з психічними розладами в залежності від соціально-демографічних, клініко-феноменологічних та патопсихологічних характеристик цієї групи хворих.
3. Визначити комплаєнс і задоволеність медичною допомогою поліморбідних пацієнтів похилого віку з психічними розладами.
4. Розробити програму психотерапії, асоційовану з раціональною фармакотерапією в терапевтичному комплексі, спрямовану на підвищення комплаєнсу, якості життя і задоволеності медичною допомогою поліморбідних пацієнтів похилого віку, які страждають на психічні розлади.
5. Встановити ефективність лікування поліморбідних пацієнтів похилого віку, які страждають на психічні розлади, в результаті впровадження розробленого терапевтичного комплексу.
6. Визначити достовірність наукової гіпотези дослідження щодо ефективності психотерапії в покращенні задоволеності пацієнтів лікуванням.

Об'єкт дослідження: пацієнти похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю.

Предмет дослідження: психофізичний стан хворих, якість життя, комплаєнс, задоволеність медичною допомогою, об'єм фармакотерапії, яку отримують поліморбідні пацієнти похилого віку з психічними розладами.

Методи дослідження: соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний і статистичний методи дослідження.

Новизна, наукова і практична значимість результатів дослідження.

В результаті аналізу поліморбідності та характеру фармакотерапії, комплаєнсу, якості життя і задоволеності медичною допомогою хворих похилого віку з психічними розладами вперше запропоновано оптимальний терапевтичний комплекс, що складається з раціонального фармакологічного навантаження і психотерапевтичного втручання, спрямованого на обізнаність пацієнта щодо свого захворювання, методів його лікування, а також створення ефективного терапевтичного альянсу, який забезпечує якісне медичне обслуговування та запобігає самолікуванню таких хворих.

Уперше було визначено, що високий рівень поліморбідності у пацієнтів похилого віку з психічними розладами не залежав від типу захворювання, збільшувався з віком. Також вперше виявлено, що пацієнти з тяжкими неконтрольованими і середньо-тяжкими соматичними захворюваннями мали більшу задоволеність медичною допомогою, але гіршу якість життя.

Уперше було доведено зв'язок низької якості життя поліморбідних пацієнтів похилого віку з психічними розладами з жіночим гендером, кількістю супутніх захворювань, віком і об'ємом фармакотерапії. Уперше було виявлено суб'єктивну недостатність для пацієнтів саме комунікативного компонента в лікуванні за показниками задоволеності медичною допомогою.

Уперше було відмічено зв'язок між задоволенням медичною допомогою, об'ємом фармакотерапії в постійній лікувальній схемі і униканням додаткових ліків, а також проживанням на самоті. Вперше серед пацієнтів, схильних до самолікування, були визначені більш виражені зміни якості життя, але менш – задоволеності медичною допомогою після лікування.

Практичне значення одержаних результатів. Отримані дані дозволяють впровадити оптимальний алгоритм лікування поліморбідних пацієнтів похилого віку з психічними розладами: первинне обстеження щодо основного і супутніх захворювань → аналіз фармакотерапевтичного навантаження → призначення оптимальної фармакотерапії за стандартами лікування наявних у пацієнта захворювань, асоційованої з психотерапією, спрямованою на обізнаність хворого щодо свого захворювання, методів його лікування, створення терапевтичного альянсу, запобігання самолікуванню. Запровадження такого терапевтичного комплексу сприяє підвищенню комплаєнсу, якості життя і задоволеності медичною допомогою пацієнтів із зазначеною патологією.

Теоретично і практично структуровані результати, що отримані у ході дослідження, призначені для застосування в освітніх програмах вищих медичних навчальних закладів, практичній роботі психіатрів, психотерапевтів, лікарів внутрішньої медицини, медичних психологів та впроваджені у лікувально-діагностичну роботу КЛПУ «Міська психіатрична лікарня м. Краматорськ», КЛПУ «Міська психіатрична лікарня м. Констянтинівка», КЛПУ «Міська психіатрична лікарня № 7 м. Маріуполь», КЛПУ «Обласна психіатрична лікарня м. Слов'янськ», КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» Запорізької обласної ради, а також у навчально-педагогічний процес кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ДонНМУ ім. М. Горького.

Особистий внесок здобувача. Дисертантом було самостійно проведено інформаційно-патентний пошук, аналітичний огляд сучасної літератури з обраної теми, розроблено програми діагностичного дослідження, забезпечено його проведення, виконана статистична обробка даних. Особисто проведено науковий аналіз та інтерпретацію отриманих результатів, на основі чого сформульовано та обґрунтовано висновки дисертаційної роботи. Наведені у рукопису ідеї та дані є повністю інтелектуальними здобутками та напрацюваннями автора.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційної роботи доповідалися й обговорювалися на таких конгресах, з'їздах, конференціях: IV національний конгрес неврологів, психіатрів та наркологів України «Доказова медицина в неврології, психіатрії та наркології. Сьогодення та майбутнє», 3–5 жовтня 2012 р., м. Харків, Україна; X міжобласна науково-практична конференція «Психосоматика: мультидисциплінарний підхід», 28–29 листопада 2012 р., м. Вінниця, Україна; V науково-практична міжрегіональна конференція «Інтегративні підходи в діагностиці і лікуванні психічних та психосоматичних розладів», 14 березня 2013 р., м. Вінниця, Україна; науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання судової і соціальної психіатрії 21 століття», 18–19 квітня 2013 р., м. Житомир, Україна; науково-практична конференція з міжнародною участю «Когнітивні порушення в психіатрії», 16–17 вересня 2013 р., м. Алушта, Україна; XI міжобласна науково-практична конференція «Психосоматика: мультидисциплінарний підхід», 27–28 листопада 2013 р., м. Вінниця, Україна; науково-практична конференція «Персоніфікована терапія психічних розладів: проблеми і рішення», 24–25 квітня 2014 р., м. Харків, Україна; науковий симпозіум з міжнародною участю «Мультидисциплінарний підхід до надання неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги в Україні», 9–10 жовтня 2014 р., м. Одеса, Україна; XII міжобласна науково-практична конференція «Психосоматика: мультидисциплінарний підхід», 18–19 листопада 2014 р., м. Вінниця, Україна; науково-практична конференція «Психотерапія та психоаналіз: надбання та перспективи розвитку в 21 столітті», 28 лютого 2015р., м. Київ, Україна; науково-практична конференція «Стрес та серцево-судинні захворювання: національна стратегія в сучасних умовах України» (читання, присвячені пам'яті академіка М. Д. Стражеска), 4–5 березня 2015 р., м. Київ, Україна; науково-практична конференція «Обіг контрольованих препаратів у практиці сімейного лікаря», 17–18 вересня 2015 р., м. Ірпінь, Україна; науковий симпозіум з міжнародною участю «Мозок та стрес», 1–2 жовтня 2015 р., м. Дніпропетровськ, Україна; XIII міжобласна науково-практична конференція

«Психосоматика: мультидисциплінарний підхід», 25 листопада 2015 р., м. Вінниця, Україна; науково-практична конференція з міжнародною участю «Від спеціалізованої психіатричної допомоги до системи охорони психічного здоров'я», 14–15 квітня 2016 р., м. Київ, Україна; науково-практична конференція з міжнародною участю «Когнітивні порушення при неврологічних, психічних та наркологічних захворюваннях», 6–7 жовтня 2016 р., м. Ужгород, Україна; V національний конгрес неврологів, психіатрів і наркологів України «Неврологічна, психіатрична та наркологічна допомога в Україні: тенденції розвитку та сучасні виклики», 16–17 березня 2017 р., м. Харків, Україна.

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 11 наукових праць, з яких 8 статей у фахових журналах, які затверджені МОН України (з них 1 – одноосібно); з них у міжнародних фахових журналах та виданнях, включених в науко – метричні бази – 2 статті; 3 тези доповідей у матеріалах наукових конференцій, конгресів тощо.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена на 167 сторінках машинопису (з них 142 сторінки – основний текст). Дисертація складається із вступу, аналітичного огляду літератури, 4 глав власних досліджень, аналізу й узагальнення результатів дослідження, висновків і списку використаних джерел. Матеріали дисертації ілюстровані 36 таблицями й 5 рисунками. Бібліографічний список містить 163 джерела, з них 142 – закордонних.

Список використаних джерел

1. Пінчук І. Я., Чайковська В. В., Стаднюк Л. А. [та ін.]. Актуальні питання геронтопсихіатрії: навч. посіб. Тернопіль: ТзОВ «Терно-граф», 2010. 432 с.
2. Чабан О. С., Хаустова О. О. Депресивні розлади у пацієнтів похилого віку: проблеми діагностики і терапії. *НейроNEWS*. 2014. № 2. С. 14-20.
3. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психосоматична коморбідність і якість життя у пацієнтів похилого віку. *НейроNEWS*. 2016. № 2. С. 8-12.

4. Подколзин А. А., В. Н. Крутько, В. И. Донцов [и др.]. Количественная оценка показателей смертности, старения, продолжительности жизни и биологического возраста: учеб.-метод. пособие для врачей. Москва, 2001. С. 45–55.
5. На пути к достижению международного консенсуса в вопросах политики по оказанию долгосрочной помощи лицам пожилого возраста. ВОЗ. Женева, 2005. 14 с. http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_HSC_AHE_00.1_rus.pdf
6. Какова эффективность служб охраны психического здоровья для лиц пожилого возраста? *Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ*. 2004.
7. Пінчук І. Я. Медико-соціальне обґрунтування системи надання допомоги населенню похилого віку з вадами психічного здоров'я: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец. 14.02. 03 – соціальна медицина. Київ, 2011. 37 с.
8. World Report on Ageing and Health. World Health Organization. Geneva, 2015. 246 p.
9. Калугін І. В., Хаустова О. О. Проблеми поліморбідності та адекватної фармакотерапії у пацієнтів похилого віку. *Архів психіатрії*. 2013. Т. 19, № 4 (75). С. 118–123.
10. Goodwin N., Sonola L., Thiel V., Kodner D. L. Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. London: The King's Fund, 2013. URL: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/co-ordinated-care-for-peoplewith-complex-chronic-conditions-kingsfund-oct13.pdf.
11. Bernabei R., Landi F., Onder G. [et al.]. Second and third generation assessment instruments: the birth of standardization in geriatric care. *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.* 2008. Vol. 63 (3). P. 308–313.
12. Lobo-Escolar A., Saza P., Marcosc G. Somatic and psychiatric comorbidity in the general elderly population: Results from the ZARADEMP Project. *Journal of Psychosomatic Research*. 2008. Vol. 65, Iss. 4. P. 347–355.

13. Van der Leeuw G., Gerrits M. J., Terluin B. [et al.]. The association between somatization and disability in primary care patients. *J. Psychosom. Res.* 2015. Vol. 79 (2). P. 117–122.
14. Laaksonen M., Blomgren J/, Tuulio-Henriksson A. Sickness allowance histories among disability retirees due to mental disorders: A retrospective case-control study. *Scand. J. Public Health.* 2015. pii: 1403494815618314. [Epub ahead of print]
15. Baumeister H., Balke K., Härter M. Psychiatric and somatic comorbidities are negatively associated with quality of life in physically ill patients. *J. Clin. Epidemiol.* 2005. Vol. 58 (11). P. 1090–1100.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ З ПОЛІМОРБІДНІСТЮ

Старіння людської популяції, що невинно прогресує, на даний час постало найважливішою проблемою більшості країн світу. За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) до 2050 року чисельність літніх людей досягне 2 мільярдів і перевищить чисельність дітей у віці до 14 років [1, 2].

За даними оприлюдненого до Міжнародного дня людей похилого віку звіту ВООЗ у 2015 році, до того ж до 2050 року кількість осіб понад 60 років має збільшитися вдвічі, що, у свою чергу, потребує кардинальних соціальних змін у більшості країн.

В Україні, як і у світі в цілому, також спостерігається старіння населення: вже з 2010 року питома частка популяції осіб віком понад 60 років сягнула понад 20 % (табл. 1.1) [1].

З часом цей показник набирає зростання, сягаючи у 2013 році 21,2 %.

Таблиця 1.1

Відносна чисельність населення України у віці понад 60 років (2008–2013 рр.)

Рік	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Чисельність населення віком понад 60 років в популяції, %	19,94	19,97	20,11	20,38	20,76	21,20

За шкалою демографічного старіння Е. Россет Україна входить до переліку країн, що перебувають на етапі «демографічної старості» [2].

У більшості пострадянських країн також спостерігається незмінне зниження народжуваності, тривалість життя не росте, смертність в літньому віці практично не зменшується [3, 4]. У країнах ЄС-25 за проспективним аналізом до 2040 року 28 % населення матиме вік понад 65 років [4].

Період, потрібний або очікуваний, для зростання відсотка населення у віці 60 років і старше з 10 % до 20 % був досить тривалим у Франції (з 1850 по 2000 роки). У 1980 році цього рубежу досягли Швеція і Англія, відповідно витративши 100 і 80 років. США мають приблизно такий самий темп постарішення населення (80 років) і за два роки теж перетнуть межу у 20 %. Найбільш стрімким виявилось постаріння населення Японії, у якій ще 10 % осіб похилого віку додалося менше ніж за 40 років вже у 2000 році.

Навіть країни з достатньо високим потенціалом народжуваності – Китай, Бразилія та Індія – стрімко наближаються до позначки в 20 % населення похилого віку від загальної популяції у найближчі 20–40 років [4].

1.1 Психічні розлади у пацієнтів похилого віку

Швидка урбанізація викликає особливі проблеми в літньому віці. Зміни в суспільстві почасти руйнують звичні життєві стереотипи літніх людей і, здається, не залишають їм суттєвої соціальної ролі ні в сім'ї, ні в громаді. Часто люди похилого віку соціально ізольовані, багато часу проводять дома наодинці, в лікарнях чи в межах будинку для престарілих, де їх основні соціальні зв'язки або зруйновані, або пов'язані лише з іншими однаково відчуженими старими людьми.

Існує багато доказів підвищення захворюваності, смертності, госпіталізації та втрати нормального функціонального стану, пов'язаного з загальними психічними розладами у літніх пацієнтів. Збільшення кількості осіб похилого віку означає безпосереднє збільшення вікових захворювань, таких, як деменція, та вад психічного здоров'я (депресія, тривога, самогубство та серйозні обмеження якості життя осіб похилого віку) [5].

Поширеність психічних розладів є високою серед людей похилого віку, [5, 6] вона сягає майже 20 % у осіб без деменції у віці понад 65 років [5]. Хоча більшість осіб в епідеміологічних дослідженнях молодше 90 років, останнім часом повідомлялося, що майже у однієї третини осіб без деменції у віці 95 років виконувалися критерії психічного розладу: 17 % мали депресію, 9 % тривогу та 7 % – психотичний розлад [4].

Визначення аналогічних показників є дуже важливим для української популяції пацієнтів похилого віку. За статистичними даними МОЗ України, психічні розлади лишаються в першому десятку серед причин інвалідизації людей похилого віку, 11 % осіб старше 60 років потребують кваліфікованої психіатричної допомоги від 10 до 15 % осіб понад 60 років, – а у віці понад 80 років цей показник зростає до 20–25 % осіб. Серед усіх пацієнтів, які отримують довгострокове психіатричне лікування, особи віком понад 65 років складають половину, і, приблизно, п'яту частину пацієнтів, які вперше потрапили до психіатричного стаціонару [2].

Відомо, що міру збільшення кількості людей похилого віку число дорослих пацієнтів з шизофренією в світі також зростає. Було проведено 10-річне дослідження осіб похилого віку з шизофренією з загальною кількістю 31 588 досліджених з середнім віком 70 років [6]. До кінця дослідження були всі 65 років або старше. Клінічні дані для цих пацієнтів були отримані з системи Regenstrief Medical Record, найстарішої операційної електронної системи медичного обліку в США, та свідчили про зменшення загальної тривалості життя таких пацієнтів на 20–25 років, ніж у людей без психічних захворювань. Автори відмітили, що шизофренія однаково впливає на чоловіків і жінок, з однаковими показниками у всіх етнічних групах. Пацієнти з шизофренією також мали вищі показники інших серйозних захворювань, таких, як серцеві захворювання та захворювання легень, а також більш високі показники смертності, ніж ті, у кого немає шизофренії. Основним винятком був рак, для якого показники для людей з шизофренією були значно нижчими. У цьому дослідженні також було встановлено, що кількість відвідувань лікаря,

тривалість перебування в лікарнях, потреба у додатковому догляді та тривалість перебування в інтернаті для пацієнтів з шизофренією були значно більшими, ніж у пацієнтів без шизофренії.

Автори дійшли висновку, що збільшення числа хворих старшого віку, особливо хворих на шизофренію, стає серйозним тягарем для системи охорони здоров'я і вимагатиме розробки нових інтегрованих моделей охорони здоров'я, що включатимуть зв'язки між системами охорони фізичного та психічного здоров'я. Вони також наголошують на необхідності скріпити психічну та фізичну охорону здоров'я в клініках, де пацієнти похилого віку можуть почуватися комфортно, і де їх можуть лікувати клініцисти, які розуміють їх серйозні психічні розлади та фізичні хвороби [6].

Дійсно, більшість досліджень з шизофренії зосереджувалися головним чином на молодших пацієнтах, але зміна демографічних показників на набагато більшу кількість людей похилого віку допомогла збільшити інтерес до людей похилого віку з шизофренією. У Центрі досліджень Каліфорнійського університету в Сан-Дієго у відділі геріатричної психіатрії дослідники вивчали шизофренію у людей похилого віку протягом кількох років. Вони вважають, що до 0,5 % людей віком старше 65 років мають шизофренію [7] і цей показник зростатиме в найближчі 30 років

Хоча більшість людей з шизофренією мають ранній початок захворювання – шизофренія розвивається в другому або третьому десятилітті життя – у меншості пацієнтів хвороба з'являється в середні роки або навіть після 65 років. Такі пацієнти складають від 15 % до 20 % від усіх літніх пацієнтів з шизофренією та часто страждають на параноїдну форму шизофренії. Цікаво, що такі пацієнти здебільшого мають обтяжливу спадковість щодо шизофренії і за даними КТ сканування або МРТ головного мозку не мають інсульту, пухлин або інших аномалій, які могли б призвести до розвитку психозу у середньому та пізньому віці [8].

Антипсихотичні ліки пропонують найбільш ефективне лікування для пацієнтів будь-якого віку з шизофренією (і для психотичних симптомів взагалі).

Пацієнти з пізнім початком шизофренії можуть вимагати приблизно половину антипсихотичної дози, що зазвичай приймають літні пацієнти з раннім початком шизофренії. Лікування, як правило, необхідне для літніх хворих на шизофренію протягом багатьох років, хоча доза може зменшуватися зі старінням [8].

Психосоціальне лікування є дуже корисним доповненням до фармакологічної терапії. Крім того, когнітивно-поведінкова терапія і тренінг соціальних навичок, підтримуюча психотерапія також цінні. Когнітивно-поведінкова терапія і тренінг соціальних навичок може поліпшити функціонування, менеджмент захворювання і зменшити афективні симптоми у літніх пацієнтів з шизофренією [9]. Дослідження показують, що зміна середовища на знайоме і бажане (наприклад, принесення з дому знайомих речей таких, як дзеркало в рамі, карта, покривало тощо) може полегшити страждання. Крім того, соціальні контакти та структуровані заходи, такі, як групові вправи, можуть принести користь літнім пацієнтам з психозом [10].

При оцінці психічного стану осіб похилого віку з психотичними симптомами (марення або галюцинації), потрібно мати на увазі, що цей стан може бути обумовлений не тільки шизофренією [11]. Дементуючі захворювання, зокрема хвороба Альцгеймера, є поширеними захворюваннями у цій популяції – у понад половини від усіх пацієнтів з хворобою Альцгеймера розвиваються психотичні симптоми [12, 13].

Було також висловлено припущення, що вік збільшує ризик появи психотичних симптомів у людей похилого віку поза межами шизофренії. Їх поширеність є значно вище серед людей у віці від 85 [14] до 95 років [15], ніж у молодших вікових групах [16]. Кількість чинників, що можуть впливати на частоту психічних розладів також зростає з віком.

Деменція у пацієнтів похилого віку – це загальна, серйозна та часто фруструюча проблема. До недавнього часу більшість статей у загальних медичних журналах орієнтувалися на відносно незвичну проблему деменції у

молодих пацієнтів. Демографічний перехід до все більш старого населення змушує нас переорієнтувати нашу увагу на деменцію у людей похилого віку, особливо за наявності супутніх соматичних захворювань [17].

Поширеність деменції та м'яких форм когнітивного зниження зростає з віком. Тому деменцію та когнітивні симптоми необхідно враховувати у всіх дослідженнях осіб похилого віку, особливо у віці 80 років і старше. Природньо, що люди з деменцією можуть не повідомити лікаря про деякі симптоми та інші фактори через проблеми з пам'яттю. Отже, дослідження людей похилого віку іноді навіть не оцінюють деменцію, що може бути однією з причин, через які повідомлялося про зниження з віком кількості психічних розладів за самозвітами пацієнтів. Дійсно, було визначено, що зниження з віком депресії та тривожних розладів зникає, якщо з дослідження вилучені пацієнти з деменцією [18, 19].

Більшість досліджень щодо психічних розладів у похилому віці стосувалися деменції та певною мірою депресії. Іншим психічним розладам, таким, як тривожні та психотичні розлади, приділяли менше уваги.

За даними лонгitudінального дослідження Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA) обстеження 1545 пацієнтів з тривожними і депресивними розладами був встановлений тісний зв'язок між соматизацією і втратою працездатності: 41,8 % при первинному обстеження; 31,7 % через рік спостереження. Затримка функціонального відновлення була притаманна насамперед пацієнтам другої половини життя [20]. Фінське ретроспективне дослідження 5544 випадків виходу на інвалідність пацієнтів з психічними захворюваннями, серед яких переважали біполярний розлад або депресія, показало, що приєднання соматичного захворювання підвищує ризик виходу на пенсію по інвалідності в 1,6–1,9 рази [21].

Окреме дослідження тривожних розладів у пацієнтів зрілого віку, що лікувались в психоневрологічному відділенні ДКЛ №1 ст. Київ, виявило в середньому 2,4 коморбідних соматичних захворювання на 1 пацієнта, серед

яких переважали ожиріння, артеріальна гіпертензія і ішемічна хвороба серця [22].

У популяційному дослідженні Longitudinal Aging Study Amsterdam [23] 271 пацієнтів літнього віку із клінічно значущими симптомами було визначено, що уповільнення швидкості ходи виявилось надійним прогностичним фактором хронізації симптомів депресії в кінці життя, незалежно від соматичної коморбідності. Соматична коморбідність (число хронічних захворювань, хронічна обструктивна хвороба легень, остеоартроз, судинні фактори ризику) або запалення погіршують перебіг депресії тільки на 2 %.

Було також досліджено зв'язок когнітивних порушень і депресії зі смертністю від усіх причин і окремо серцево-судинної смертності серед 676 літніх людей в сільській місцевості в Греції [24]. Двісті один пацієнт помер під час спостереження. Когнітивні порушення ($MMSE \leq 23$) були незалежно пов'язані зі смертністю від усіх причин (відношення ризиків [BP]: 1,57, 95 % довірчий інтервал [ДІ]: 1,13–2,18) і серцево-судинної смертності (ОР: 1,57, 95 % ДІ: 1,03–2,41). Помірна/важка депресії ($GDS > 10$) була в значній мірі пов'язана тільки зі збільшенням смертності від усіх причин на 51 %. Коморбідність когнітивних порушень і депресії збільшила смертність від усіх причин і серцево-судинну смертність на 66 % і 72 %, відповідно. Отже, коморбідність має бути ретельно оцінена, як незалежний індекс підвищеної крихкості, що в кінцевому підсумку скорочує тривалість життя.

Перехресне дослідження, яке було частиною амбулаторної геріатричної оцінки – в Frailty Intervention Trial (AGE-FIT, $N = 382$), дозволило оцінити доцільність використання тесту MMSE при наявності діагнозу деменції в медичній документації в популяції пацієнтів у віці ≥ 75 років з мультиморбідністю [25]. Такі пацієнти отримували стаціонарну медичну допомогу принаймні три рази протягом останніх 12 місяців, мали три або більше супутніх діагнозів відповідно до Міжнародної класифікації хвороб, 10-го перегляду. За даними дослідження MMSE-оцінка < 24 не дуже добре корелює з діагнозом деменції в медичній документації в популяції літніх людей

з мультиморбідністю. Це може означати, що зниження когнітивних функцій і діагноз деменції залишаються непоміченими у літніх людей з мультиморбідністю. Отже, проактивний догляд за людьми похилого віку з мультиморбідністю повинен бути спрямований на виявлення когнітивних порушень для надання необхідної допомоги і підтримки цій дуже вразливій групі.

За результатами тривалого рандомізованого контрольованого дослідження Prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial [26] протягом 2 років визначався вплив лікування депресії на зниження смертності від різних хронічних захворювань осіб віком від 60 років і старше ($N = 1226$). Пацієнти з серцево-судинними захворюваннями і великою депресією піддаються найбільшому ризику смерті, як при спостереженні, так і в процесі лікування. Люди похилого віку з великою депресією і цукровим діабетом мали менший, але статистично значущий ризик померти (відносний ризик – 0,47, 95 % довірчий інтервал – 0,24–0,91). Для інших хронічних соматичних захворювань точкові оцінки для ризику смерті не досягли статистичної значущості.

Соматичні симптоми депресії, такі, як втома, створюють діагностичну дилему при оцінці стану пацієнтів похилого віку з соматичними супутніми захворюваннями тому, що ці хвороби також можуть спричиняти подібні симптоми. Як альтернатива, соматичні симптоми, приписувані соматичній хворобі, насправді можуть бути викликані депресією. Аналіз більш тісного зв'язку соматичних симптомів з хронічними фізичними проблемами або з депресією був проведений у 248 пацієнтів похилого віку [27]. За двома шкалами соматизації Asberg Side Effects Rating Scale та Utvalg for Kliniske Undersogelser (UKU) ці симптоми були в значній мірі пов'язані з психологічними симптомами депресії ($r = 0,73$ і $r = 0,76$, $p < 0,0001$), але не з соматичними супутніми захворюваннями ($r = 0,02$, $p = 0,16$ і $p = 0,10$, $p = 0,78$). У моделях множинної регресії психологічні симптоми депресії залишалися значущими предикторами соматизації ($p < 0,0001$) після врахування віку, статі та

медичних супутніх захворювань. Отже, у літніх пацієнтів з соматичними розладами і множинними соматичними скаргами клініцистам слід розглянути можливість появи депресії. Оціночні шкали, що підкреслюють соматичні симптоми, пов'язані з депресією, можуть забезпечити більш точне вимірювання тяжкості депресії.

Отже, депресія і деменція на тлі соматичної патології є основними психічними розладами, ведення яких проводиться в рамках служб охорони психічного здоров'я осіб похилого та старечого віку. Ці два види порушень стану здоров'я стають причиною 60–75 % всіх випадків звернення складних пацієнтів з коморбідною патологією по допомогу [27].

Ще два дослідження також продемонстрували переваги спільного підходу в наданні первинної медико-санітарної допомоги до лікування депресії у осіб похилого та старечого віку [28, 29]. В Австралії проведено дослідження по вивченню комплексних заходів на рівні населення щодо депресії, які включали багатопрофільні співпрацю та консультації, навчання пацієнтів і осіб, які здійснюють догляд, а також просвітницькі програми з питань депресії та участі пацієнтів в громадських заходах [28]. Через дев'ять з половиною місяців спостереження група пацієнтів, у відношенні якої проводилися досліджувані заходи, мала значно кращі результати за шкалою геріатричної депресії (Geriatric Depression Scale) в порівнянні з контрольною групою, яка отримувала звичайний догляд, хоча клінічна значущість ступеня зміни була не ясна.

В ході великого проведеного в Америці багатоцентрового дослідження вивчалася вибірка пацієнтів похилого віку чисельністю 1801 осіб, які мали доступ до співробітника, який вів кожен випадок депресії під контролем психіатра, а також до фахівця первинної ланки. Використовувалися такі види роботи: навчальні програми, ведення випадків захворювання депресією, а також підтримуючу терапію антидепресантами, які проводилися лікарем пацієнта з первинної ланки, або короткий курс психотерапії. Через 12 місяців результати лікування у цієї групи пацієнтів були значно краще в порівнянні з

групою, що одержувала звичайну допомогу: у 45 % пацієнтів першої групи спостерігалось 50 %-ве зниження вираженості депресивних симптомів у порівнянні з 19 % – в контрольній групі. Спостерігалися також значні переваги щодо поліпшення якості життя і здатності виконувати повсякденні функції [29]. Ці два дослідження надають докази (II рівень якості) того, що співпраця спеціалізованої психіатричної та первинної медико-санітарної допомоги може служити ефективною моделлю виявлення і ведення психічних розладів депресії у осіб похилого віку з соматичними захворюваннями.

Було продемонстровано, що використання керівних принципів і протоколів лікування, заснованих на сучасних дослідженнях, покращують якість медичної допомоги в галузі охорони психічного здоров'я дорослих людей всіх вікових груп [30, 31].

Таким чином, на основі комплексного аналізу психосоматичної коморбідності і якості життя пацієнтів похилого віку можна стверджувати, що на сучасному етапі змінюється зміст надання допомоги цьому контингенту: відбувається перехід з вузько медичного підходу до комплексного медико-соціального впливу з орієнтацією на здорову активну людину, сімейний принцип обслуговування з вираженою профілактичною спрямованістю. Передбачається забезпечення догляду в інтегрованій моделі обслуговування, яка має багатосторонній характер, із здійсненням конкретних втручань для різних видів психічних порушень [32, 33]. Враховуючи темпи старіння населення світу, Генеральна Асамблея ООН відзначила значний внесок осіб похилого віку в життя світової спільноти в цілому і кожної країни зокрема. Особливий акцент був зроблений на необхідності забезпечити повноцінне життя людям похилого віку з можливістю повного використання життєвого досвіду і знань цієї категорії населення. Разом з тим зміна соціального статусу людини в старості внаслідок припинення/обмеження трудової та громадської діяльності, трансформація ціннісних орієнтирів, способу життя і спілкування, а також виникнення труднощів у соціально-побутовій та психологічній адаптації до нових умов життя на пенсії породжують серйозні соціальні й психологічні

проблеми, які поки залишаються за межами уваги і діяльності соціальних служб та державних програм для осіб похилого віку [33].

1.2 Поліморбідність у пацієнтів похилого віку з психічними розладами і особливості фармакотерапевтичного навантаження

Чим старшою є людина, тим більше ймовірність того, що вона буде страждати від хронічних захворювань (соматичних і психічних) та інвалідності внаслідок онкологічних захворювань, серцево-судинних хвороб, переломів, недоумства і інших станів. Крім цього, все більша кількість пацієнтів буде піддана впливу одночасно кількох хворобливих станів. Сполучення окремих хвороб у кожного пацієнта, ступінь їх прогредієнтності значною мірою залежать як від конституціональної нейросоматичної уразливості генетичної predisпозиції, так і від алоstaticкого навантаження у вигляді періодичних гострих та/або хронічних стресів.

Відомо, що з віком у людей збільшується частота субклінічних і клінічно окреслених хворобливих станів, які є наслідком цивілізаційного впливу і формують основні хронічні неінфекційні захворювання. До них відносяться: зниження толерантності до вуглеводів, яке супроводжується гіперглікемією, гіперінсулінемією та інсулінорезистентністю; ожиріння, що сполучається з підвищенням порога чутливості вентромедіального центра гіпоталамуса до глюкози й інсуліну; атеросклероз, що супроводжується гіперхолестеринемією, гіпертригліцеридемією та гіперінсулінемією; гіперадаптованість з одночасним підвищенням активності симпатико-адреналової і гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової систем; гіпертонічна хвороба; метаболічна імунодепресія, пов'язана з нагромадженням у клітинних мембранах холестерину, дією кортикостероїдів і гіперхолестеринемією; аутоімунні порушення, які супроводжуються зниженням функції Т-супресорів; клімакс (зниження продукції естрогенів і різке посилення продукції гонадотропінів); психічна депресія, пов'язана з порушенням обміну в гіпоталамусі біогенних амінів [33, 34].

Ранні старіння і смерть людей середнього віку вже стали актуальною проблемою суспільства. Хоча у літніх людей почасти немає великого громадського і сімейного тиску, але організм стає старим, і багато проблем зі здоров'ям, які накопичилися раніше, проявляються, погіршуючи якість життя. За даними ВООЗ, кожна людина середнього і похилого віку приблизно має не менше чотирьох офіційно зафіксованих захворювань [33, 35]. Найбільш тяжкою в курації таких хворих постає поліморбідність (мультиморбідність) – одночасна наявність в одного пацієнта кількох соматичних захворювань, можливо, в поєднанні з розладами психіки. Ці патології часто мають хронічний перебіг зі стертою клінічною симптоматикою, що зумовлює пізні звертання пацієнта похилого віку за медичною допомогою. Наявність кількох захворювань з різним патогенезом потребує вимушеної політерапії на тлі зміненої під віковим впливом фармакодинаміки та фармакокінетики лікарських засобів. Слід також враховувати присутність атеросклерозу, процесів атрофії мозку, апоптозу нервових клітин, що, врешті-решт, нерідко призводить до поліпрагмазії (надлишкового призначення препаратів лікарем) у поєднанні з фармакоманією (неадекватним прагненням до прийому ліків, що можуть спричинити розвиток медикаментозної залежності).

Наприклад, в Німеччині майже чверть 70–85-річних людей мають одночасно 5 або більше хвороб [36]. Аналогічні показники демонструють багато інших країн. Вплив мультиморбідності на функціонування, а також на використання і вартість послуг охорони здоров'я, часто є значно більшим, ніж можна було б очікувати в результаті окремого впливу цих станів, всебічні оцінки яких є набагато кращими прогностичними показниками виживання і інших результатів здоров'я, ніж присутність окремих хвороб або, навіть, кількості супутніх захворювань або ступеню коморбідності [37, 38].

На репрезентативній вибірці населення похилого віку (4803 осіб у віці ≥ 55 років) в рамках проекту ZARADEMP [39, 40] була перевірена гіпотеза щодо зв'язку між загальною соматичною і загальною психічною захворюваністю. Загальна коморбідність сягала 19,9 % пацієнтів за умови

видалення артеріальної гіпертензії з категорії соматичних станів, а 33,5 % вибірки не мали коморбідних станів взагалі. Загальні супутні захворювання були пов'язані з віком, жіночою статтю і низьким рівнем освіти, але систематично не збільшувались з віком. Частота психічних захворювань була вище серед соматичних хворих, ніж серед фізично здорових, а частота соматичної захворюваності серед психіатричних випадків була вище, ніж серед психічно здорових осіб. Ця асоціація між соматичними і психічними захворюваннями залишалась статистично значущою після врахування віку, статі та освіти (ставлення шансів (OR) = 1,61; довірчий інтервал (ДІ) = 1,38–1,88). Більшість соматичних захворювань була пов'язана з психічним захворюванням, але після коригування демографічних показників і окремих соматичних захворювань, асоціація залишалася статистично значущою тільки для інсультів (CVAS) (OR = 1,47; CI = 1,09–1,98) і захворювань щитовидної залози (OR = 1,67 ; CI = 1,10–2,54). Автори зауважили [40], що це було перше дослідження, що документально підтвердило існування позитивного і статистично значущого зв'язку між загальносоматичною і психіатричною захворюваністю населення похилого віку, особливо щодо значущості цереброваскулярних захворювань і захворювань щитовидної залози.

Люди похилого і старечого віку хворіють частіше і мають, як правило, не одне хронічне захворювання. У більшості випадків кожне з них вимагає постійної фармакотерапії. В середньому, при клінічному обстеженні хворих у віці 60 років і старше діагностується не менше чотирьох – п'яти різних хронічних патологічних станів в різних фазах і стадіях [33, 40]. Саме поліморбідність змушує пацієнтів похилого віку звертатися і спостерігатися у лікарів різних спеціальностей. 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, а в кінцевому підсумку – значно знижує комплаєнс у взаєминах лікаря і пацієнта [41].

Переважна кількість наукових досліджень щодо вивчення поліморбідності була проведена на вибірках пацієнтів первинної мережі з соматичною патологією [42]. Але широке вивчення сумісної соматичної та психічної патології мало місце і в галузі нейронаук. Вивчення коморбідності психічних і соматичних захворювань на прикладі шизофренії, біполярного афективного розладу, депресивних і тривожних розладів, когнітивних розладів довело наявність позитивного статистично значущого зв'язку між загальною соматичною і психіатричною захворюваністю, в тому числі осіб похилого віку [6, 7, 8]. Причому, за допомогою психонейроімуноендокринології для багатьох складних поєднаних хвороб були визначені спільні патогенетичні ланки [42].

В дослідженні пацієнтів у віці 39–90 років (середній вік 65 років) середня кількість супутніх захворювань склала 2,3 (діапазон 1–7). Основними модифікаторами терапевтичної поведінки в цьому дослідженні були визначені: сподівання щодо здоров'я пацієнтів, відносини між пацієнтом і лікарем, мотивація пацієнтів та сприйняття ними контролю захворювань. Важливо, що учасники дослідження 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. Вони також хотіли отримання індивідуалізованої медичної допомоги, яка мала б брати до уваги їхні уподобання і особистісні та емоційні особливості [43, 44].

1.3 Прихильність до лікування, комплаєнс і терапевтичний альянс

Прихильність до лікування, або комплаєнс, являє собою досить складну і динамічну поведінку, основні патерни якої визначаються багатьма аспектами, такими, як соціально-економічний статус самого пацієнта, професійні якості медичних працівників та особливості системи охорони здоров'я, особливості самого хворобливого хронічного стану, його терапії і фактори, пов'язані з пацієнтом [45, 46, 47].

За оцінками різних досліджень, близько половини пацієнтів не дотримуються режиму тривалої терапії при хронічних захворюваннях, що був

призначений лікарем [45, 46, 48]. Така неприхильність до лікування постає не тільки проблемою індивідуального здоров'я кожного окремого пацієнта, але й виступає основною проблемою громадського здоров'я, враховуючи як значні негативні наслідки для пацієнтів у вигляді втрати ефективності лікування, так і для системи охорони здоров'я у вигляді збільшення витрат на надання медичної допомоги [48]. Отже, з огляду на поширеність хронічних захворювань, існує очевидна потреба в комплаєнс-терапії, особливо з огляду на швидке зростання поширеності хронічних захворювань і поліморбідності, особливо в розвинутих країнах, де до 40 % населення має як мінімум один хронічний стан, а для людей похилого віку цей показник зростає вдвічі [48].

Тема комплаєнсу (прихильності до лікування) дотримання ліків розглядалась за допомогою якісних та кількісних досліджень, завдяки чому було визначено велику кількість факторів ризику, які відіграють роль бар'єрів або помічників дотримання призначеної терапії. Втім, більшість досліджень була зосереджена на прихильності пацієнтів до певного різновиду специфічного лікування або терапії окремих хворобливих станів [49, 50], а точка зору пацієнта щодо його комплаєнсу при лікуванні хронічних станів була врахована тільки в декількох [49, 50]. Більш того, через зростаючий тягар хронічних захворювань та збільшення поширеності пацієнтів з декількома супутніми захворюваннями важливо вивчати прихильність до терапії не тільки у пацієнтів з ізольованими хворобливими станами, але і поліморбідністю.

Для кращого розуміння особливостей створення і підтримання комплаєнсу та відповідної розробки втручань для його поліпшення, може бути корисним вивчення факторів впливу. Жодна окрема теорія станом на сьогодні не може адекватно врахувати всі аспекти прихильності/неприхильності до лікування, оскільки кожна з них має свої переваги та свої недоліки.

Отже, йдеться про об'єднання окремих аспектів різних теорій, що й може забезпечити краще розуміння цієї теми. Так, за положеннями комунікативних теорій комплаєнсу рівноправні стосунки між пацієнтом та лікарем (суб'єкт-

суб'єктні відносини) можуть покращити прихильність за рахунок емпатії і доброзичливості. Проте реальна зміна рівня прихильності до лікування в цих випадках не гарантується, оскільки ці теорії не враховують переконання пацієнтів та їх ставлення до лікувально-діагностичного процесу [51].

З точки зору когнітивних моделей комплаєнсу, таких, як модель сподівання на видужання та теорія обґрунтованої дії, які більшою мірою зосереджені на зміні саме поведінки пацієнта, а не на процесі лікування, вважається, що ставлення пацієнтів до терапії, їх сподівання та очікувані результати є основними детермінантами формування поведінки пацієнта в області збереження/підтримання власного здоров'я, включаючи їх прихильність до прийому медикаментів [52, 53]. Ці теоретичні конструкти наголошують, що пацієнти в процесі терапії діють так, як на їх думку буде найбільш ймовірно досягти позитивних результатів щодо змін здоров'я відповідно до власних переконань.

Базова модель саморегуляції передбачає, що окремі особи формують власні когнітивні пізнавальні уявлення про сутність хвороби за п'ятьма вимірами: причинністю, наслідками, керованістю, індивідуальною клінічною картиною хворобливого стану та часовою шкалою [54]. Згідно з цією теорією прихильність до медикаментів базується на когнітивних факторах пацієнта та плануванні, отже пацієнти є активними і, певною мірою, самостійними регуляторами в вирішенні проблем власного здоров'я.

Близько 50 % хворих не приймають тривалої терапії при хронічних станах, як це передбачено. Багато досліджень було зосереджено на дотриманні пацієнтами певного лікування або окремих умов способу життя, але лише деякі з них враховували всі лікарські рекомендації, корегуючи їх з точки зору пацієнта. Було проведено іспанське дослідження з метою вивчення чинників, що впливають на відповідність дотримання поліморбідними пацієнтами лікарських рекомендацій, та визначити стратегії покращення комплаєнсу з точки зору пацієнтів з хоча б одним хронічним захворюванням. За результатами якісного аналізу аудіозаписів інтерв'ю пацієнтів 39–90 років (у

середньому 65 років) з середнім числом супутніх захворювань 2,3 (діапазон 1–7) в рамках п'яти фокус-груп (N = 36) було виявлено, що основними модифікаторами терапевтичної поведінки були: сподівання пацієнтів щодо свого здоров'я, взаємовідносини між пацієнтом і лікарем, а також мотивація пацієнтів та дотримання контролю захворювань. Обрана для дослідження методологія фокус-групи дозволила виявити різноманітність думок пацієнтів, тобто отримати широкий спектр поглядів на тему комплаєнсу за порівняно короткий проміжок часу, на відміну від поглиблених інтерв'ю [55]. Крім того, групова взаємодія дозволила учасникам з'ясувати та вивчити спільні перспективи. Особливо цінним у наведеному дослідженні є отримання інформації від категорій пацієнтів, які мають високий рівень само стигматизації і стигматизації суспільством. Йдеться про пацієнтів з когнітивними порушеннями і пацієнтів з неконтрольованими психічними захворюваннями, які відповідають клінічному профілю пацієнтів геронтопсихіатричного стаціонару, включених в дисертаційне дослідження.

Учасники дослідження хотіли більшої участі у прийнятті рішень стосовно їх здоров'я та підвищення рівня освіти щодо їх хвороби та ліків. Вони також хотіли індивідуалізованого медичного обслуговування, яке б враховувало певні переваги особисто для них, а також їх особисті та емоційні проблеми. Автори наголошують, що взаємовідносини між пацієнтом та лікарем, а також такі фактори, як сподівання на видужання, мотивація на лікування та дотримання контролю захворювання, впливають на прихильність до ліків хронічними хворими. Майбутні втручання для оптимізації дотримання режиму лікування, на думку авторів, повинні бути спрямовані на спільне прийняття рішень та більш широке медичне навчання пацієнтів.

Роль гендерного фактору у формуванні та підтриманні комплаєнсу вивчалась досить ретельно, але були отримані неоднозначні результати. Деякі дослідження наголошували на кращій прихильності до лікування осіб жіночої статі [56, 57], в той час як інші дослідження свідчать про протилежні тенденції

[58, 59, 60] і решта досліджень взагалі не виявили взаємозв'язку між гендером та прихильністю до терапії [61, 62]. Аналіз результатів досліджень щодо гендерного фактору з урахуванням факторів поліморбідності, функціональної спроможності та ймовірної поліфармації/фармакоманії показав, що пацієнти жіночої статі частіше віддавали перевагу як відповідальному, так і упередженому ставленню до терапії перед індіферентним, що було відсутнє у чоловіків, за винятком осіб з поліфармацією/фармакоманією або високим рівнем функціональної неспроможності. Пацієнтами з поліморбідністю довготривале лікування сприймалося гірше, якщо воно не супроводжувалося хорошими клінічними результатами, в порівнянні з пацієнтами без коморбідної патології або з клінічно незначущими станами. Таке сприйняття вело до зниження рівня комплаєнтності, що, в свою чергу, опосередковано через відсутність адекватної терапії приводило до погіршення стану і зниження якості життя. На відміну від цього, пацієнти без коморбідної патології або з клінічно незначущими станами були більше стурбовані трансформацією актуальної стратегії особистого життя внаслідок хвороби, а не тривалістю лікування і постійним спостереженням в медичних центрах.

Описані вище дослідження дозволяють певним чином зрозуміти проблеми комплаєнса і прихильності до лікування, ґрунтуючись, в тому числі, на уявленнях пацієнта. Життя з хронічним захворюванням або захворюваннями охоплює повторювальні складні поведінкові патерни, які пацієнти повинні включати в свою повсякденну поведінку під впливом множинних факторів та модифікаторів. З цієї точки зору, індивідуальний досвід прихильності до терапії можна сприймати як постійну оцінку пацієнта з точки зору оцінки ефективності призначеної терапії для відновлення рівня їх соціального функціонування та особистісного ствердження. Отже, переконання пацієнтів щодо лікування є відправною точкою дотримання чи недотримання лікарських рекомендацій, яке впливає на комплаєнс як усвідомлено, так і несвідомо. Питання прийняття хвороби, можливості вилікуватись, отримати фармакологічну залежність особливо загострюються в свідомості пацієнта у випадках відсутності

задовільних результатів терапії після початкових очікувань, обтяжуючись побоюваннями щодо побічних ефектів та емоційною втомою від великого медикаментозного навантаження. Отже, фахівцям у галузі охорони здоров'я необхідно займатися хронічними пацієнтами та спілкуватися з ними стосовно переконань про їх здоров'я та надавати їм відповідну інформацію про хворобу та лікування, щоб підвищити позитивні результати лікування в цілому.

Поняттями комплаєнс і прихильність до лікування (адхіренс) більшою мірою ми оперуємо в старій патерналістичній моделі медицини, в якій пацієнти відігравали більш пасивну роль, тобто знаходились в суб'єкт-об'єктних відносинах з лікарем, які їх цілком влаштовували. Сталою тенденцією останніх десятиліть постає вже активний пошук пацієнтами (а почасти й членами їх родин) терапевтичного балансу між неможливістю вилікувати свою хворобу (шизофренію, епілепсію, цукровий діабет, ішемічну хворобу серця і багато інших захворювань), графіком дозування ліків та якістю життя. Завдяки цьому зараз ефективність лікування виражається як пошук найкращого співвідношення між правильною дозою та очікуваннями пацієнта. Отже, психоосвітня і психокорекційна робота з побоюваннями пацієнтів та адаптація схеми лікування до потреб та переваг пацієнтів може покращити дотримання рекомендацій лікаря.

Іншими вагомими факторами, що впливають на дотримання рекомендацій лікаря, які описані в численних дослідженнях, були довіра до лікуючого лікаря та відносини між лікарем і пацієнтом [64, 65]. Чим більша довіра до лікаря, тим більша довіра до лікування. Багато пацієнтів хотіли б змінити патерналістську модель допомоги у сфері охорони здоров'я на модель, в якій вони могли б обговорити своє лікування та цілі, які потрібно досягти завдяки призначенню ліків; вони хотіли отримати більш повну інформацію від фахівців охорони здоров'я, щоб більше займатися власним лікуванням. Отже, ми виходимо на тему терапевтичного альянсу, ініційованого навіть не лікарем, а пацієнтом. Ця тема терапевтичного альянсу багато в чому вивчалася в області

психотерапії, і багато досліджень вказують на те, що терапевтичний альянс відіграє важливу роль як предиктор хорошого клінічного результату [66]. У літературі також описано взаємозв'язок між належним дотриманням ліків та терапевтичним альянсом. Однак більшість досліджень на сьогоднішній день проводилась головним чином у дорослих пацієнтів з шизофренією та біполярним розладом без урахування феномену поліморбідності і особливостей реагування у похилому віці [67, 68].

За даними досліджень, від $\frac{1}{2}$ до $\frac{2}{3}$ пацієнтів підкреслюють, що незадоволені довготривалою регулярною терапією і відсутністю емоційної підтримки під час спілкування з лікарем. Цей аспект, пов'язаний зі спілкуванням з пацієнтом, і ці відносини можуть пояснити, чому збільшується кількість людей, які довіряють додатковим та альтернативним лікарським засобам [69].

Таким чином, в сучасній медицині існує потреба в цілісному психосоматичному підході, більш сфокусованому на людині, а не на хворобі. Пацієнти з поліморбідністю мають на меті не лікувати їх розлади, а поліпшити їхню якість життя. За умови вашого сприяння пацієнтові в більшому контролі за своїм захворюванням, якістю життя та побічними ефектами, з'явиться більша тенденція до його правильної терапевтичної поведінки. У пацієнтів з хронічними захворюваннями, особливо за умови поліморбідності, терапевтичний альянс, спільне прийняття рішень та краща психоосвіта є основними стратегіями покращення прихильності до терапії, навіть у пацієнтів похилого віку, які почасти вимушені приймати по декілька пігулок одночасно з приводу різних захворювань.

Літні пацієнти дійсно є одними з провідних споживачів лікарських засобів. Тому, одним з найважливіших завдань сучасної геріатрії є обґрунтування ефективних і безпечних підходів до індивідуального раціонального медикаментозного лікування з урахуванням вікових особливостей пацієнта похилого віку, який, як правило, страждає на декілька різних захворювань [70].

Як показали спостереження, досягти достатньої прихильності до лікування у пацієнтів похилого та старечого віку з психічними розладами набагато складніше, ніж у пацієнтів молодого і середнього віку з соматичними захворюваннями. У літніх хворих з психозами відсутнє критичне ставлення до свого стану [71]. Спроби надання медичної допомоги можуть сприйматися ними як насильство і викликають активну протидію. Разом з тим, пацієнти схильні до самотійного прийому ліків, що не були призначені, наприклад барбітуратів. Небажання лікуватися може бути пов'язано з маячним тлумаченням подій, наприклад, призначення ліків сприймається як «отруєння» з метою заволодіння майном. При депресії літній пацієнт може не приймати ліки не тільки через відсутність критики, а й через виражену рухову загальмованість, обумовлену як психічним станом, так і віковими змінами організму. При захворюваннях, що супроводжуються розвитком недоумства (атрофічні процеси, судинні ураження головного мозку та ін.), можливість формування терапевтичного співробітництва дуже низька через порушення пам'яті, осмислення ситуації, зниження критики [72].

Переконати хворих самотійно приймати ліки в період психозу або загострення іншого психічного захворювання дуже складно, тому лікування проводиться в стаціонарі. Як тільки поліпшення стану з формуванням критики сприяє досягненню терапевтичного альянсу, хворі починають приймати ліки самотійно і продовжують лікування амбулаторно. Однак при амбулаторному лікуванні терапевтичне співробітництво також може бути короткотривалим. Його «руйнування» може бути пов'язано з розвитком побічних ефектів, які особливо важко переносяться літніми хворими в домашніх умовах, з побоюванням, що тривале лікування може зашкодити здоров'ю, зі стигматизацією («ліки не дають забути про хвороби») [73]. Це, в результаті, призводить до повторної госпіталізації пацієнта в стаціонар.

Порушення режиму лікування і самолікування, невиконання рекомендацій лікаря літніми пацієнтами призводить до серйозних медичних наслідків, таких, як недостатня ефективність терапії, багаторазові перегляди

схеми лікування лікарем, побічні ефекти лікарських засобів, розчарування в успіху лікування. Низька прихильність до лікування є головною причиною зменшення вираженості лікувального ефекту, істотно підвищує ймовірність розвитку ускладнень, веде до зниження якості життя хворих і збільшення витрат на лікування [72, 73].

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, ніж удосконалення будь-якого конкретного методу лікування [73]. Навпаки, недотримання рекомендацій щодо лікування призводить до поганих клінічних результатів, збільшення захворюваності та смертності, а також непотрібних витрат на охорону здоров'я. Очікується, що в 2020 році кількість неінфекційних та психічних захворювань перевищить 65 % загального тягаря хвороб. З іншого боку, приблизно 50–60 % пацієнтів, особливо тих, хто страждає на хронічні захворювання, недотримуються призначеного режиму лікування [74].

Додатковим фактором ризику для пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю є використання потенційно невідповідних ліків. Самолікування серед людей похилого віку взагалі є серйозною проблемою громадського здоров'я, оскільки воно пов'язане із 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 наступні дані. Серед літніх пацієнтів, які щоденно вживали препарати, 82,6 % приймали принаймні один препарат без призначення лікаря, з них найбільш часто: 26,5 % – антипсихотики та 15,1 % – анальгетики. З усіх використовуваних препаратів 32,4 % були самолікуванням, причому 29,7 % з них були такими ліками, яких людям похилого віку слід уникати, незалежно від їхнього стану, 1,1 % – були неприйнятними ліками для літніх людей із певними захворюваннями або

синдромами, а 1,6 % – ліками, що слід використовувати з обережністю. У багатоваріантному аналізі авторами були визначені фактори, пов'язані з самолікуванням: поліфармація ($p = 0,0187$), цереброваскулярне захворювання ($p = 0,00336$), психічні розлади ($p < 0,0001$) та залежність ($p = 0,0404$) [75].

Інше дослідження показало, що у Франції понад 20 % госпіталізацій людей похилого віку є наслідком побічної дії прийнятих ліків, серед яких 50 % можна було запобігти [76]. Більш того, до 70 % психотропних препаратів в психіатричних стаціонарах призначались без урахування стану соматичного здоров'я пацієнта. Разом з тим, фармакологічні рекомендації при виписці з психіатричного стаціонару містили достовірно менше потенційно несприйнятливих ліків для літнього пацієнта в порівнянні з поступленням ($p < 0,001$) [76]. Отже, проблема нераціональної фармакотерапії в стаціонарі і проблема самолікування дійсно є значущими для пацієнтів похилого віку, особливо з психічними розладами і поліморбідністю [76].

Деякі дані вказують на те, що служби охорони психічного здоров'я для літніх людей більш ефективні, ніж геріатричні служби медичної допомоги, що існують окремо від служби охорони психічного здоров'я для дорослих. Був описаний досвід застосування мультидисциплінарного підходу до госпітальної курації 150 пацієнтів в віці в середньому $80,0 \pm 8,1$ років [77], які страждали від психічних супутніх захворювань і були госпіталізовані з причини появи будь-якого гострого соматичного стану. Від надходження до виписки пацієнти лікувались сумісно геріатром і психіатром. В результаті сумісного втручання було зменшено загальну кількість ліків, запропонованих при виписці з +1347 до 790 ($p < 0,0001$), а рівень побічних явищ для потенційно невідповідних ліків і помилкових призначень знизився з 77 % до 19 % ($p < 0,0001$) і від 65 % до 11 % ($p < 0,0001$) відповідно. Деменція і/або наявність інших психічних супутніх захворювань були прогностичними факторами для помилково або надмірно призначених ліків при виписці. Таким чином, сумісна курація має запобігти

призначенню потенційно невідповідних ліків, пов'язаних з ризиком розвитку небажаних лікарських реакцій, повторної госпіталізації або смерті [78].

1.4 Якість життя в похилому віці, вплив на неї психічних розладів і поліморбідності

Оцінка якості життя останніми роками також набуває більшого значення у світовій медичній практиці як показник загального стану пацієнта, ефективності лікувальних та реабілітаційних заходів, що проводяться, а також використовується, як прогностичний критерій захворювання. У літньому віці суб'єктивна оцінка якості життя впливає на перебіг соматичних і психічних розладів [79].

Дійсно, у літньому віці якість життя визначає результат лікування і прогноз захворювання. 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 в певний час. 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 осіб. Труднощі в повсякденному функціонуванні, порушення адаптації до змін навколишнього середовища, наявність когнітивного дефіциту і афективних розладів також сприяють погіршенню якості життя літніх людей [79].

Важливо, що якість життя літнього пацієнта значною мірою визначається ступенем його незалежності від сторонньої допомоги, здатністю керувати власним життям. З цього випливає висновок, що якість життя у таких пацієнтів залежить не стільки від кількості і тяжкості захворювань, скільки від наявної біопсихосоціальної ресурсної бази, копінг-стратегій і навичок вирішення проблем, активної участі в процесі лікування.

Наявність у пацієнтів похилого віку одночасно психічного і соматичного захворювання дуже сильно впливає на якість життя. Був проведений метааналіз

досліджень щодо відносин між соматичною і психіатричною коморбідністю у хворих із соматичними захворюваннями (порушення обміну речовин, хвороби дихальних шляхів, опорно-рухового апарату, серцево-судинної системи, травної системи, раку тощо) з урахуванням якості життя. Таким чином було виявлено 481 дослідження, в якому 45 відповідали критеріям включення. Загалом були зафіксовані істотні негативні кореляції між коморбідністю та якістю життя. Переважно це відносилось до соматичної та психіатричної коморбідності: 70,3 % щодо психосоціальних аспектів якості життя і до 100 % щодо якості життя в цілому [80]. Аналогічний систематичний огляд (7291 посилання і 65 первинних досліджень) був спрямований на вивчення асоціації між коморбідними психічними розладами та якістю життя у хворих з хронічними соматичними захворюваннями (цукровим діабетом, ішемічною хворобою серця, астмою, хронічним болем у спині і колоректальним раком). У осіб із соматичними захворюваннями та супутніми психічними розладами значно знизились показники якості життя в цілому ($d = -1,10$; 95 % ДІ = -1,34 до -0,86), фізичного ($d = -0,64$; 95 % ДІ = -0,74 до -0,53) і психосоціального компонентів ($d = -1,18$; 95 % ДІ = -1,42 до -0,95) у порівнянні з особами без психічних розладів. Цей результат підкреслює важливість виявлення та лікування супутніх психічних розладів у соматичних хворих [81].

Самооцінка, як відомо, є одним з найбільш важливих маркерів успішного старіння. У літніх людей самооцінка залежить від декількох факторів, зокрема, може бути пов'язана зі здоров'ям. Дослідження [81] провісників впливу на почуття власної гідності, пов'язаних зі здоров'ям літніх людей, вказало на визначальну роль обох компонентів: фізичних (соматичних) ознак і психічних (тривога / безсоння і депресія).

Дослідження, проведене в Каталонії (Іспанія) на 1192 пацієнтах старше 65 років [82], мало на меті оцінити коморбідність психічних розладів і хронічних соматичних захворювань та визначити їх вплив на якість життя. Найбільш часто у чоловіків і жінок було поєднання розладів настрою з хронічним болем і артрозом. Психічні розлади мали більший вплив на якість

життя в порівнянні з хронічними соматичними захворюваннями, причому афективні розлади і розлади адаптації значно погіршували загальне функціонування пацієнтів похилого віку. Були визначені деякі гендерні відмінності у впливі психічних і хронічних соматичних захворювань на якість життя. Тривожні розлади і біль достовірно погіршували якість життя тільки у жінок. Респіраторні захворювання мали вплив на індекс ментального здоров'я у жінок і тільки на індекс фізичного здоров'я у чоловіків. Ці результати підтверджують необхідність скринінгу психічних розладів (в основному, депресії) у літніх пацієнтів в первинній мережі.

Був розглянутий зв'язок між хронічним захворюванням, віком та фізичною і психічною складовими якості життя за допомогою SF-36 на прикладі 10 досліджень щодо п'яти хронічних захворювань [83]. Розмір вибірки склав 2418 учасників, з них 129 пацієнтів з нирковою недостатністю, 366 осіб з остеоартритом, 487 – із серцевою недостатністю, 1160 – з хронічними ранами (виразки ніг) і 276 – з розсіяним склерозом. Для фізичної складової виявилися достовірно великі відмінності між умовною нормою і середньою оцінкою осіб з усіма хронічними захворюваннями, значущо більші в порівнянні з психічною складовою SF-36. Жіноча стать і супутні захворювання були пов'язані з більшим погіршенням якості життя; але зі збільшенням віку було пов'язано погіршення фізичної складової якості і поліпшення її психічного компоненту. Це дослідження дало докази того, що, в той час, як на фізичне функціонування серйозно і негативно впливають хронічне захворювання і похилий вік, психічне здоров'я може залишатись відносно високим і стабільним.

1.5 Задоволеність медичною допомогою: фактори впливу і ймовірність зростання

Задоволеність пацієнтів отриманою медичною допомогою є визначеним критерієм якості діяльності медичної галузі, що рекомендований до використання Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Серед критеріїв якості медичної допомоги населенню важлива роль відводиться оцінкам думок

самих пацієнтів про різні аспекти медичного обслуговування. Традиційна система медико-статистичних показників, а також сучасні системи клініко-статистичних стандартів якості допомоги не можуть охопити всіх аспектів діяльності медичних служб. Іноді відбувається так, що навіть всі стандарти витримуються, а пацієнти не задоволені умовами надання допомоги і в цьому випадку її якість буде неприйнятною [84].

Міжнародні експерти визначають чотири основні категорії якості медичної допомоги: ефективна і сучасна медична допомога, ефективне використання ресурсів, задоволення потреб пацієнтів, результативність лікування. Управління якістю містить наступні компоненти: оцінку і контроль, постійне поліпшення, забезпечення якості. Факти низької якості медичної допомоги відмічені у всіх країнах світу, разом з тим, низька якість найбільш характерна для країн з перехідною економікою. Концептуальним підходом ВООЗ є твердження, що більшість причин низької якості пов'язана з недоліками системи організації медичної допомоги, а не з окремими постачальниками послуг або медичними виробами [85].

Міжнародний досвід свідчить про збільшення очікувань пацієнтів щодо якості надання медичної допомоги пропорційно підвищенню рівня розвитку країни в цілому і системи охорони здоров'я зокрема [85]. У більшості індустріально розвинених країн світу рівень задоволеності медичною допомогою досить високий – близько 90 % в Швеції і Швейцарії, близько 70 % у Великобританії, Німеччині, Іспанії та Словенії. Разом з тим, близько 70 % опитаних пацієнтів в Італії і Польщі негативно оцінили досвід отримання медичної допомоги. На задоволеність пацієнтів медичною допомогою в тому числі впливали якість медичної допомоги і її доступність; самостійність пацієнта в прийнятті рішень щодо свого здоров'я; доступність отримання джерел зрозумілої інформації з окремих медичних питань [84, 85]. Разом з тим, патерналізм у відносинах «лікар-пацієнт» як і раніше залишається найбільш поширеною 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. Дослідження показало [85], що пацієнти європейських країн стурбовані поступовим витісненням довірчих відносин прагматичним підходом докторів до надання медичної допомоги, що знижує і рівень задоволеності пацієнтів в цілому.

Задоволеності пацієнтів з психічними розладами якістю медичної допомоги приділяється все більше уваги в наукових дослідженнях. Експерти Cooperative Group на основі досвіду 5-річного періоду спостережень зауважили на тому, що розуміння вимог і потреб пацієнтів шляхом оцінки їх задоволеності сприяє активній участі хворих в процесі лікування, збільшуючи його ефективність в цілому. Результати дослідження виявили потенційні переваги у використанні зворотного зв'язку з пацієнтами, які страждають на важкі перманентні психічні захворювання. Автори відмітили підвищення загального рівня задоволеності медичною допомогою до 56 %, але не участі пацієнтів в лікувальному процесі [86].

Недостатність інформації та подальше виключення процесу обговорення та прийняття рішень про лікування є найчастішими скаргами пацієнтів з вадами психічного здоров'я. Автори зауважили, що підвищення обізнаності пацієнтів щодо захворювання зменшують занепокоєння щодо лікування, підвищують його ефективність і якість життя [82].

В іншому дослідженні були виділені ключові фактори задоволеності стаціонарних пацієнтів, які страждали на депресивні та невротичні і пов'язані зі стресом розладами: робота медичних сестер, робота лікаря, комфортність палат, обсяг і якість психотерапевтичної допомоги, здатність лікаря до емпатичного слухання і його готовність інформувати пацієнта про захворювання і його лікуванні [81, 83].

Розуміння факторів та процесів взаємодії лікарів та пацієнтів може поліпшити багато аспектів надання медичної допомоги. Так, вік хворих пов'язаний зі стилем взаємодії з лікарем, що, в свою чергу, впливає на

задоволення пацієнтів. З одного боку, лікарі частіше зустрічаються з пацієнтами старше 65 років. З іншого боку, літні пацієнти були більш задоволені зустрічами, зосередженими на пацієнтах [86].

Сприяння незалежності має важливе значення на всіх стадіях терапії деменції [2, 30]. Не зважаючи на те, що рівень незалежності зменшується з прогресивністю, стадією деменції та інших захворювань, для забезпечення достатньої якості життя і благополуччя важливо дотримуватися балансу між доглядом за пацієнтом та його продуктивністю, дозволям, соціальною та духовною діяльністю [10, 12].

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 [5, 6].

R. Kemp і співавт. [87] був розроблений метод комплаєнс-терапії, що використовував когнітивно-біхевіоральний підхід в поєднанні з мотиваційним інтерв'ю і був сфокусований на підвищенні критичного ставлення до захворювання та поліпшення якості дотримання лікувальних рекомендацій. Надалі цей метод удосконалювався, набуваючи продовження в проекті Innovative Care for Chronic Conditions [32]. Саме ці розробки були використані нами в якості прототипів при створенні психотерапевтичної програми.

1.6 Невирішені питання у діагностиці та лікуванні психічних розладів у пацієнтів похилого віку з поліморбідністю

Незважаючи на досить велику кількість досліджень науковців різних країн, присвячених вивченню особливостей перебігу психічних розладів у похилому віці, питанням їх коморбідності з соматичними захворюваннями, складностям діагностики і лікування, лишається невирішеною загальна

проблема ефективності курації поліморбідних пацієнтів похилого віку з психічними розладами.

Причому недостатня ефективність наданої медичної допомоги обумовлена, що демонструє вищенаведений літературний огляд, не стільки складностями діагностичного процесу за умови наявності у пацієнта похилого віку декількох захворювань одночасно, скільки призначенням складних схем терапії, пасивністю пацієнтів щодо участі в процесі лікування, їх низькою прихильністю до лікування в цілому, самолікуванням. Актуальною проблемою для України є також проблема надмірного вживання особами похилого і старечого віку безрецептурних ліків, що містять барбітурати. Ці фактори, в свою чергу, погіршують якість життя і задоволеність медичною допомогою, а надалі опосередковано призводять до погіршення перебігу захворювань, виникнення ускладнень і прискорення інвалідизації.

Отже, поліморбідність у пацієнтів похилого та старечого віку залишається однією з актуальних проблем соціальної психіатрії та вимагає подальшого всебічного вивчення. Враховуючи складне поєднання особистих, побутових, соціальних та медичних проблем в осіб даної вікової категорії, поліморбідна захворюваність негативно впливає на стан фізичного та психічного здоров'я, зумовлюючи складний перебіг та несприятливий прогноз хвороб, створюючи порочне коло, виходом з якого мають бути нові моделі надання допомоги з активним залученням пацієнтів в менеджмент захворювань. Розробка нових методик курації пацієнтів із підвищенням якості життя, окремих методичних рекомендацій для діагностики і терапії коморбідних станів пацієнтів похилого та старечого віку дозволить підвищити прихильність до терапії і, можливо, стане першим кроком до вирішення проблеми поліморбідності.

Висновки до розділу 1

На основі проаналізованих у першому розділі літературних даних вітчизняних та зарубіжних наукових джерел можна зробити висновок про актуальність проблеми вивчення нових підходів до оптимізації терапії пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю, враховуючи сукупний соціально-економічний тягар поліморбідних станів для пацієнта, його родини і держави в цілому.

За даними літератури, наявність поліморбідності примушує пацієнтів звертатися та спостерігатися у лікарів різних спеціальностей, що, в свою чергу, породжує проблему надмірної фармакотерапії у вигляді поліпрагмазії та поліфармації. Вивчення коморбідності психічних і соматичних захворювань на прикладі шизофренії, біполярного афективного розладу, депресивних і тривожних розладів, когнітивних розладів довело наявність позитивного статистично значущого зв'язку між загально соматичною і психіатричною захворюваністю, в тому числі, осіб похилого віку.

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

Додатковим фактором ризику для пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю є використання потенційно невідповідних ліків. Самолікування серед людей похилого віку взагалі є серйозною проблемою громадського здоров'я, оскільки воно пов'язане із збільшенням захворюваності та смертності, що спричиняє високі витрати на систему охорони здоров'я. Проблема нераціональної фармакотерапії в стаціонарі і проблема

самолікування дійсно є значущими для пацієнтів похилого віку, особливо з психічними розладами і поліморбідністю.

Задоволеність якістю життя в літньому і старечому віці є результатом динамічного процесу взаємодії об'єктивних і суб'єктивних показників стану фізичного і психічного здоров'я, значною мірою визначається ступенем його незалежності від сторонньої допомоги, здатністю керувати власним життям. З цього випливає висновок, що якість життя у таких пацієнтів залежить не стільки від кількості і тяжкості захворювань, скільки від наявної біопсихосоціальної ресурсної бази, копінг-стратегій і навичок вирішення проблем, активної участі в процесі лікування. Розуміння вимог і потреб пацієнтів шляхом оцінки їх задоволеності сприяє активній участі хворих в процесі лікування, збільшуючи його ефективність в цілому. Результати досліджень виявили потенційні переваги у використанні зворотного зв'язку з пацієнтами. Підвищення обізнаності пацієнтів щодо захворювання зменшують занепокоєння щодо лікування, підвищують його ефективність і якість життя.

Разом з тим, аналіз існуючих літературних джерел показав, що основний масив досліджень був спрямований на вивчення окремих аспектів впливу психічних розладів у пацієнтів похилого віку на їх фізичне здоров'я і навпаки. В той же час особливості застосування психофармакотерапії і психотерапії з визначенням їх переваг і недоліків у таких пацієнтів здебільшого лишаються поза межами уваги дослідників. Потребують вивчення диференційований тягар поліморбідності з визначенням впливу на якість життя, прихильність до лікування і задоволеність медичною допомогою пацієнтів похилого віку з психічними розладами.

За підсумком літературного аналізу слід відзначити, що проблема отримання оптимальної терапії пацієнтами похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю, попри певну кількість досліджень, не є повністю вирішеною. Крім того, у вітчизняній науковій медичній літературі практично відсутні роботи щодо алгоритмів курації пацієнтів похилого віку с

психосоматичною поліморбідністю, хворих на ці розлади. Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях:

1. Калугін І. В. Проблеми поліморбідності та адекватної фармакотерапії у пацієнтів похилого віку [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19, № 4 (75). – С. 118–123 (*дисертант брав участь у формуванні мети дослідження, здійснив набір клінічного матеріалу і аналіз отриманих даних*).
2. Калугін І. В. Старіння організму та поліморбідність [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Архів психіатрії. – 2014. – Т. 20, № 2 (77). – С. 36–43 (*дисертантом здійснено аналіз отриманих даних, зроблено висновки дослідження*).
3. Калугін І. В. Полипрагмазия и полифармация у пациентов геронтопсихиатрического профиля [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Архів психіатрії. – 2014. – Т. 20, № 4 (79) – С. 29–34 (*дисертантом визначено завдання дослідження, здійснено набір клінічного матеріалу і аналіз отриманих даних*).
4. Калугін І. В. Комплаєнс фармакотерапии лиц пожилого возраста с полиморбидностью [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Ліки України. – 2015. – № 4 (25) – С. 65–72 (*дисертантом здійснено аналіз отриманих даних, зроблено висновки дослідження*).
5. Калугін І. В. Якість життя та комплаєнс у пацієнтів геріатричного профілю [Текст] / І. В. Калугін // Психосоматична медицина та загальна практика. – 2017. – Т. 2, № 3. – С. 1–9.
6. Калугін І. В. Психотерапія як фактор покращення задоволеності медичною допомогою та покращення якості життя у пацієнтів геронтологічного профілю з психічними розладами та поліморбідністю [Текст] / І. В. Калугін, О. С. Осуховська // Архів психіатрії. – 2017. – Т. 23, № 4 (91). – С. 236–242

(дисертантом здійснено аналіз отриманих даних, зроблено висновки дослідження).

Список використаних джерел

1. На пути к достижению международного консенсуса в вопросах политики по оказанию долгосрочной помощи лицам пожилого возраста. WHO_HSC_AHE_00.1_rus.pdf
2. Пінчук І. Я., Чайковська В. В., Чайковська В. В. [та ін.]. Актуальні питання геронтопсихіатрії: навч. посіб. – Тернопіль: ТзОВ «Терно-граф», 2010. 432 с.
3. Подколзин А. А., Крутько В. Н., Донцов В. И. [и др.]. Количественная оценка показателей смертности, старения, продолжительности жизни и биологического возраста: учеб.-метод. пособие для врачей. Москва, 2001. С. 45–55 .
4. World report on Ageing and Health, 2015. Publications of the World Health Organization are available on the WHO website. URL: www.who.int
5. Parkar S. R. Elderly Mental Health: Needs. *Mens Sana Monographs*. 2015. Vol. 13(1). Н. 91–99. doi:10.4103/0973–1229.153311.
6. Hendrie H. C., Tu W., Tabbey R. [at. al.]. Health outcomes and cost of care among older adults with schizophrenia: a 10-year study using medical records across the continuum of care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2014. Vol. 22(5). Vol. 427–436. DOI: 10.1016/j.jagp.2012.10.025
7. Howard R. [et al.]. Late-onset schizophrenia and vry-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. *Am J Psychiatry*. 2000. Vol. 157. P. 172–178.
8. Palmer B. W., McClure F. S., Jeste D. V. Schizophrenia in late life: findings challenge traditional concepts. *Harv Rev Psychiatry*. 2001. Vol. 9(2). P. 51–58.

9. Granholm E. [et al.]. A randomized controlled pilot study of cognitive behavioral social skills training for older patients with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2002. Vol. 53(1–2). P. 167–169.
10. Skoog I. Psychiatric disorders in the elderly. *The Canadian Journal of Psychiatry.* 2011. T. 56, № 7. – P. 387–397.
11. Huber G. The heterogeneous course of schizophrenia. *Schizophr Res.* 1997. Vol. 28(2–3). P. 177–185.
12. Jeste D. V., Finkel S. I. Psychosis of Alzheimer's disease and related dementias. Diagnostic criteria for a distinct syndrome. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2000. Vol. 8(1). P. 29–34.
13. Paulson J. S. [et al.]. Incidence of and risk factors for hallucinations and delusions in patients with probable AD. *Neurology.* 2000. Vol. 54(10). P. 1965–1971.
14. Östling S., Skoog I. Psychotic symptoms and paranoid ideation in a nondemented population-based sample of the very old. *Arch Gen Psychiatry.* 2002. Vol. 59(1). P. 53–59.
15. Östling S., Borjesson-Hanson A., Skoog I. Psychotic symptoms and paranoid ideation in a population-based sample of 95-year-olds. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2007. Vol. 15(12). P. 999–1004.
16. Sigström R., Skoog I., Sacuiu S. [et al.]. The prevalence of psychotic symptoms and paranoid ideation in a non-demented population sample of 70–82 year olds. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009. Vol. 24. P. 1413–1419
17. Larson E. B., Buchner D. M., Uhlmann R. F., Reifler B. V. Caring for Elderly Patients With Dementia. *Arch Intern Med.* 1986. Vol. 146(10). P. 1909–1910. doi:10.1001/archinte.1986.00360220053008
18. Börjesson-Hansson A., Waern M., Östling S. [et al.]. One-month prevalence of mental disorders in a population sample of 95-year-olds. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2011. Vol. 19(3). P. 284–291.

19. Saunders P. A., Copeland J. R. M., Dewey M. E. [et al.]. The prevalence of dementia, depression and neurosis in later life: The Liverpool MRC-ALPHA Study. *Int J Epidemiol.* 1993. Vol. 22. P. 838–847.

20. van der Leeuw G., Gerrits M. J., Terluin B. [et al.]. The association between somatization and disability in primary care patients. *J. Psychosom. Res.* 2015. Vol. 79(2). P. 117–122.

21. Laaksonen M., Blomgren J., Tuulio-Henriksson A. Sickness allowance histories among disability retirees due to mental disorders: A retrospective case-control study. *Scand. J. Public Health.* 2015. pii: 1403494815618314. [Epub ahead of print]

22. Чабан О. С., Хаустова О. О. Терапія пацієнтів з тривожними синдромами в межах невротичних та психосоматичних розладів (серцево-судинна патологія і метаболічний синдром X). *Современные подходы к терапии внутренних болезней: метод. посіб.* Київ, 2009. С. 45–56

23. Sanders J. B., Bremmer M. A., Comijs H. C. [et al.]. Gait Speed and the Natural Course of Depressive Symptoms in Late Life: An Independent Association With Chronicity? *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2016, Jan 7. doi: 10.1016/j.jamda.2015.11.016. [Epub ahead of print]

24. Georgakis M. K., Papadopoulos F. C., Protogerou A. D. [et al.]. Comorbidity of Cognitive Impairment and Late-Life Depression Increase Mortality: Results From a Cohort of Community-Dwelling Elderly Individuals in Rural Greece. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2016, Feb 25. pii: 0891988716632913. [Epub ahead of print]

25. Ekdahl A. W., Odzakovic E., Hellström I. Living Unnoticed: Cognitive Impairment in Older People with Multimorbidity. *J. Nutr. Health Aging.* 2016. Vol. 20(3). P. 275–279. doi: 10.1007/s12603-015-0580-2.

26. Bogner H. R., Joo J. H., Hwang S. [et al.]. Does a Depression Management Program Decrease Mortality in Older Adults with Specific Medical Conditions in Primary Care? An Exploratory Analysis. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2016. Vol. 64(1). P. 126–131. doi: 10.1111/jgs.13711.

27. Drayer R. A., Mulsant B. H., Lenze E. J. [et al.]. Somatic symptoms of depression in elderly patients with medical comorbidities. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2005. Vol. 20(10). P. 973–982.
28. Llewellyn-Jones R. H. [et al.]. Multifaceted shared care intervention for late life depression in residential care: randomised controlled trial. *BMJ*. 1999. # 319. P. 676–682.
29. Unutzer J. [et al.]. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 2002. Vol. 288. P. 2836–2845.
30. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психосоматична медицина(аспекти діагностики та лікування): посіб. Київ: ТОВ «ДСГ ЛТД», 2004. 96 с.
31. Bauer M. S. A review of quantitative studies of adherence to mental health clinical practice guidelines. *Harvard Review of Psychiatry*. 2002. № 10(3). P. 138–153.
32. Draper B. The effectiveness of services and treatment in psychogeriatrics. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 1990. Vol. 24. P. 238–251.
33. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психічне здоров'я людей похилого віку: проблеми діагностики і терапії. *НейроNEWS*. 2013. – № 2–1. С. 19-24
34. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003. URL: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf. Accessed 9 March 2016.
35. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005. Vol. 353(5). P. 487–497. doi:10.1056/NEJMr050100.
36. Kardas P., Lewek P., Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Front Pharmacol*. 2013. Vol. 4(July). P. 1–16. doi:10.3389/fphar.2013.00091.
37. Brown M. T., Bussell J. K. Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clinic Proc*. 2011. Vol. 86(4). P. 304–314. doi:10.4065/mcp.2010.0575.

38. Simpson S. H. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ*. 2006. Vol. 333(7557). P. 15. doi:10.1136/bmj.38875. 675486.55.
39. Constante C. Enquesta de salut de Catalunya. Informe dels principals resultats. *Catalan Health Survey*. 2014. URL: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/onada09/esca2014_resultats.pdf. Accessed 9 March 2016.
40. Gascón J. J., Sánchez-Ortuño M., Llor B., Skidmore D., Saturno P. J. Why hypertensive patients do not comply with the treatment: results from a qualitative study. *Fam Pract*. 2004. Vol. 21(2). P. 125–130. doi:10.1093/fampra/cmh202.
41. Jones R. C. M., Hyland M. E., Hanney K., Erwin J. A qualitative study of compliance with medication and lifestyle modification in chronic obstructive pulmonary disease(COPD). *Prim Care Respir J*. 2004. Vol. 13(3). P. 149–154. doi:10.1016/j.pcrj.2004.05.006.
42. Raynor D. K., Savage I., Knapp P., Henley J. We are the experts: people with asthma talk about their medicine information needs. *Patient Educ Couns*. 2004. Vol. 53(2). P. 167–174. doi:10.1016/S0738–3991(03)00 126–5.
43. Fung V., Sinclair F., Wang H. [et al.]. Patients' perspectives on nonadherence to statin therapy: a focus-group study. *Perm J*. 2010. Vol. 14(1). P. 4–10.
44. Iversen M. D., Vora R. R., Servi A. Factors affecting adherence to osteoporosis medications: a focus group approach examining viewpoints of patients and providers. *J Geriatr Phys Ther*. 2011. Vol. 34(2). P. 72–81. doi:10.1097/JPT.0b013e3181ff 03b4.
45. Monroe A. K., Rowe T. L., Moore R. D., Chander G. Medication adherence in HIV-positive patients with diabetes or hypertension: a focus group study. *BMC Heal Serv Res*. 2013. Vol. 13. P. 488. doi:10. 1186/1472–6963–13–488.
46. White S., Bissell P., Anderson C. A qualitative study of cardiac rehabilitation patients' perspectives on making dietary changes. *J Hum Nutr Diet*

[Internet]. *BMC Health Serv Res*. 2011. Vol. 24(2). P. 122–127. doi:10.1111/j.1365–277X.2010.01136.x.

47. Mishra S. I., Gioia D., Childress S. [et al.]. Adherence to medication regimens among low-income patients with multiple comorbid chronic conditions. *Health Soc Work*. 2011. Vol. 36(4). P. 249–258.

48. Laba T.-L., Lehnbohm E., Brien J.-A., Jan S. Understanding if, how and why non-adherent decisions are made in an Australian community sample: a key to sustaining medication adherence in chronic disease? *Res Soc Adm Pharm*. 2015. Vol. 11(2). P. 154–162. doi:10.1016/j.sapharm.2014. 06.006.

49. Leventhal H., Cameron L. Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Educ Couns*. 1987. Vol. 10(2). P. 117–138.

50. Rosenstock I. M. [et al.]. A National Study of Health Attitudes and Behavior. Michigan, 1965. P. 27- 46.

51. Fishbein M. A. I. Belief, attitude intention and behaviour: an introduction to theory and research. Menlo Park: Addison-Wesley, 1975. p. 480.

52. Leventhal H., Benyamini Y., Brownlee S. [et al.]. Illness representations: theoretical foundations. In: Petrie K. J., Weinman J. A., editors. Perceptions of health and illness. Amsterdam: Harwood Academic, 1997. P. 19–45.

53. Mack N., Woodsong C., MacQueen K. M. [et al.]. Qualitative research methods: a data collector's field guide. Family Health International (FHI). North Carolina, USA; 2005. p. 51–82.

54. Balbay O., Annakkaya A. N., Arbak P. [et al.]. Which patients are able to adhere to tuberculosis treatment? A study in a rural area in the northwest part of Turkey. *Jpn J Infect Dis*. 2005. Vol. 58(3). P. 152–158.

55. Choi-Kwon S., Kwon S. U. K. J. Compliance with risk factor modification: early-onset versus late-onset stroke patients. *Eur Neurol*. 2005. Vol. 54(4). P. 204–211. doi:10.1159/000090710.

56. Fodor G. J., Kotrec M., Bacsikai K. [et al.]. Is interview a reliable method to verify the compliance with antihypertensive therapy? An international central-European study. *J Hypertens*. 2005. Vol. 23(6). P. 1261–1266.
57. Kiortsis D. N., Giral P., Bruckert E. T. G. Factors associated with low compliance with lipid-lowering drugs in hyperlipidemic patients. *J Clin Pharm Ther*. 2000. Vol. 25(6). P. 445–451.
58. Lertmaharit S., Kamol-Ratankul P., Sawert H. [et al.]. Factors associated with compliance among tuberculosis patients in Thailand. *J Med Assoc Thai*. 2005. Vol. 88(Suppl. 4). S. 149–156.
59. Lindberg M., Ekström T., Möller M. A. J. Asthma care and factors affecting medication compliance: the patient's point of view. *Int J Qual Heal Care*. 2001. Vol. 13(5). P. 375–383.
60. Frazier P. A., Davis-Ali S. H., Dahl K. E. Correlates of noncompliance among renal transplant recipients. *Clin Transplant*. 1994. Vol. 8(6). P. 550–557.
61. Sung J. C., Nichol M. B., Venturini F. [et al.]. Factors affecting patient compliance with antihyperlipidemic medications in an HMO population. *Am J Manag Care*. 1998. Vol. 4(10). P. 1421–1430.
62. Ghods A. J. N. D. Noncompliance with immunosuppressive medications after renal transplantation. *Exp Clin Transpl*. 2003. Vol. 1(1). P. 39–47.
63. Senior V., Marteau T. M., Weinman J. Genetic Risk Assessment for FH Trial (GRAFT) Study Group. Self-reported adherence to cholesterol-lowering medication in patients with familial hypercholesterolaemia: the role of illness perceptions. *Cardiovasc Drugs Ther*. 2004. Vol. 18(6). P. 475–481. doi:10.1007/s10557-004-6225-z.
64. Chambers J. A., O'Carroll R. E., Hamilton B. [et al.]. Adherence to medication in stroke survivors: a qualitative comparison of low and high adherers. *Br J Health Psychol*. 2011. Vol. 16(3). P. 592–609. doi:10.1348/2044-8287.002000.

65. Gordon K., Smith F., Dhillon S. Effective chronic disease management: patients' perspectives on medication-related problems. *Patient Educ Couns.* 2007. Vol. 65(3). P. 407–415.
66. Ardito R. B., Rabellino D. Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Front Psychol.* 2011. Vol. 2. P. 270. doi:10.3389/fpsyg.2011. 00270.
67. Sylvia L. G., Hay A., Ostacher M. J. [et al.]. Association between therapeutic alliance, care satisfaction, and pharmacological adherence in bipolar disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 2013. Vol. 33(3). P. 343–350. doi:10.1097/JCP.0b013e3182900c6f.
68. Zeber J. E., Copeland L. A., Good C. B. [et al.]. Therapeutic alliance perceptions and medication adherence in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2008. Vol. 107(1–3). P. 53–62. doi:10.1016/j.jad.2007.07.026.
69. Nilsson J., Kallman M., Ostlund U. [et al.]. The use of complementary and alternative medicine in Scandinavia. *Anticancer Res Greece.* 2016. Vol. 36(7). P. 3243–3251.
70. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO. 2003.
71. Bissonnette J. M. Adherence: a concept analysis. *J Adv Nurs.* 2008, Sep. Vol. 63(6). P. 634–643.
72. Dodds F., Rebar-Brown A., Parsons S. A systematic review of randomized controlled trials that attempt to identify interventions that improve patient compliance with prescribed antipsychotic medication. *Clinical Effectiveness in Nursing.* 2000. Vol. 4. P. 47–53.
73. Velligan D. I., Lam Y. W., Glahn D. C. [et al.]. Defining and assessing adherence to oral antipsychotics: a review of the literature. *Schizophr Bull.* 2006, Oct. Vol. 32(4). P. 724–742.
74. Kripalani S., Yao X., Haynes R. B. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: a systematic review. *Arch Intern Med.* 2007. Vol. 167. P. 540–550.

75. Haynes R. B., Ackloo E., Sahota N. [et al.]. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008. Vol. 2:CD000011.
76. Haynes R. B., Yao X., Degani A. [et al.]. Interventions to enhance medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005. Vol. 4:CD000011.
77. McDonald H. P., Garg A. X., Haynes R. B. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. *JAMA*. 2002. Vol. 288. P. 2868–2879.
78. Snowden A. Medication management in older adults: a critique of concordance. *Br J Nurs*. 2008, Jan 24. Vol. 17(2). P. 114–119.
79. Hughes C. M. Medication non-adherence in the elderly: how big is the problem? *Drugs Aging*. 2004. Vol. 21(12). P. 793–811.
80. Bell J. S., Airaksinen M. S., Lyles A. [et al.]. Concordance is not synonymous with compliance or adherence. *Br J Clin Pharmacol*. 2007, Nov. Vol. 64(5). P. 710–711.
81. de Almeida Neto A. C., Aslani P. Medicines concordance in clinical practice. *Br J Clin Pharmacol*. 2008, Oct. Vol. 66(4). P. 453–454.
82. Vrijens B., De Geest S., Hughes D. A. [et al.]. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Brit J Clin Pharmacol*. 2012. Vol. 73 (5). P. 691–705.
83. Vrijens B., De Geest S., Hughes D. A. [et al.]. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol*. 2012. Vol. 73. P. 691–705.
84. Nilsen P., Roback K., Broström A., Ellström P. E. Creatures of habit: accounting for the role of habit in implementation research on clinical behaviour change. *Implement Sci*. 2012. Vol. 7. P. 53.
85. National Council on Patient Information and Education. Enhancing prescription medication adherence: a national action plan [Internet]. *USA: National Council on Patient Information and Education*. Vol. 2007 [cited 2012 Mar 9]. URL: http://www.talkaboutrx.org/documents/enhancing_prescription_medicine_adherence.pdf.

86. Lang P. O., Vogt-Ferrier N., Hasso Y. [et al.]. Interdisciplinary geriatric and psychiatric care reduces potentially inappropriate prescribing in the hospital: interventional study in 150 acutely ill elderly patients with mental and somatic comorbid conditions. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2012. Vol. 13(4). P. 406.e1-7. doi: 10.1016/j.jamda.2011.03.008.

87. Кемп Р., Девид А., Хейворд П. Комплаенс-терапия: [пер. с англ.]. *Обзор современной психиатрии*. 2000. Вып. 5. С. 91–101.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ І МАТЕРІАЛИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Теоретичне обґрунтування і дизайн дослідження

Наведені у огляді літератури за темою дисертаційного дослідження дані щодо сучасного стану науково-практичної проблеми курації пацієнтів похилого віку, які страждають на психічні захворювання і додатково мають декілька соматичних захворювань (тобто є мультиморбідними), переконливо доводять актуальність вивчення шляхів оптимізації терапії психічних розладів у пацієнтів з поліморбідністю.

Враховуючі сучасні світові й вітчизняні тенденції в реформуванні системи надання медичної допомоги психічно хворим, а саме перерозподіл важелів зі стаціонарної на амбулаторну ланку і залучення до курації пацієнтів з розладами психіки лікарів загальної практики – сімейної медицини на первинному рівні, своєчасним, доцільним і здійсненим є удосконалення стаціонарного етапу надання медичної допомоги психічно хворим з поліморбідністю, особливо у похилому віці.

Разом з тим, додаткового вивчення потребують багато аспектів геронтопсихіатрії. В першу чергу необхідно аналізувати диференційовані дані щодо психосоматичної коморбідності у пацієнтів пізнього віку тому, що клінічний спектр їх психічних порушень у сполученні з соматичною патологією може чинити вплив на прихильність до лікування, схильність до самолікування, дотримання медичних рекомендацій і на спосіб їх життя в цілому. Це, в свою чергу, може негативно відбиватися на якості життя геронтопсихіатричних пацієнтів, зменшуючи задоволення медичною допомогою і довіру до медицини як такої.

Отже, пацієнти похилого віку, що страждають на психічні і соматичні розлади одночасно, підлягають спостереженню і лікуванню у психіатра, а також спостереженню і лікуванню у загальномедичній мережі, зокрема в умовах закладів первинної ланки охорони здоров'я.

Але в реальній клінічній практиці дуже часто мультиморбідні пацієнти лікуються і спостерігаються фрагментарно за обсягом і за часом, що у кінцевому рахунку може приводити до подальшого погіршення здоров'я, інвалідизації і зменшення тривалості життя.

Сам феномен поліморбідності також вимагає свого розгляду і вивчення у пацієнтів похилого віку з психічними розладами разом з оцінкою впливу власне вікового фактору, ролі окремих соматичних порушень і захворювань, а також соціально-психологічних факторів, що впливають на ризик розвитку розладів і мають у своєму поєднанні безпосереднє значення для формування алгоритмів своєчасної адекватної терапії та профілактики коморбідних станів у цього контингенту пацієнтів.

На сьогоднішній день відсутні чіткі науково-обґрунтовані алгоритми організації допомоги контингенту літніх мультиморбідних пацієнтів з психічними розладами, не прописані рамки такої допомоги на первинному і вторинному рівнях, межі показань до втручання; неясні можливості сучасних методів терапії коморбідних порушень, так само як і конкретні психопрофілактичні завдання, що мають включати не тільки і не стільки попередження розвитку важких психозів або деменції, скільки попередження дезадаптації, декомпенсації, зниження якості життя пацієнтів похилого віку.

Цим питанням присвячені наукові роботи низки зарубіжних дослідників, у яких були вивчені окремі аспекти поліморбідності у пацієнтів похилого віку з психічними розладами, найчастіше депресивними або когнітивними. Також був оцінений тягар поліморбідності у пацієнтів загальної практики, досвід лікування окремих груп хворих.

Частково відповідні дослідження проводилися у вітчизняній геронтопсихіатрії, але без визначення особливостей поліморбідності, її впливу на комплаєнс, якість життя і задоволеність медичною допомогою в цілому.

Таким чином, обговорювані питання не досліджувались в достатньому обсязі і з достатньою повнотою. Тим часом сучасні тенденції розвитку

геронтопсихіатрії, потреби клінічної практики в розширенні амбулаторних форм допомоги пацієнтам похилого віку обумовлюють необхідність прицільного вивчення цієї проблеми і активної розробки її наукових основ.

Ґрунтуючись на сучасній біопсихосоціальній парадигмі медицини і суб'єкт-суб'єктних відносинах лікаря і пацієнта, незалежно від його плинного психічного стану, нами було висунуто гіпотезу щодо ймовірного позитивного впливу поєднаних інформативного, спонукального та рефлексивного компонентів психотерапевтичного втручання у сполученні з оптимізацією стандартної фармакотерапії на підвищення комплаєнсу, якості життя і задоволеності медичною допомогою поліморбідних пацієнтів похилого віку з психічними розладами.

Дисертаційна робота виконувалась за дизайном рандомізованого контрольованого клінічного дослідження, в якому було передбачено два етапи: скринінгу та порівняльного дослідження.

Для досягнення поставленої мети за умови інформованої згоди з обов'язковим дотриманням принципів біоетики та деонтології за період з 2013 по 2016 роки було проведено комплексне обстеження 387 пацієнтів геронтопсихіатричного відділення психоневрологічної лікарні м. Маріуполь.

Критеріями включення до дослідження згідно розробленого нами дизайну були:

- вік пацієнтів 60 і більше років;
- психічний розлад, що потребував стаціонарного лікування в геронтопсихіатричному відділенні;
- наявність супутнього соматичного захворювання або захворювань.

Відповідно, критеріями виключення були:

- відсутність інформованої згоди на участь пацієнта в дослідженні;
- наявність тяжкого ступеню деменції (MMSE < 11 балів);
- отримання менше 75 % інформації за картою обстеження;
- недотримання пацієнтом умов участі в дослідженні.

За критеріями включення/виключення і умовами формування репрезентативної за віком та статтю вибірки, дані 62 респондентів були вилучені з подальшої статистичної обробки.

Усього у дослідженні за умови отримання інформованої згоди взяло участь 325 пацієнтів. Рандомізація проводилась за допомогою комп'ютерної програми SPSS 16.0 for Windows.

Так, пацієнти були рандомізовані на основну та порівняльну групи у співвідношенні 3:1 з урахуванням віку та статі. Отже, вони були репрезентативними за цими показниками. Основна група (ОГ) кількістю 238 (рис. 2.1) осіб отримувала стандартне лікування і психотерапевтичне втручання. Група порівняння (ПГ) кількістю 87 осіб проходила тільки стандартне лікування.

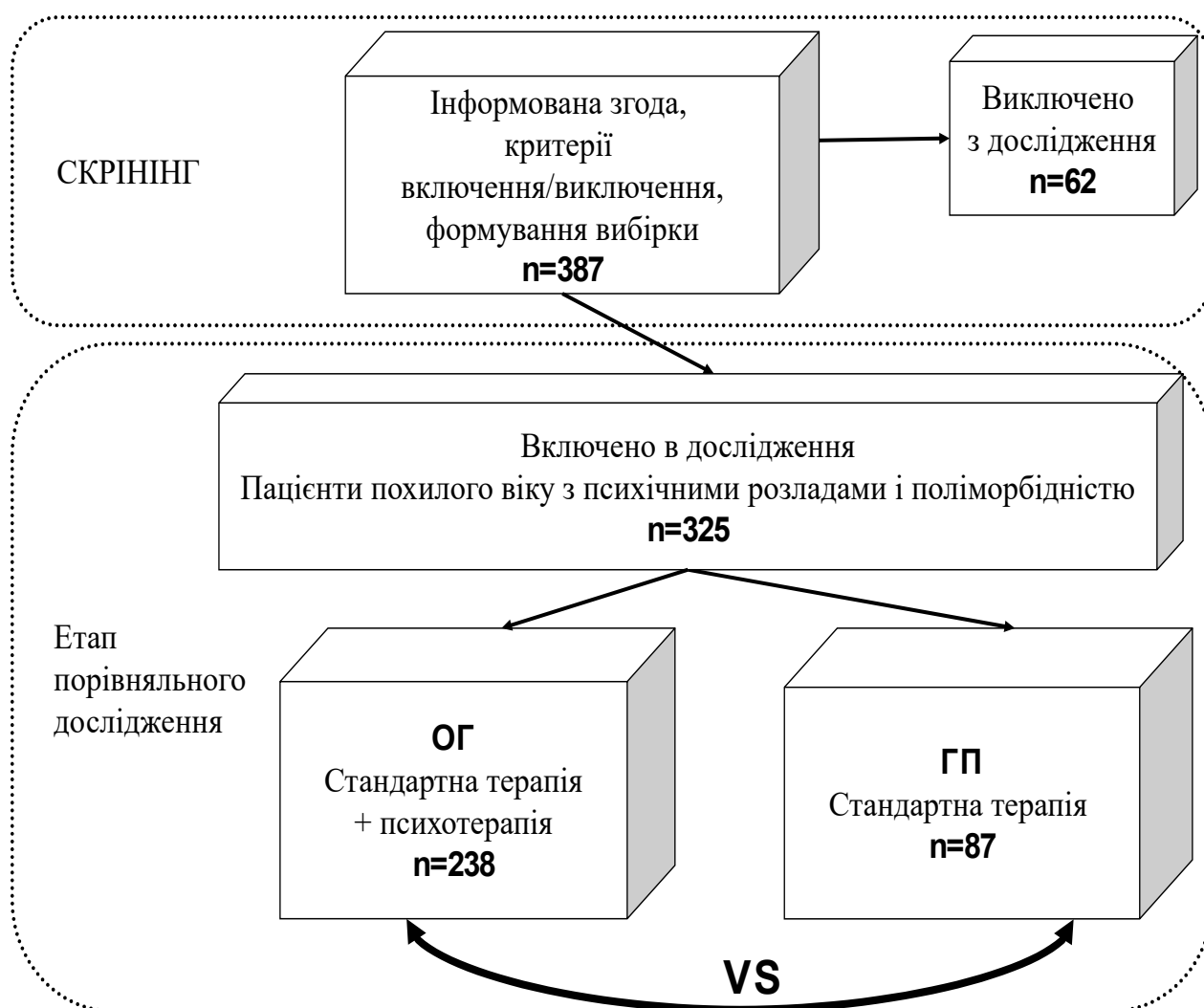


Рис. 2.1 Дизайн дисертаційного дослідження

Клінічна оцінка обстежених проводилася на підставі аналізу актуального психічного і фізичного стану на момент обстеження, клінічного інтерв'ю, а також ретроспективного аналізу лікування, що передувало надходженню до стаціонару.

Для цього використовували соціально-демографічний, клініко-анамнестичний та клініко-психопатологічний методи дослідження у вигляді напівструктурованого психопатологічного інтерв'ю, основною метою якого була комплексна оцінка психічного статусу пацієнта, коморбідних соматичних захворювань, характеру і обсягу фармакотерапії.

Розлади психіки діагностувалися відповідно до критеріїв розділу V «Психічні розлади» МКХ-10.

Окрім того, пацієнти були оцінені на скринінгу за Короткою шкалою оцінки психічного стану (MMSE) і Кумулятивною шкалою рейтингу захворювань для геріатричних пацієнтів (CIRS-G), а також двічі – на початку і в кінці лікування за шкалами: Опитувальник якості життя (SF-36), Опитувальник задоволеності пацієнта (PSQ), Опитувальник прихильності до лікування Моріскі-Грін (MMAS).

2.2 Методи дослідження

2.2.1 Коротка шкала оцінки психічного стану (MMSE). Коротка шкала оцінки психічного стану (Mini-mental State Examination, MMSE) є загальновизнаним скринінговим інструментом оцінювання рівня когнітивного функціонування у осіб похилого віку. Історія застосування шкали MMSE в медицині сягає 30 років, вперше вона була запропонована для визначення наявності або відсутності нейропсихіатричних розладів у осіб похилого віку на ранніх стадіях захворювання. Вона також використовується під час спостереження за пацієнтами, які страждають від когнітивних розладів, для оцінки прогресування захворювання.

За даними розробників цієї шкали, М. Фолстейн та інших дослідників [1], тест MMSE є високо надійним при повторному проведенні одним і тим же

дослідником через 24 години ($r = 0,89$) і 28 днів ($r = 0,99$). Вони також повідомили про хорошу надійність тесту MMSE ($r = 0.83$), коли цей тест було проведено двома різними дослідниками в межах однієї доби (протягом 24 годин).

За повідомленням наукової групи, очолюваної D. W. O'Connor [2], 86 % респондентів з органічними психічними розладами були оцінені за шкалою MMSE в 23 бали і менше, а 92 % осіб, які мали нормальний рівень когнітивного функціонування, отримали 24 бали або більше (чутливість: $r = 0,86$, специфічність: $r = 0,92$).

MMSE може використовуватися для оцінки кількох психічних функцій, зокрема: короткочасна та довгострокова пам'яті, увага, здатність до концентрації, мовних та комунікативних навичок, здатність планувати, розуміти інструкції. Втім, ця методика більшою мірою дозволяє оцінити функції переважно задніх відділів кори головного мозку, до яких відносяться орієнтація, пам'ять, мовлення, лічба та конструктивний праксис. З іншого боку, скринінгове визначення певних доменів ураження когнітивних функцій вже дає змогу лікарю запідозрити конкретний психіатричний діагноз.

Шкала MMSE є коротким опитувальником, що складається з 30 пунктів. Час виконання тесту, як правило, не перевищує 10 хвилин. Цю методику в реальній клінічній практиці використовують не тільки для первинної оцінки стану когнітивних функцій і скринінгу їх порушень, в тому числі для діагностики деменції, а також для оцінки динаміки когнітивних функцій на фоні лікування.

В науковій медичній літературі існують невеликі розбіжності в оцінці результатів тестування за шкалою MMSE. Максимальний бал за шкалою MMSE завжди складає 30. В україномовній науковій літературі найчастіше зустрічається інтерпретація, коли відсутність когнітивних порушень відповідає 28–30 балам, наявність когнітивних порушень додементного рівня – 24–27 балам. В свою чергу, деменція легкого ступеню – 20–23 балів, деменція помірного ступеню – 11–19 балів, важка деменція – 0–10 балів.

За англomовними джерелами, бали 25 або вище класифікуються як варіант норми когнітивного функціонування. Якщо оцінка за шкалою MMSE нижче 25 балів, результат зазвичай вважається ненормальним (що свідчить про можливі когнітивні порушення). Розподіл балів пропонується класифікувати наступним чином: легкі когнітивні порушення – оцінка за MMSE від 21 до 24 балів; помірні когнітивні порушення – оцінка за MMSE від 10 до 20 балів; важкий ступінь порушень – оцінка за MMSE менше 10 балів.

Існує обмеження на тлумачення оцінок тесту MMSE, пов'язані з рівнем освіти і певними культуральними відмінностями, особливо якщо мова тесту не є рідною для обстежуваного (табл. 2.1). Оцінка когнітивного функціонування для особи з освітою 6 класів і менше не є достовірною.

Але вже для осіб з освіти 8 класів шкала MMSE може бути використана для оцінки когнітивного функціонування з зауваженням, що нормою може вважатися оцінка 22 бали і вище. Для осіб з середньою освітою нормою є 24 бали і вище, а звична нам градація норми 25 балів і вище стосується осіб з вищою освітою.

Таблиця 2.1

Інтерпретація MMSE

Метод	Оцінка (бали)	Тлумачення
Одинарне оцінка	<24	Зниження когнітивного функціонування
Діапазон	<21	Збільшення ризику деменції
	> 25	Зниження ризику деменції
Освіта	21	Не є нормою для освіти 8 класів
	<23	Не є нормою для середньої освіти
	<24	Не є нормою для вищої освіти
Тяжкість	24–30	Відсутні когнітивні порушення.
	18–23	Легкі когнітивні порушення.
	0–17	Серйозні когнітивні порушення

Опублікований у 2001 році мета-аналіз застосування шкали MMSE для пацієнтів з деменцією та депресією, а також осіб похилого віку без когнітивних розладів, підтвердив доцільність використання цього стандартизованого тесту оцінювання та інтерпретації пізнавальної діяльності людей похилого віку тому, що він забезпечує глобальну оцінку когнітивного функціонування, яка корелює з рівнем повсякденного функціонування.

Автори представили виявлені закономірності прогресування когнітивних порушень при хворобі Альцгеймера, співставивши загальний бал за шкалою MMSE зі ступенем виразності когнітивного дефіциту, стадією розвитку дементуючого процесу (хвороба Альцгеймера, судинна деменція, деменція з тільцями Леві, депресія тощо) і тривалістю перебігу захворювання (табл. 2.2). Вони також наголосили, що ретельна інтерпретація результатів MMSE разом з історією хвороби та оцінкою повсякденного функціонування можуть допомогти в диференціальній діагностиці когнітивних порушень при деменції різного генезу.

Таблиця 2.2

Прогресування когнітивних порушень при хворобі Альцгеймера

Загальний бал	Ступінь порушень	Стадія захворювання	Тривалість (роки)
30–26	може бути норма	може бути норма	варіює
25–20	легка	рання	від 0 до 2–3
19–10	помірна	середня	4–7
9–0	тяжка	пізня	7–14

Корисним для реальної клінічної практики є представлене авторами співставлення загального балу за шкалою MMSE з ймовірними обмеженнями денної активності у повсякденному житті, а також з порушеннями спілкування і пам'яті (табл. 2.3). Заслуговує на увагу обережність при оцінюванні авторами

цих показників при 30–26 балах за шкалою MMSE – «може бути норма». Така обережність обумовлена тим, що деякі дослідження, в тому числі вітчизняні, вже інтерпретують 27–26 балів в межах легких/помірних додементних когнітивних порушень, при яких вже виявляються порушення спілкування і пам'яті.

Таблиця 2.3

Області функціональної неспроможності за шкалою MMSE

Загальний бал	Обмеження активності в щоденному житті	Спілкування	Пам'ять
30–26	може бути норма	може бути норма	може бути норма
25–20	водіння, фінанси шопінг	пошук слів повторення, відхилення від теми	три пункти повторення, орієнтація у часі, потім у місці
19–10	одягання, догляд, туалет	фрагментовані речення, розпливчасті визначення (тобто це, те)	відтворення слова земля з кінця, мова, виконання триступневих завдань
9–0	їжа, ходьба	утруднення мовлення, такі як заїкання і зависання	очевидний дефіцит в усіх завданнях

Отже, на підставі результатів аналізу даних щодо застосування шкали MMSE як валідного, надійного і зручного в використанні інструменту в скринінговій діагностиці когнітивних порушень у пацієнтів похилого віку, вона

була відібрана для скринінгу пацієнтів у дослідження. Критерієм включення був рівень MMSE < 11 балів, що свідчило про наявність тяжкого ступеню деменції, який унеможлиблював проведення процедури обстеження за дизайном дослідження.

2.2.2 Кумулятивна шкала рейтингу захворювань для геріатричних пацієнтів (CIRS-G). Узагальнення та кількісне виявлення медичних проблем у літньому віці робить можливим істотне порівняння хворобливого навантаження та результатів лікування у літніх пацієнтів із змінними та складними медичними проблемами. Кумулятивна шкала рейтингу захворювань (Cumulative Illness Rating Scale, CIRS), розроблена B. S. Linn, M. W. Linn та L. Gurel і, опублікована в 1968 році, виявилися зручним, але всеосяжним інструментом оцінки сукупності медичних проблем, заснованим на рейтингу від 0 до 4 з можливістю вираховувати сукупний бал. Надалі ця шкала була переглянута, щоб відобразити загальні проблеми здоров'я людей похилого віку з акцентом на захворюваність, із використанням більш конкретних критеріїв, і була перейменована в шкалу накопичувальної оцінки захворювань для геріатрії (CIRS-G).

В процесі розробки шкали авторами були прийняті деякі «довільні» рішення для класифікації певних станів, що можуть належати до більш ніж однієї категорії, і таким чином вони могли бути враховані двічі. Наприклад, деменція класифікується в психічних розладах, хоча вона присутня у неврологічній патології; запаморочення є у категорії «вухо, ніс і горло», хоча також присутнє серед неврологічних порушень; судинні ураження центральної нервової системи обмежені представленістю в сфері неврології, хоча вони технічно перекриваються «судинними розладами».

Для оцінки пацієнта за Кумулятивною шкалою рейтингу захворювань для геріатричних пацієнтів необхідний попередній збір повного анамнезу, а також наявність результатів інструментального і лабораторного обстеження відповідно до стандартів обстеження щодо кожного наявного у пацієнта соматичного або психічного захворювання. Серед них найчастіше

затребуваними є повний аналіз крові, біохімічний профіль включно з електролітами, рівнем холестерину, рівнем В12 у сироватці, показниками функцій печінки, нирок, щитоподібної залози, функції, результати ЕКГ і загальний бал за Короткою шкалою оцінки психічного стану MMSE.

Оцінювання за шкалою CIRS-G дозволяє отримати п'ять показників: загальне число задіяних категорій хвороб, загальний бал, співвідношення загального балу до кількості задіяних категорій (з урахуванням індексу тяжкості за категорією) та кількість задіяних категорій на рівні 3 і 4 для кожного пацієнта. Ця рейтингова стратегія дозволяє лікареві з першого погляду побачити, чи відповідає загальний бал конкретного пацієнта декільком серйозним проблемам або чисельним проблемам від легкого до середнього ступеню тяжкості, а також можливим серйозним проблемам зі здоров'ям, які заслуговують на оцінку 3 або 4. Основна проблемна частина судження, на погляд авторів, полягає в диференціації ступенів тяжкості 2 і 3.

За шкалою CIRS-G обумовлені наступні дескриптори для певного ступеня тяжкості: 0 – без проблем зі здоров'ям взагалі; 1 – поточна легка проблема або минулі серйозні проблеми; 2 – помірна втрата працездатності або помірний ступінь тяжкості захворювання / вимагає терапії «першої лінії»; 3 – важка або постійна значна втрата працездатності / «неконтрольовані» хронічні проблеми; 4 – надзвичайно важка хвороба / негайна потреба в лікуванні / повна органна недостатність / серйозні порушення функції.

Так, до першого рівня (поточна незначна проблема або минула значна проблема) розробники шкали CIRS-G відносили будь-яку поточну медичну проблему, яка спричиняє легкий дискомфорт чи зниження працездатності, або випадкові загострення, які мають загальний незначний вплив на пацієнта (наприклад, грижа шийки матки, періодична печія, яку лікують антацидами за необхідності). Медичні проблеми, які в даний час не є активними, але були значними в минулому, також повинні бути зазначені як рівень «1», наприклад, проходження каменів в нирках. Колишні хвороби дитинства, незначна хірургія, неускладнені переломи з повним видужанням, незначні травми, видалення

зубів або інші подібні випадки без наслідків (наприклад, фебрильні судоми в дитинстві) не обов'язково мають бути перелічені взагалі. Проте, якщо будь-який з перерахованих вище випадків міг бути причиною можливих майбутніх ускладнень, потрібно урахувати цю медичну проблему.

При диференціації рівня 2 (помірна втрата працездатності або помірний ступінь тяжкості захворювання / вимагає терапії «першої лінії») і рівня 3 (важка або постійна значна втрата працездатності / «неконтрольовані» хронічні проблеми) треба враховувати, що до рівня 2 відносяться захворювання, які потребують щоденного лікування препаратами «першої лінії». До таких випадків можна віднести, наприклад, коли пацієнти потребують щоденних нестероїдних протизапальних препаратів для терапії артриту або щоденного дигоксину для контролю застійної серцевої недостатності.

Рівень 3 слід схвалювати для хронічних станів, які не компенсуються при терапії першої лінії, наприклад, що вимагають призначення стероїдів для ревматологічних захворювань або захворювань легенів. «Постійна значна втрата працездатності» описує пацієнтів, основна патологія яких не повністю компенсується медичними схемами, наприклад, пацієнти із виразним ступенем стенокардії отримують рівень «3», оскільки їх основна патологія не повністю компенсується медичними схемами, але можливі менш напружені фізичні дії (тобто рівень «4» не вказаний).

Рівень 4 – надзвичайно важкий (надзвичайно важка хвороба / негайна потреба в лікуванні / повна органна недостатність / серйозні порушення функції) – описує пізні стадії хвороби чи втрати працездатності в межах однієї категорії. Як правило, цей рівень відображає нездатність зупинити процес захворювання, що спричиняє інвалідність, біль або обмежену активність у щоденному житті. Крім того, до рівня 4 відноситься будь-який гострий стан, який вимагає негайного лікування, наприклад, гостра затримка сечі також буде кваліфікована як «4». Чітке обмеження або порушення щоденної активності або сенсорні порушення також підтверджують рівень «4» у відповідній категорії, наприклад, сліпота, глухота або пересування в інвалідному кріслі.

В усіх категоріях рівень 0 означає відсутність захворювання. Для найбільш розповсюджених захворювань авторами були визначені наступні критерії. Так, для злоякісних новоутворень рівень 1 визначається, коли рак було діагностовано в далекому минулому без доказів повторення або наслідків протягом останніх 10 років. Для рівня 2 необхідні аналогічні критерії, але в часовому проміжку 5 років. Рівень 3 передбачає необхідність проведення хіміотерапії, променевої або гормональної терапії або хірургічного втручання при раку за останні п'ять років. При рівні 4 йдеться про рецидивуючі злоякісні новоутворення, що потенційно загрожують життю, коли первинне лікування було неефективним і пацієнт отримує паліативне лікування.

Основна частина серцево-судинних захворювань охоплюється атеросклеротичною хворобою серця, аритміями, застійною серцевою недостатністю та недостатністю клапанів. У кожній з цих категорій слід оцінити ступінь 1–4 ступеня тяжкості.

Коли йдеться про серцеві хвороби, рівню 1 відповідає віддалений інфаркт міокарду (> п'яти років тому) або нечасті напади стенокардії, які лікуються періодичним прийомом ліків за необхідністю. Наявність у пацієнта хронічної серцевої недостатності, серцевої гіпертрофії або порушень серцевого ритму з відповідним щоденним прийомом антиангінальних та/або антиаритмічних препаратів означає рівень 2.

Перенесений інфаркт міокарду в межах 5 років, коронарна ангіопластика або шунтування діагностуються як рівень 3. При рівні 4 йдеться про обмеження щоденної активності, пов'язаному з серцевим статусом (наприклад, нестабільна стенокардія або важка застійна серцева недостатність).

Серед судинних хвороб на окрему увагу заслуговує артеріальна гіпертензія, що верифікується наявністю постійно підвищеного діастолічного тиску > 90 мм рт. ст. і відповідає рівню 1 за умови компенсації обмеженням солі або втратою маси тіла; рівню 2 – при щоденній монотерапії антигіпертензивним препаратом; рівню 3 – при постійній комбінованій антигіпертензивній терапії. Рівень 4 в даному випадку перетинається з

неврологічними розладами, коли йдеться про аневризму аорти понад 4 см (до 4 см – рівень 3).

Розлади гемопоезу розподіляються за 1–3 рівнем відповідно до зниження рівня гемоглобіну і лейкоцитів, причому будь-який хронічний стан вже оцінюється як 2 рівень, а наявність будь-якої онкологічної хвороби крові розцінюється як 4 рівень.

Щодо хвороб дихальної системи, періодичні епізоди гострого бронхіту, час від часу застосування інгаляторів при астмі або паління від 10 до 20 пачко-років оцінюються як 1 рівень. Два та більше епізодів пневмонії протягом останніх п'яти років, рентгенологічні дані про хронічна обструктивна хвороба легень (ХОХЛ) або потреба у щоденному теофіліні / інгаляторах і паління 20–40 пачко-років заслуговують на рівень 2. Гостра амбулаторна пневмонія, обмежена дихальна здатність, потреба у пероральних стероїдах для захворювань легень і паління понад 40 пачко-років визначають рівень 3. Гостра госпітальна пневмонія, потреба у киснетерапії, принаймні один епізод дихальної недостатності, що вимагає штучної вентиляції легень або онкопатологія є рівнем 4.

Виправлений зір 20/40, хронічний синусит і слабкий рівень слуху є рівнем 1. Рівень 2 – це виправлений зір 20/60 чи читання газетного паперу з труднощами, потреба у слуховому апараті, а також хронічний риніт і запаморочення, що потребують лікування. Часткова сліпота і глухота відповідає рівню 3, а функціональна сліпота або функціональна глухота визначає рівень 4.

Для уражень кишково-шлункового тракту наявність функціональних або легких органічних розладів, що корегуються дієтою або нерегулярним прийомом ліків становить 1 рівень. Для рівня 2 необхідні документовані виразкові ураження або неускладнена грижа в межах 5 років та/або щоденний прийом ліків. Рівень 3 передбачає активну виразку, невиразні ознаки кровотечі, розлади ковтання або дисфагію, щоденно проносні засоби або клізми. Будь-яка злоякісність вказує на 4 рівень.

При оцінці ступеню тяжкості захворювань печінки і підшлункової залози прийнято наступний розподіл: гепатит > п'ять років і холецистектомія означає рівень 1; підвищення трансаміназ до 150 %, гепатит в межах п'яти років, холелітіаз і щоденне або тяжке пияцтво протягом п'яти років відповідає 2-му рівню; загальний білірубін > 2, підвищення трансаміназ понад 150 %, хронічний панкреатит або панкреатична недостатність, що потребує вживання додаткових ферментів дорівнює 3-му рівню; гострий панкреатит або холецистит, активний гепатит, біліарна обструкція і будь-який рак жовчного дерева заслуговують на рівень 4.

Захворювання нирок, починаючи з рівня 2, оцінюються в залежності від показника креатиніну, лише рівень 1 відображає проходження каменю в нирках протягом останніх 10 років, безсимптомний камінь нирки або пієлонефрит протягом п'яти років. Оцінка функції нирок повинна покладатися на лабораторні дослідження.

Деякі безсимптомні пацієнти з підвищеним рівнем креатиніну можуть бути диференційовані між рівнями «2» від «3» в залежності від того, чи потрібні допоміжні ліки. Будь-який перитонеальний або гемодіаліз заслуговує на «4», як і будь-яка кінцева стадія ниркової недостатності або ниркової карциноми. Специфічні клубочкові захворювання або нефротичні синдроми заслуговують на «2» або «3» в залежності від необхідного лікування.

Щодо захворювань уrogenітальної системи: нейрогенний сечовий міхур, стресорна нетримання сечі, рецидивні сечовивідні інфекції, фіброміома без кровотечі і гістеректомія в анамнезі у жінок та нестабільність сечовипускання у чоловіків відповідає рівню 1; нетримання сечі (без стресу) поточні сечовивідні інфекції, один патологічний мазок у жінок та порушення сечовипускання і трансуретральна простатектомія у чоловіків, а також наявність постійного катетеру або нефростоми у пацієнтів будь-якої статі заслуговують, принаймні, на рівень «2».

Сечовивідні рецидивні інфекції, рак передміхурової залози *in situ* у чоловіків, вагінальні кровотечі і рак шийки матки *in situ* у жінок,

а також гематурія, уросепсис в анамнезі, щоденне нетримання сечі, що потребує використання дорослих підгузників або регулярне нічне нетримання сечі, заслуговують на рівень «3». До 4 рівня відносяться гостра олігурія, поточний уросепсис і будь-який урогенітальний рак, крім випадків, описаних вище.

У випадках наявності артриту, що час від часу потребує ліків або невиразно обмежує денну активність рекомендовано рівень 1; щоденні ліки або використання допоміжних пристроїв і помірне обмеження денної активності – рівень 2; потреба у стероїдних препаратах, симптоматично порушена денна активність, вторинна до артриту або остеопорозні переломи хребців є рівнем 3; до 4 рівня відносяться потреба в інвалідній колясці, сильна деформація або важке порушення функції суглобів, остеомієліт і будь-який кістковий або м'язовий рак.

Не меланотичні шкірні ракові захворювання і інфекції шкіри, що потребують антибіотиків протягом року є захворюваннями 1-го ступеню тяжкості, меланоми без метастазів – другого, а метастатичні меланоми – вже 4-го ступеню.

Частий головний біль, що час від часу потребує прийому препаратів, без впливу на повсякденну діяльність або принаймні одна транзиторна ішемічна атака в анамнезі вважаються розладами 1-го ступеню тяжкості. Наявність потреби щоденного лікування хронічного головного болю, що впливає на щоденну діяльність або гостре порушення мозкового кровообігу (транзиторна ішемічна атака) без значних залишкових симптомів і легка ступінь тяжкості нейродегенеративних захворювань (хвороба Паркінсона, розсіяний склероз та аміотропний боковий склероз) означає рівень 2.

Цереброваскулярні катастрофи оцінюються відповідно до рівня залишкового дефіциту чи інвалідизації, наприклад, пацієнт, який мав геміпарез і порушення мовлення, відновив чітко виражену мову, і прогулянки з незначним незмінним порушенням ходи, був би оцінений як «3», з залишковим функціональним геміпарезом або афазією – як «4».

Прикладом рівня «3» буде пацієнт з хворобою Паркінсона, який, незважаючи на антипаркінсонічний препарат, демонструє залишкову брадикінезію та порушення ходьби. Як приклад рівня «4», цей пацієнт не зможе піклуватися про свої власні основні потреби (купання, туалет тощо) внаслідок прогресування важкої хвороби.

Оцінка тяжкості ендокринних і метаболічних розладів включає також дифузні інфекції та отруєння. Перший рівень тяжкості означає наявність цукрового діабету, що компенсується дієтою; ожирінням з ІМТ > 30; замісна терапія тиреоїдними гормонами. Цукровий діабет, що потребує інсуліну або оральних препаратів і фіброзно-кістозна мастопатія заслуговують на рівень 2. Цукровий діабет середнього ступеню тяжкості, наприклад, з досить добре контрольованим рівнем цукру в крові у діапазоні 300 мг/дл з деякою ретинопатією або периферичною нейропатією заслуговує на «3». На цьому ж рівні тяжкості є будь-яке порушення електролітного обміну, що вимагає лікування в стаціонарі, а також ожиріння з ІМТ > 45.

Тяжкий або погано контрольований цукровий діабет або діабетична кома в минулому році вимагає оцінки «4». До цього ж рівня відноситься замісна терапія гормонами наднирників, а також карциноми надниркових залоз, щитовидної залози або молочної залози.

Серед психічних розладів основними критеріями тяжкості виступають не певні нозологічні категорії, а потреби у лікуванні і ступінь функціональної неспроможності. Відповідно до першого ступеню тяжкості було віднесено: амбулаторне лікування кризових станів в анамнезі, амбулаторне лікування депресії > 10 років тому / поточне застосування малих транквілізаторів для епізодичної тривожності (час від часу) / легке раннє слабоумство (MMSE > 25 балів і < 28 балів). Великий депресивний розлад в межах останніх 10 років (з лікуванням або без лікування), легка деменція (MMSE 20–25 балів), будь-яка попередня психіатрична госпіталізація або будь-який психічний епізод > 10 років тому внаслідок зловживання психоактивними речовинами оцінюються рівнем 2.

Для рівня 3 необхідна наявність двох або більше епізодів депресії протягом останніх 10 років, помірний ступінь деменції (MMSE – 15–20 балів), поточне щоденне застосування анксиолітичних або антипсихотичних препаратів, а також поточне зловживання психоактивними речовинами або стан залежності.

До найбільш тяжкого 4 рівня віднесено наявність поточного психічного розладу, що вимагає психіатричної госпіталізації, розміщення у будинку-інтернаті чи інтенсивного амбулаторного лікування (наприклад, пацієнти з важкою або суїцидальною депресією, гострий психоз або психотична декомпенсація, виразна ажитація при деменції, важкий ступінь зловживання психотропними речовинами тощо), а також важкий ступінь деменції (MMSE<15 балів).

Для осіб похилого віку, які в тому числі складають клінічний матеріал дисертаційного дослідження, деменція та депресія є найпоширенішими психіатричними діагнозами. Рейтингові категорії відносно цих станів розподілені відповідно до тяжкості та періоду часу з моменту останнього епізоду. Зрозуміло, що пацієнти з більш серйозними захворюваннями, більш частими епізодами загострень або ті, які потребують більш інтенсивного втручання заслуговують на більш високий ступінь тяжкості.

Наведені критерії слідують за моделями збільшення тяжкості для п'яти основних категорій захворювань: деменції, депресії, тривоги, психозу та зловживання психоактивними речовинами. Ці репрезентативні категорії були обрані для достовірного представлення великої групи значущих психічних захворювань.

Як і в категоріях соматичних захворювань, інші психічні розлади слід оцінювати відповідно до аналогічного рівня порушення, як перераховані приклади. Так, пацієнти з розладами особистості визначаються в основному як такі, що мають хронічні труднощі, що утруднюють міжособистісні відносини. Вони можуть призвести до серйозних порушень у деяких пацієнтів і повинні

бути оцінені відповідно; наприклад, поточний ризик суїциду та наявність будь-якої попередньої спроби самогубства може заслужити оцінку «3» або «4».

2.2.3 Опитувальник якості життя (SF-36). Для визначення рівню якості життя пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю нами був застосований опитувальник MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form). Ця методика зазвичай використовується для визначення неспецифічної якості життя, незалежно від статевих та вікових особливостей, а також від наявності захворювання.

Опитувальник MOS SF-36 був розроблений ще у 80-х роках XX століття у США J. E. Ware на основі масштабного дослідження наслідків захворювань (Medical Outcomes Study). В результаті цього дослідження був сформований 40-факторний опитувальник, який складався зі 149 пунктів (149-item Functioning and well-being profile). При оцінці валідності даного опитувальника було виявлено 8 факторів якості життя, які найчастіше змінювалися під впливом хвороби та лікування.

Авторами було висловлено припущення про те, що дані фактори відображають найбільш загальні та неспецифічні параметри якості життя. Питання, які містяться у сучасній версії опитувальника MOS SF-36, відносяться саме до цих факторів. Опитувальник був валідизований у 1998 р. аналітичним сектором Міжнародного центру дослідження якості життя в м. Санкт-Петербург, де було показано високу погодженість з характеристиками якості даних досліджень, проведених у інших країнах.

Конструктивна модель шкал та сумарних вимірювань опитувальника MOS SF-36 має три рівні: 36 питань; 8 субшкал та 2 сумарних вимірювання, якими об'єднуються ці субшкали. Опитувальник відображає загальне благополуччя та рівень задоволеності тими сторонами життєдіяльності особи, які чинять найбільший вплив на стан здоров'я.

Отже, визначення рівню якості життя проводилося за такими субшкалами:

1. Фізичне функціонування – Physical Functiong (PF) – субшкала, що оцінює фізичну активність та включає в себе самообслуговування, ходьбу, підйом сходами, підняття важких речей, а також виконання значних фізичних навантажень. Цей показник відображає повсякденні фізичні навантаження і чим він вищий, тим більше фізичне навантаження, на думку досліджуваної особи, вона може виконати. Низькі показники за даною субшкалою, свідчать, що фізичне функціонування пацієнта значно обмежене станом здоров'я.

2. Рольове фізичне функціонування – Role Physical (RP) – субшкала, яка розкриває роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, а саме характеризує ступінь обмеження у роботі та виконанні повсякденних обов'язків факторами, що пов'язані зі здоров'ям. Низькі показники за даною субшкалою вказують, що повсякденна діяльність значно обмежена станом здоров'я.

3. Субшкала болю – Bodily Pain (BP) – вказує на інтенсивність больового синдрому та його вплив на здатність особи займатися нормальною діяльністю, включаючи роботу по дому протягом останніх 4-х тижнів. Низькі показники даної субшкали вказують на те, що біль значно перешкоджає фізичній активності пацієнта.

4. Загальний стан здоров'я – General Health (GH) – субшкала, що оцінює стан здоров'я в даний момент, перспективи лікування та наявність опору захворюванню. Високі показники за цією субшкалою свідчать про хороший стан здоров'я особи.

5. Субшкала життєздатності – Vitality (VT) – показує рівень сил та енергії пацієнта. Низькі бали свідчать про втому та зниження рівню життєвої активності.

6. Субшкала соціального функціонування – Social Functioning (SF) – розкриває задоволеність пацієнта рівнем його соціальної активності (спілкуванням з сім'єю, друзями, колегами) і відображає ступінь, за якого емоційний або фізичний стан цю активність обмежує.

7. Рольове емоційне функціонування – Role Emotional (RE) – субшкала показує вплив емоційного стану на виконання роботи або іншої повсякденної діяльності, включно зі збільшенням часу на виконання або зменшення обсягу та якості виконуваної роботи.

8. Психологічне здоров'я – Mental Health (MH) – субшкала, яка характеризує настрій, наявність тривоги та депресії, вказує на загальний показник позитивних емоцій. Низькі показники субшкали свідчать про психологічне неблагополуччя, в тому числі, наявність депресивних та тривожних станів.

Максимальним значенням для всіх субшкал, при повній відсутності обмежень чи порушень стану здоров'я, є 100 балів. Тож, чим вищий показник по кожній із субшкал, тим краща якість життя за певним параметром.

У подальшому вищезазначені шкали були згруповані у два показники, що складали фізичний та психологічний компонент здоров'я. Субшкали PF, RP, BP, GH характеризують фізичний компонент здоров'я – Physical Health (PH), VT, SF, RE, MN – складові психологічного компоненту – Mental Health (MH).

Спочатку підраховується Z-значення по восьми субшкалам опитувальника за наступними формулами:

$$PF-Z = (PF - 84,52404) / 22,89490$$

$$RP-Z = (RP - 81,19907) / 33,797290$$

$$BP-Z = (BP - 75,49196) / 23,558790$$

$$GH-Z = (GH - 72,21316) / 20,16964$$

$$VT-Z = (VT - 61,05453) / 20,86942$$

$$SF-Z = (SF - 83,59753) / 22,37642$$

$$RE-Z = (RE - 81,29467) / 33,02717$$

$$MH-Z = (MH - 74,84212) / 18,01189$$

Потім підраховується значення показника «Фізичний компонент здоров'я (PH)» за формулою:

$$PHsum = (PF - Z * 0,42402) + (RP - Z * 0,35119) + (BP - Z * 0,31754) + (SF * -0,00753) + (MH - Z * -0,22069) + (RE - Z * -0,19206) + (VT - Z * -0,02877) + (GH - Z * -0,24954).$$

$$PH = (PHsum * 10) + 50.$$

Нарешті підраховується значення показника «Психічний компонент здоров'я (МН)»

$$MHsum = (PF - Z * -0,22999) + (RP - Z * -0,12329) + (BP - Z * -0,09731) + (SF * 0,26876) + (MH - Z * 0,48581) + (RE - Z * 0,43407) + (VT - Z * 0,23534) + (GH - Z * -0,01571)$$

$$PH = (MHsum * 10) + 50.$$

Загальна оцінка результатів тестування за окремими субшкалами та інтегральними показниками за шкалою SF-36 виглядає наступним чином: низький показник якості життя – 0–20; якість життя нижче за середню – 21–40; середній рівень якості життя – 41–60; якість життя вище за середню – 61–80; високий показник якості життя – 81–100.

2.2.4 Опитувальник задоволеності пацієнта (PSQ). Вимірювання задоволеності пацієнтів вважається суттєвим сумарним показником для оцінки якості медичної допомоги [1]. Зміни патерналістичної моделі медицини на біопсихосоціальну модель охорони здоров'я та пацієнт-орієнтовану медичну допомогу сприяло переміщенню думки пацієнта в чільне місце у ієрархії факторів щодо прийняття медичних рішень [2]. Оскільки пацієнти розглядаються як споживачі медичних послуг, оцінка якості медичної допомоги через погляд пацієнта стала пріоритетом в медичному менеджменті.

Проте задоволення пацієнта є складною конструкцією, і незважаючи на те, що в 80-х роках з'явилися декілька теорій, все ще існує відсутність міцної концептуальної теоретичної основи, що перешкоджає його вимірюванню [3].

Ліндер-Перлз [4] визначила задоволення пацієнта як позитивне індивідуальне ставлення до різних вимірів медичних послуг. Це ставлення може впливати на декілька факторів, які можуть змінюватися в залежності від психосоціального та культурного контексту. Що стосується психосоціальних

факторів, теорія невідповідності стверджує, що очікування пацієнтів є ключовими у загальному зрозумінні причини вираженого невдоволення медичною допомогою [3, 5, 6].

Хоча існує полеміка щодо методів вимірювання досвіду пацієнта щодо якості обслуговування або задоволення пацієнтів, багато авторів стверджують, що це задоволення пов'язане з очікуваннями пацієнтів щодо ідеального догляду за ними та їх реальним досвідом такого догляду [7]. Задоволення пацієнтів розглядається більшістю як багатовимірна конструкція, яка включатиме різноманітні домени: доступність, організаційні характеристики системи, знання лікаря, клінічні та комунікативні навички або відносини лікар-пацієнт тощо [8].

Задоволеність пацієнта медичною допомогою має велике значення як для індивідуального, так і для громадського здоров'я. Саме визначення такого показника є важливим для виявлення слабких місць у системі надання допомоги з точки зору пацієнта для подальшого поліпшення умов, методів і інших обставин медичної допомоги. Це може бути зроблено шляхом використання Опитувальника задоволеності пацієнта (The patient satisfaction questionnaire, PSQ), який є коротким, валідним інструментом, який може застосовуватися до різноманітних параметрів, а також порівняння втручання.

Опитувальник PSQ було розроблено на основі ретельних досліджень та скорочень від більших опитувальників [2, 3], з підтриманням внутрішньої узгодженості та надійності [1]. Можливі відповіді за шкалою Лайкарта від 1 до 5, починаючи від «повністю згоден» до «повністю не згоден». Звіти включають в себе наступні аспекти медичної допомоги: загальна задоволеність (питання 3, 17); кваліфікація персоналу (питання 2, 4, 6, 14); міжособистісні відносини (питання 10, 11); спілкування (питання 1, 13); витрати на лікування (питання 5, 7); час спілкування з лікарем (питання 12, 15); доступність / зручність (питання 8, 9, 16, 18). Окрім зазначення вищевикладених показників задоволеності, результати можуть бути об'єднані, щоб забезпечити показник загальної задоволеності, який максимально може сягати 90 балів. Звичайно, загальна

задоволеність має сильну кореляцію з іншими доменами і, таким чином, важливо поліпшення у всьому. Внутрішня послідовність коливалася від 0,72 до 0,93 і коефіцієнт кореляції всередині тесту – від 0,52 до 0,80.

Попри те, що опитувальник є універсальним, можна приділяти більшу увагу окремим аспектам задоволеності медичною допомогою (відносини, витрати, час) або проводити опитування щодо окремих фрагментів лікувально-діагностичного процесу (візит до сімейного лікаря, проведення МРТ, здійснення лапароскопії тощо). Це, безумовно, було адаптовано для використання в первинній медичній допомозі та відділу амбулаторних хворих (4, 5). PSQ-18 є допустимим, відтвореним опитувальником з великим потенціалом для використання в різних умовах.

Для отримання валідних результатів необхідно чітко дотримуватись певних умов заповнення опитувальника: пацієнт повинен розуміти мету опитування і заповнити анкету без пропусків без допомоги та обмеження часу на виконання завдання. Необхідно стежити за тим, щоб пацієнти відчували себе без тиску для відповідей у певному сенсі.

Враховуючи те, що у нашому дослідженні брали участь пацієнти похилого віку, які мали психічні розлади із ймовірним когнітивним дефіцитом у клінічній картині, в присутності пацієнта перевірялось, чи був опитувальник правильно заповнений, щоб пацієнт міг щось змінити за необхідності (найбільш поширена помилка – пропущені відповіді).

В процесі розробки і адаптації опитувальника було також підтверджено гіпотезу про існування позитивного зв'язку між задоволенням пацієнтів та загальною оцінкою якості медичного обслуговування з одного боку, отриманого під час перебування в лікарні, а з іншого – з поліпшенням їхнього благополуччя [4, 5, 6, 7]. Такі позитивні кореляції створюють тенденцію до визначення вищого ступеня задоволеності за умов, коли оцінка пацієнтів щодо свого здоров'я та якості отриманої медичної допомоги також вище. Це також підкреслює високу валідність цього інструменту.

2.2.5 Опитувальник прихильності до лікування Моріскі (MMAS). Для визначення прихильності до лікування застосовуються самозвіти пацієнтів (усні і у вигляді щоденників), електронний моніторинг, визначення концентрації діючої речовини у сироватці крові, а також потенційні біологічні реакції на призначені ліки. Не існує «золотого стандарту» у вимірюванні прихильності до лікування (комплаєнсу), тому рекомендованим вважається поєднання самозвітів пацієнта і подальшої об'єктивізації цих даних. Можуть бути різні причини недотримання лікарських рекомендацій: пацієнт не розуміє важливості прийому ліків і дотримання здорового способу життя; пацієнт дійшов висновку, що переваги прийому препарату не перевищують витрати на нього; складність схеми прийому ліків перевищує можливості обробки цієї інформації пацієнтом; пацієнт не достатньо уважний; пацієнт має неточні, ірраціональні або суперечливі судження про ліки; пацієнт не вважає ліки ефективними.

Існує декілька шкал для вимірювання прихильності: Adherence Estimator (Оцінювач прихильності), Ecologic Momentary Assessment (Екологічна моментальна оцінка), Beliefs about Medications Questionnaire BMQ (General), Beliefs about Medications Questionnaire BMQ (Specific) (Загальний і Специфічний опитувальники очікувань щодо ліків) і Morisky Medication Adherence Scale (Опитувальник прихильності до лікування Моріскі), але тільки остання шкала повною мірою враховує поведінкові реакції пацієнта на переконання щодо ліків.

Отже, для визначення прихильності пацієнтів до лікування в нашому дослідженні ми відібрали 8-пунктову Шкалу прихильності до лікування Medication Adherence Scale (MMAS), яка була запропонована в D. E. Morisky у 2008 році. Оригінальна 8-пунктова шкала MMAS була перевірена Morisky та співавт. на вибірці пацієнтів із гіпертонічною хворобою, де було виявлено, що дана шкала надійна, з доброю прогностичною валідністю та чутливістю. Подальші дослідження, проведені на вибірках амбулаторних і стаціонарних

пацієнтів соматичного і психіатричного профілю, підтвердили валідність методики.

Ця шкала є однією з найбільш часто використовуваних у світі для оцінки рівня прихильності до терапії, її застосовують, починаючи з первинної версії, вже понад 30 років [10, 11, 12]. В деяких дослідженнях використовується коротка версія цієї шкали з 4 пунктів (модифікація Morisky-Green).

8-пунктова шкала прихильності до лікування за Morisky (MMAS) включає 8 запитань, які стосуються ставлення хворого до прийому медикаментів. Відповіді на запитання 1–7 даються у форматі «так/ні». На 8-ме запитання є 5 варіантів відповіді: ніколи/дуже рідко; час від часу; деколи; переважно; завжди. За кожне «ні» (або «ніколи») пацієнт отримує 1 бал.

Питання анкети розроблено таким чином, щоб виявити та оцінити перешкоди до виконання рекомендацій лікаря. Невиконання рекомендацій може бути несвідомим — внаслідок неуважності, несерйозного ставлення до лікування, або свідомим, наприклад, коли пацієнт приймає рішення про припинення прийому ліків у разі погіршення або покращання загального самопочуття. Аналіз відповідей пацієнта на питання анкети дає можливість це оцінити.

Висока прихильність до лікування відзначається у пацієнтів, які отримали 8 балів, середня – 7–6 балів, низька – <6 балів [10].

2.2.6 Статистичні методи дослідження. Статистичний аналіз містив розрахунок: середньої арифметичної (M); середньоквадратичного відхилення (σ); помилки середньої арифметичної (m). Достовірність відмінностей аналізувалася методом порівняння двох показників (t -критерій Стьюдента), за допомогою яких визначалася значущість відмінностей двох груп за середнім значенням будь-якого показника.

Для оцінки достовірності відмінностей параметрів за даними вибіркової сукупності щодо кількісних показників бралися до уваги три рівні значимості:

5 % (ймовірність помилкової оцінки – $P = 0,05$), 1 % ($P = 0,01$) і 0,1 % ($P = 0,001$).

Кореляційний аналіз, проведений на підставі обчислень коефіцієнта Spearman та критерію Pearson дозволив встановити якісні взаємозв'язки між досліджуваними ознаками респондентів.

Обробка даних здійснювалася з використанням параметричних і непараметричних методів математичної статистики із застосуванням статистичної програми SPSS 16.0 for Windows.

2.3 Загальна характеристика матеріалу дослідження

Було проаналізовано основні соціально-демографічні характеристики клінічного матеріалу дослідження і розподіл обстежених осіб за основним захворюванням з використанням методів описової статистики.

Серед обстежених 325 пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю переважали жінки з питомою вагою 71,3 % серед усіх обстежених. В ОГ жінки складали 72,7 %, а в ПГ – 71,3 %. Отже, основна і порівняльна група були репрезентативними за статтю.

За сімейним станом переважна більшість були вдівцями або удовами: відповідно 45,9 % серед усіх обстежених без достовірної різниці між групами (в ОГ – 45,2 %; в ПГ – 47,1 %) (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Розподіл обстежених осіб за статтю і сімейним станом (n = 325)

Показник	Значення	Група				Всього	
		порівняльна		основна			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Стать	чоловіча	25	28,7	65	27,3	90	27,7
	жіноча	62	71,3	173	72,7	235	71,3
Сімейний стан	не одружений або не заміжня	1	1,15	5	2,1	6	1,85

Показник	Значення	Група				Всього	
		порівняльна		основна			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
	заручений(а)	1	1,15	0	0	1	0,31
	одружений / заміжня	22	25,29	59	24,79	81	24,92
	розведений(а)	22	25,29	64	26,89	86	26,46
	вдівець/вдова	41	47,12	108	45,2	149	45,85
	незареєстрований шлюб	0	0	2	0,84	2	0,61

По $\frac{1}{4}$ обстежених перебували в шлюбі або були розлученими: відповідно 24,9 % одружених/заміжніх та 26,5 % розлучених – без достовірної різниці між групами.

При аналізі розподілу обстеженого контингенту за сумісним проживанням було виявлено, що майже по $\frac{1}{3}$ від усіх обстежених обох груп проживало наодинці (36,3 %) або з дітьми (30,5 %) без достовірної різниці між групами (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Розподіл обстежених осіб в групах за сумісним проживанням (n = 325)

Вид сумісного проживання	Група				Всього	
	порівняльна		основна			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Один	22	25,29	96	40,34	118	36,31
З батьками	1	1,15	0	0	1	0,31
З дружиною (чоловіком)	11	12,64	37	15,55	48	14,77
З дітьми	38	43,73	61	25,63	99	30,46

Вид сумісного проживання	Група				Всього	
	порівняльна		основна			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
З дружиною (чоловіком) та дітьми	12	13,79	19	7,98	31	9,54
З дружиною(чоловіком), дітьми та батьками	0	0	3	1,26	3	0,92
З друзями	2	2,25	2	0,84	4	1,23
Інше	1	1,15	20	8,4	21	6,46

При аналізі освітнього рівня нами були визначені наступні результати: серед обстежених 325 пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю найбільше було хворих з середньою спеціальною (29,9 %) і середньою освітою (24,9 %); 1/5 частина групи мала вищу освіту (20,3 %); особи з початковою і неповною середньою освітою загалом складали до 20 %; найменша питома вага була у групі осіб з неповною вищою освітою. За рівнем освіти достовірної різниці між групами не визначалось (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Розподіл обстежених осіб в групах за рівнем освіти (n = 325)

Освіта	Група				Всього	
	порівняльна		основна			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Початкова	7	8,05	15	6,3	22	6,78
Неповна середня	10	11,49	31	13,03	41	12,54
Середня	25	28,73	56	23,53	81	24,94

Освіта	Група				Всього	
	порівняльна		основна			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Середня-спеціальна	21	24,14	76	31,93	97	29,86
Незакінчена вища	4	4,6	14	5,88	18	5,56
Вища	20	22,99	46	19,33	66	20,32

Фізичний характер праці протягом життя був у 66,5 % пацієнтів без достовірної різниці між групами (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

Розподіл пацієнтів в групах за характером праці та основним захворюванням (n = 325)

Показник	Значення	Група				Всього	
		порівняльна		основна			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Характер праці	фізичний	55	63,2	161	67,6	216	66,5
	розумовий	32	36,8	77	32,4	109	33,5
Основне захворювання	шизофренія	4	4,6	21	8,8	25	7,7
	деменція	77	88,5	163	68,5	240	73,8
	інше	6	6,9	54	22,7	60	18,5

Основним захворюванням у більшості пацієнтів була деменція легкого або середнього ступеню виразності різного генезу (типу Альцгеймера, судинна, змішана) (73,8 %). Пацієнти з шизофренією склали 7,7 % від усіх обстежених. Решта 18,5 % обстежених страждали на депресивні розлади, біполярний афективний розлад і розумову відсталість. Достовірної різниці між групами за основним діагнозом не зафіксовано (табл. 2.7).

Висновки до розділу 2

У другому розділі представлена загальна схема організації наукового дослідження, описані його етапи та наведені методики, які були використані для виявлення окремих характеристик пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю.

Дисертаційна робота виконувалась за дизайном рандомізованого контрольованого клінічного дослідження в два етапи: скринінгу та порівняльного дослідження. Було проведено комплексне обстеження 387 пацієнтів геронтопсихіатричного відділення психоневрологічної лікарні м. Маріуполь. Критеріями включення згідно дизайну були: вік пацієнтів 60 і більше років; психічний розлад, що потребував стаціонарного лікування в геронтопсихіатричному відділенні; соматичне захворювання. Відповідно, критеріями виключення – відсутність інформованої згоди; тяжка деменція (MMSE $\leq$ 11 балів); отримання менше 75 % інформації за картою обстеження; недотримання пацієнтом умов участі в дослідженні.

Всього у дослідженні за умови отримання інформованої згоди взяло участь 325 пацієнтів, які були рандомізовані на основну та порівняльну групи у співвідношенні 3:1 з урахуванням віку та статі. Отже, вони були репрезентативними за цими показниками. Основна група (ОГ) кількістю 238 осіб отримувала стандартне лікування і психотерапевтичне втручання. Група порівняння (ПГ) кількістю 87 осіб проходила тільки стандартне лікування до закінчення дослідження, після чого отримала психотерапевтичне втручання.

Відповідно до завдань дослідження використовували соціально-демографічний, клініко-анамнестичний та клініко-психопатологічний методи дослідження у вигляді напівструктурованого психопатологічного інтерв'ю, основною метою якого була комплексна оцінка психічного статусу пацієнта, коморбідних соматичних захворювань, характеру і обсягу фармакотерапії. Розлади психіки діагностувалися відповідно до критеріїв розділу V «Психічні

розлади» МКХ-10. В роботі були використані: Коротка шкала оцінки психічного стану (MMSE), Кумулятивна шкала рейтингу захворювань для геріатричних пацієнтів (CIRS-G), Опитувальник якості життя (SF-36), Опитувальник задоволеності пацієнта (PSQ), Опитувальник прихильності до лікування Моріскі (MMAS). Обробка даних здійснювалася з використанням параметричних і непараметричних методів математичної статистики із застосуванням статистичної програми SPSS 16.0 for Windows.

Серед обстежених переважали жінки: відповідно 71,3 % серед усіх обстежених, 72,7 % – в ОГ і 71,3 % – в ПГ. За сімейним станом переважна більшість були вдівцями або удовами: відповідно 45,9 % серед усіх обстежених без достовірної різниці між групами (в ОГ – 45,2 %; в ПГ – 47,1 %). Майже по 1/3 від усіх обстежених проживало наодинці (36,3 %) або з дітьми (30,5 %) без достовірної різниці між групами.

За рівнем освіти достовірної різниці між групами не визначалось; найбільше було пацієнтів з середньою спеціальною (29,9 %) і середньою освітою (24,9 %). 1/5 частина групи мала вищу освіту (20,3 %). Фізичний характер праці протягом життя був у 66,5 % пацієнтів без достовірної різниці між групами.

Основним захворюванням у більшості пацієнтів стала деменція легкого або середнього ступеню виразності різного генезу (типу Альцгеймера, судинна, змішана) (73,8 %). Пацієнти з шизофренією склали 7,7 % від усіх обстежених. Решта, 18,5 % обстежених, страждали на депресивні розлади, біполярний афективний розлад і розумову відсталість. Достовірної різниці між групами за основним діагнозом не зафіксовано.

Таким чином, досліджувані групи були репрезентативними за основними показниками, що й передбачалось умовами дослідження. Отримані дані свідчили про однорідність вибірки, що надало можливість вивчати та аналізувати особливості поліморбідних пацієнтів похилого віку з психічними розладами. Отже, весь комплекс використаних у роботі методів був адекватний меті та завданням дослідження.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях:

1. Калугін І. В. Полипрагмазия и полифармация у пациентов геронтопсихиатрического профиля [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Архів психіатрії. – 2014. – Т. 20, № 4 (79) – С. 29–34 (*дисертантом визначено завдання дослідження, здійснено набір клінічного матеріалу і аналіз отриманих даних*).

2. Калугін І. В. Якість життя та комплаєнс у пацієнтів геріатричного профілю [Текст] / І. В. Калугін // Психосоматична медицина та загальна практика. – 2017. – Т. 2, № 3. – С. 1–9.

3. Калугін І. В. Психотерапія як фактор покращення задоволеності медичною допомогою та покращення якості життя у пацієнтів геронтологічного профілю з психічними розладами та поліморбідністю [Текст] / І. В. Калугін, О. С. Осуховська // Архів психіатрії. – 2017. – Т. 23, № 4 (91). – С. 236–242 (*дисертантом здійснено аналіз отриманих даних, зроблено висновки дослідження*).

4. Калугін І. В. Проблеми поліморбідності та адекватної фармакотерапії у пацієнтів геронтопсихіатричного профілю : тези доп. наук. симп. з міжнар. участю «Мозок та стрес», (Дніпропетровськ, 1–2 жовт. 2015 р.) [Текст] / І. В. Калугін // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, № 3 (84). – С. 127–128.

5. Калугін І. В. Проблема прихильності до терапії у пацієнтів геронтопсихіатричного профілю : тези доп. наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Психіатрія ХХІ століття: проблеми та інноваційні рішення», (Київ, 27–29 квіт. 2017 р.) [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Архів психіатрії. – 2017. – Т. 23, № 1 (88). – С. 64–66.

Список використаних джерел

1. Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R. Mini-mental state; A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.*

1975. Vol. 12(3). P. 189–98. 10.1016/0022–3956(75)90026–6. View ArticlePubMed
Google Scholar

2. O'Connor D. W., Pollitt P. A., Hyde J. B. [et al.]. The reliability and validity of the Mini-Mental State in a British community survey. *J Psychiatr Res.* 1989. Vol. 23. P. 87–96. 10.1016/0022–3956(89)90021-6. ViewArticlePubMedGoogle Scholar

3. Rovner B. W., Folstein M. F. Mini-mental state exam in clinical practice. *Hosp Pract.* 1987. Vol. 22(1A). P. 99, 103, 106, 110.

4. Foreman M. D., Grabowski R. Diagnostic Dilemma: Cognitive Impairment in the Elderly. *Journal of Gerontological Nursing.* 1992. Vol. 18. P. 5–12.

5. Tombaugh T. N., McIntyre N. J. The mini-mental state examination: a comprehensive review. *J Am Geriatr Soc.* 1992. Vol. 40(9). P. 922–935.

6. Crum R. M., Anthony J. C., Bassett S. S., Folstein M. F. Population-based norms for the mini-mental state examination by age and educational level. *JAMA.* 1993. Vol. 269(18). P. 2386–2391.

7. Foreman M. D., Fletcher K., Mion L. C., Simon L. Assessing Cognitive Function. *Geriatric Nursing.* 1996. Vol. 17. P. 228–233.

8. Vertesi A. [et al.]. Standardized Mini-Mental State Examination. Use and interpretation. *Canadian Family Physician.* 2001. T. 47, № 10. – P. 2018–2023.

9. Davey R. J., Jamieson S. The validity of using the mini mental state examination in NICE dementia guidelines. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2004. Vol. 75. P. 343–344.

10. Shigemori K. [et al.]. The factorial structure of the Mini Mental State Examination (MMSE) in Japanese dementia patients. *BMC geriatrics.* 2010. T. 10, № 1. C. 36. URL: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-36>

11. Linn B. S., Linn M. W., Gurel L. Cumulative illness rating scale. *J Amer Ger Soc.* 1968. Vol. 16. P. 622–626.

12. Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R. Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psych Res.* 1975. Vol. 12. P. 189–198.

13. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd Edition – Revised. Washington: D.C., 1987. p.886
14. Bray G. A. [et al.]. Evaluation of the obese patient. I. An algorithm. *JAMA*. 1976. Vol. 235. P. 1487.
15. Wei J., Wang X., Yang H., Yang T. Development of an In-Patient Satisfaction Questionnaire for the Chinese Population. *PLoS ONE*. 2015. Vol. 10(12). P. e0144785. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144785>
16. Marshall G. N., Hays R. D. The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18). Santa Monica, CA: RAND Corporation, 1994. P. 78–65.
17. Ware J. E., Snyder M. K., Wright W. R. Development and validation of scales to measure patient satisfaction with Medical Care Services. Vol. I, Part A: review of literature, overview of methods, and results regarding construction of scales. (NTIS Publication No. PB 288–329). Springfield, VA: National Technical Information Service, 1976.
18. Ware J. E., Snyder M. K., Wright W. R. Development and validation of scales to measure patient satisfaction with Medical Care Services. Vol. I, Part B: results regarding scales constructed from the patient satisfaction questionnaire and measures of other health care perceptions. (NTIS Publication No. PB 288–300). Springfield, VA: National Technical Information Service, 1976.
19. Grogan S., Conner M., Norman P. Validation of a questionnaire measuring patient satisfaction with general practitioner services. *Qual Health Care*. 2000. Vol. 9. P. 2105.
20. Dawn A. G., Lee P. P., Hall-Stone T., Gable W. Development of a patient satisfaction survey for outpatient care: a brief report. *J Med Pract Manag*. 2003. Vol. 19. P. 1669
21. Labarere J., Francois P., Auquier P. [at al.]. Development of a French inpatient satisfaction questionnaire. *Int J Qual Health Care*. 2001. Vol. 13. P. 99–108.

22. Hays R. D., Larson C., Nelson E. C., Batalden P. B. Hospital quality trends. A short-form patient-based measure. *Med Care*. 1991. Vol. 29. P. 661–668.

23. Finkelstein B. S., Singh J., Silvers J. B. [et al.]. Patient and hospital characteristics associated with patient assessments of hospital obstetrical care. *Med Care*. 1998. Vol. 36. P. AS68–AS78.

24. Cimas M. [et al.]. The patient satisfaction questionnaire of EUprimecare project: measurement properties. *International Journal for Quality in Health Care*. 2016. – T. 28, № 3. – С. 275–280.

25. Гідзинська І. М., Мороз Г. З. Прихильність до лікування хворих на артеріальну гіпертензію: сучасний стан проблеми. *Therapia*. 2010. № 9(50). URL: <http://therapia.ua/therapia/2010/09/trykhylnist-do-likuvannya-khvorykh-na-arterialnu-hipertenziyu-suchasnyy-stan-problemy> – Назва з екрану.

26. Morisky D. E., Ang A., Krousel-Wood M., Ward H. J. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J. Clin. Hypertens. (Greenwich)*. 2008. Vol. 10(5). P. 348–354. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x/full> – Назва з екрану.

27. Allan B. de Guzman, Katrina Illyana J. Guevara, Frances Jane B. Guiang [et al.]. Developing a Model of Medication Adherence among Filipino Elderly. *Educational Gerontology*. 2013. Vol. 39(5). P. 298–313. DOI: 10.1080/03601277.2012.661336

28. Morisky D. E. [et al.]. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *The Journal of Clinical Hypertension*. 2008. Vol. 10.5. P. 348–354.

29. De Las Cuevas Carlos, Peñate Wenceslao. Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in a psychiatric outpatient setting. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2015. Vol. 15.2. P. 121–129.

30. Tan X. I., Patel I., Chang J. Review of the four item Morisky medication adherence scale (MMAS-4) and eight item Morisky medication adherence scale (MMAS-8). *Innovations in pharmacy*. 2014. Vol. 5.3. P. 5.

31. Morisky D. E., Green L. W., Levine D. M. Concurrent and predictive validity of a self reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986. Vol. 24. P. 67–74.

РОЗДІЛ 3

ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИХ, КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНИХ, КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ І ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ОБСТЕЖЕНИХ ПАЦІЄНТІВ

3.1 Соціально-демографічна характеристика і базові показники обстеженого контингенту хворих

Нами була проведена оцінка достовірності різниці за базовими вихідними показниками основної і порівняльної груп.

Середній вік пацієнтів основної і порівняльної груп, як і було передбачено умовами дослідження, не мав достовірної різниці (відповідно, ОГ – 73,42 років, ПГ – 74,75 років, $p = 0,095$).

Гендерний розподіл обстежених пацієнтів також не мав достовірної різниці ($p = 0,8$) з переважанням в обох групах жінок приблизно в 2,5 разів.

Нами був визначений показник інтенсивності тютюнопаління, який вираховувався у пачко-роках (один пачко-рік еквівалентний палінню 20 сигарет на день протягом одного року; розраховується як кількість пачок, випалених за день сигарет, помножених на число років тютюнопаління). Інтенсивність тютюнопаління в основній групі склала 2,65 пачко-років, в порівняльній групі – 4,02 пачко-років також без достовірної різниці між групами ($p = 0,297$).

Розподіл за основним захворюванням (деменція, шизофренія або інше захворювання), представлений в таблиці 2.8, був репрезентативним ($p = 0,065$).

Індекс поліморбідності за Кумулятивною шкалою рейтингу захворювань для геріатричних пацієнтів (CIRS-G) сягав 2,215 в ОГ і 2,232 в ПГ шкалою без достовірної різниці ($p = 0,699$).

Відповідно абсолютна кількість супутніх соматичних захворювань була 3,65 в ОГ і 3,40 в ПГ ($p = 0,365$). Абсолютна кількість щоденних ліків склала 3,26 в ОГ і 2,99 в ПГ ($p = 0,217$) (табл. 3.1).

**Відмінності між групами за базовими (вихідними)
показниками (n = 325)**

Показник	Групи		Достовірність різниці*
	порівняльна	основна	
Стать	чоловіки 28,7 %, жінки 71,3 %	чоловіки 27,3 %, жінки 72,7 %	0,8
Супутні захворювання (абс.)	3,40	3,65	0,365
Препарати, які пацієнт приймає щоденно (абс.)	2,99	3,26	0,217
Індекс поліморбідності	2,232	2,215	0,699
Інтенсивність тютюнопаління (пачко-роки)	4,02	2,65	0,297
Вік (роки)	74,75	73,42	0,095
Основне захворювання	4,6 % – шизофренія 88,5 % – деменція 6,9 % – інше	8,8 % – шизофренія 68,5 % – деменція 22,7 % – інше	0,065

Примітка. * – як видно із цих даних, групи достовірно не відрізнялися по основним змінним.

3.2 Клініко-анамнестичні і клініко-психопатологічні особливості поліморбідності у пацієнтів похилого віку з психічними розладами та особливості фармакотерапевтичного навантаження

Як ми вже зазначали, основним захворюванням у більшості пацієнтів стала деменція легкого або середнього ступеню виразності різного генезу (типу

Альцгеймера, судинна або змішана) (73,8 %). Пацієнти з шизофренією склали 7,7 % від усіх обстежених. Решта, 18,5 % пацієнтів, страждали на депресивні розлади, біполярний афективний розлад і розумову відсталість.

При оцінці поліморбідності за шкалою CIRS-G загальна кількість категорій (залучених у хворобливі процеси органів і систем) в середньому дорівнювала 3,83; середня кількість балів – 8,37; індекс коморбідності – 2,2 в усіх випадках без достовірної різниці між групами. Це означає, що в середньому у кожного пацієнта було 3–4 залучених у хворобливі процеси органів і систем одночасно. Причому, більшість з них потребувала активного щоденного лікування (табл. 3.2).

Були визначені достовірні кореляції між коморбідністю та різними змінними. Кількість категорій за шкалою CIRS-G збільшувалась з віком ($r = 0,376$, $p < 0,001$ (категорій більше у тих, хто старше). Більша кількість категорій асоціювалась з погіршенням якості життя за SF-36 ($r = -0,353$, $p < 0,001$) (чим гірша якість життя, тим більше категорій). Кількість балів за шкалою CIRS-G також мала аналогічні кореляції: збільшувалась з віком ($r = 0,368$, $p < 0,001$); зменшувалась з кращою якістю життя за SF-36 ($r = -0,380$, $p < 0,001$).

Незважаючи на те, що в загальному індексі коморбідності індекс КІ 2 (захворювання помірного ступеню, що потребують лікування) займав найбільш питому вагу, важливими були його кореляції: збільшення з віком ($r = 0,352$, $p < 0,001$); зменшення з більш високою якістю життя за SF-36 ($r = -0,303$, $p < 0,001$).

Індекс КІ 3 (тяжкі неконтрольовані соматичні захворювання) мав позитивні кореляції з ІМТ ($r = 0,125$, $p = 0,025$); з задоволеністю медичною допомогою за шкалою PSQ ($r = 0,151$, $p = 0,006$) та негативну – з якістю життя за шкалою SF-36 ($r = -0,266$, $p < 0,001$). Кількість категорій із оцінкою 3 також мала позитивні кореляції з віком ($r = 0,123$, $p = 0,027$); задоволеністю рівнем наданої медичної допомоги за шкалою PSQ ($r = 0,162$, $p = 0,003$) та негативну – з якістю життя за шкалою SF-36 ($r = -0,231$, $p < 0,001$).

**Поліморбідність за Кумулятивною шкалою рейтингу захворювань
для геріатричних пацієнтів CIRS-G**

Показник	Група	Середня	95 % довірливий інтервал	Достовірність різниці
Кількість категорій CIRS-G	ПГ	3,87	3,57–4,18	0,748
	ОГ	3,82	3,63–4,00	
	загалом	3,83	3,67–3,99	
Кількість балів CIRS-G	ПГ	8,52	7,83–9,20	0,584
	ОГ	8,31	7,94–8,69	
	загалом	8,37	8,04–8,69	
Індекс коморбідності	ПГ	2,232	2,157–2,306	0,699
	ОГ	2,215	2,173–2,258	
	загалом	2,220	2,183–2,256	
КІ 1 Індекс коморбідності	ПГ	0,70	0,56–0,84	0,351
	ОГ	0,62	0,53–0,71	
	загалом	0,64	0,57–0,72	
КІ 2 Індекс коморбідності	ПГ	1,94	1,66–2,23	0,357
	ОГ	2,10	1,93–2,20	
	загалом	2,06	1,91–2,20	
КІ 3 Індекс коморбідності	ПГ	1,25	1,13–1,38	0,018*
	ОГ	1,10	1,04–1,16	
	загалом	1,14	1,09–1,20	
SV Кількість категорій із оцінкою 3	ПГ	1,06	0,93–1,18	0,003*
	ОГ	0,84	0,76–0,91	
	загалом	0,90	0,83–0,96	
ЕХ Кількість категорій із оцінкою 4	ПГ	0,20	0,10–0,29	0,183
	ОГ	0,27	0,21–0,33	
	загалом	0,25	0,20–0,30	

Примітка. * – статистично достовірна різниця.

У пацієнтів порівняльної групи виявилось достовірно більше хронічних станів, які не компенсувалися при терапії першої лінії, а вимагали більш складних схем терапії (відповідно щодо показника KI 3 $p = 0,018$ і щодо SV $p = 0,003$). Але кількість тяжких захворювань з серйозним порушенням функцій, що вимагали негайного лікування, в обох групах достовірно не відрізнялась.

3.3 Якість життя поліморбідних пацієнтів похилого віку з психічними розладами

Нами була оцінена нормальність розподілення отриманих даних за шкалою SF-36. Було визначено, що коефіцієнт асиметрії та коефіцієнт ексцесу знаходились в межах допустимих значень $(-2...2)$. Це вказує на те, що розподілення у вибірці по загальній кількості балів за шкалою SF-36 суттєво не відрізнялось від очікуваного нормального розподілення (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Частотна статистика для результатів обстеження за шкалою SF-36

Показник	Значення
Абс. валідних значень	325
Абс. пропущених значень	0
Середня	34,29
Коефіцієнт асиметрії	0,497
Стандартна похибка коефіцієнту асиметрії	0,135
Коефіцієнт ексцесу	0,11
Стандартна похибка коефіцієнту ексцесу	0,270

Цей же висновок щодо можливості подальшої обробки даних був отриманий за результатами гістограми розподілення показників за шкалою SF-36 та порівняння із нормальним розподіленням. Графік демонструє

відсутність суттєвих відмінностей між очікуваним нормальним та фактичним розподіленням (рис. 3.1).

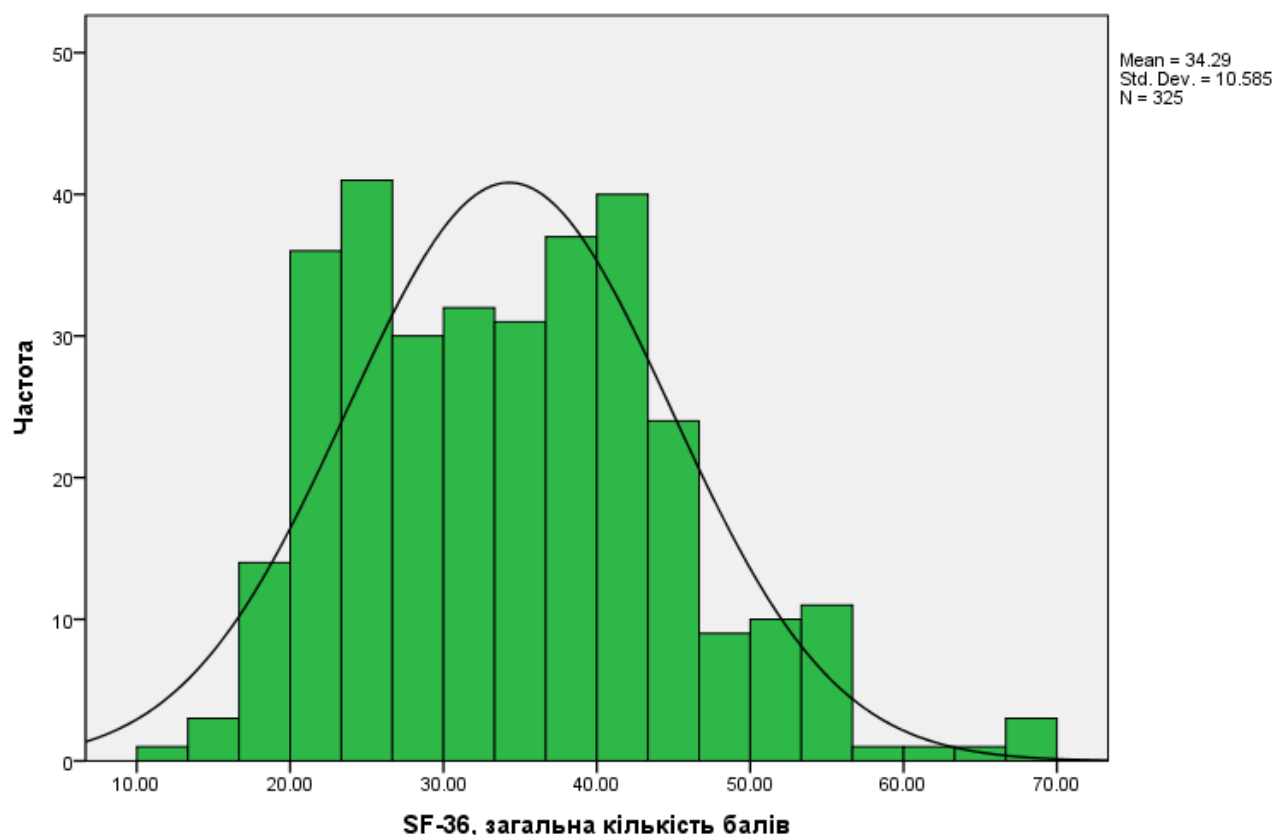


Рис. 3.1 Гістограма розподілення показників за шкалою SF-36 та порівняння із нормальним розподіленням: по осі x показана абсолютна балів по шкалі SF-36 по осі y – частота, з якою вони зустрічались. Крива темного кольору – очікуване нормальне розподілення

За результатами дослідження, середній рівень якості життя за шкалою SF-36 до лікування складав 34,3 балів без достовірної різниці в групах. Деякі відмінності спостерігались щодо окремих підшкал. Так, в ОГ були достовірно кращі показники фізичного ($p < 0,001$) та рольового функціонування, обумовленого фізичним станом ($p = 0,002$), а в ПГ – життєвої активності ($p = 0,010$), соціального функціонування ($p = 0,038$) та психічного здоров'я ($p < 0,001$) (табл. 3.4).

**Початкові показники за шкалою якості життя SF-36
та їх відмінності між групами**

Показник	ПГ	ОГ	Достовірність різниці
Фізичне функціонування	38,793	53,592	<0,001
Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом	15,805	26,576	0,002
Інтенсивність болю	63,000	65,660	0,310
Загальний стан здоров'я	38,356	41,466	0,464
Життєва активність	28,736	24,891	0,010
Соціальне функціонування	30,799	26,471	0,038
Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом	10,341	10,217	0,959
Психічне здоров'я	40,448	32,000	<0,001
Загальна якість життя	61,550	59,330	0,052

Як видно із вихідних даних, загальна якість життя в групах достовірно не відрізнялась, що робить можливим проведення дисперсійного аналізу для визначення ефективності психологічних інтервенцій у покращення якості життя для досліджуваної вибірки. Згідно із отриманими даними гендерного аналізу якості життя за шкалою SF-36 у чоловіків в порівнянні з жінками до лікування були достовірно кращі показники фізичного функціонування ($p < 0,001$),

рольового функціонування, обумовленому фізичним станом ($p = 0,050$), загальному стану здоров'я ($p = 0,038$) та загального сумарного показника якості життя ($p = 0,005$) (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Гендерні відмінності у якості життя за шкалою SF-36

Показник	Стать	Середня	95 % довірливий інтервал	Статистична достовірність
Фізичне функціонування	чоловіки	59,389	54,620–64,158	<0,001*
	жінки	45,894	43,170–48,617	
Рольове функціо- нування, обумовлене фізичним станом	чоловіки	28,611	22,353–34,869	0,050*
	жінки	21,809	18,318–25,299	
Інтенсивність болю	чоловіки	67,244	62,465–72,024	0,220
	жінки	64,068	61,491–66,645	
Загальний стан здоров'я	чоловіки	46,900	34,015–59,875	0,038*
	жінки	38,234	36,812–39,656	
Життєва активність	чоловіки	27,722	24,735–30,710	0,090
	жінки	25,230	23,845–26,614	
Соціальне функціонування	чоловіки	29,022	24,855–33,189	0,352
	жінки	27,096	25,135–29,056	
Рольове функціо- нування, обумовлене емоційним станом	чоловіки	9,628	5,157–14,098	0,720
	жінки	10,489	8–102–12,876	
Психічне здоров'я	чоловіки	36,000	32,994–39,006	0,115
	жінки	33,596	32,132–35,060	
Загальна якість життя	чоловіки	36,947	34,309–39,584	0,005*
	жінки	33,276	32,049–34,502	

Примітка. * – статистично достовірно.

За даними кореляційного аналізу, зворотній кореляційний зв'язок середньої сили ($r = -0,326$, $p < 0,001$) відмічався між якістю життям та кількістю супутніх захворювань. Отже, чим більше супутніх соматичних захворювань мав пацієнт, тим гіршою була якість життя. Достовірні кореляції слабкої сили відмічались для інших показників: більш низьку якість життя мали чоловіки ($r_s = -0,155$, $p = 0,005$), особи більш старшого віку ($r = -0,235$, $p < 0,001$) та пацієнти, які приймали більшу кількість ліків щоденно ($r = -0,137$, $p = 0,037$) і періодично ($r = -0,1153$, $p = 0,039$). (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Взаємозв'язок між якістю життя (SF-36) та головними змінними

Показник	Вид кореляції	Сила кореляції (r, rs)	Статистична достовірність (p)
Вік	Пірсона	-0,235	<0,001*
Стать	Спірмана	-0,155	0,005*
К-ть супутніх захворювань	Пірсона	-0,326	<0,001*
Паління (пачкороки)	Пірсона	0,160	0,004*
К-ть препаратів, які пацієнт приймає щоденно	Пірсона	-0,137	0,037*
К-ть всіх препаратів, які приймає пацієнт	Пірсона	-0,210	<0,001*
К-ть препаратів, які пацієнт приймає періодично	Пірсона	-0,115	0,039
Самолікування (так/ні)	Спірмана	0,045	0,423

3.4 Комплаєнс і задоволеність медичною допомогою поліморбідних пацієнтів похилого віку з психічними розладами

Нами була оцінена нормальність розподілення отриманих даних за шкалою PSQ. Гістограма розподілення показників по шкалі PSQ та порівняння із нормальним розподіленням, яка демонструє відсутність суттєвих відмінностей між очікуваним нормальним та фактичним розподіленням, наведена на рисунку 3.2.

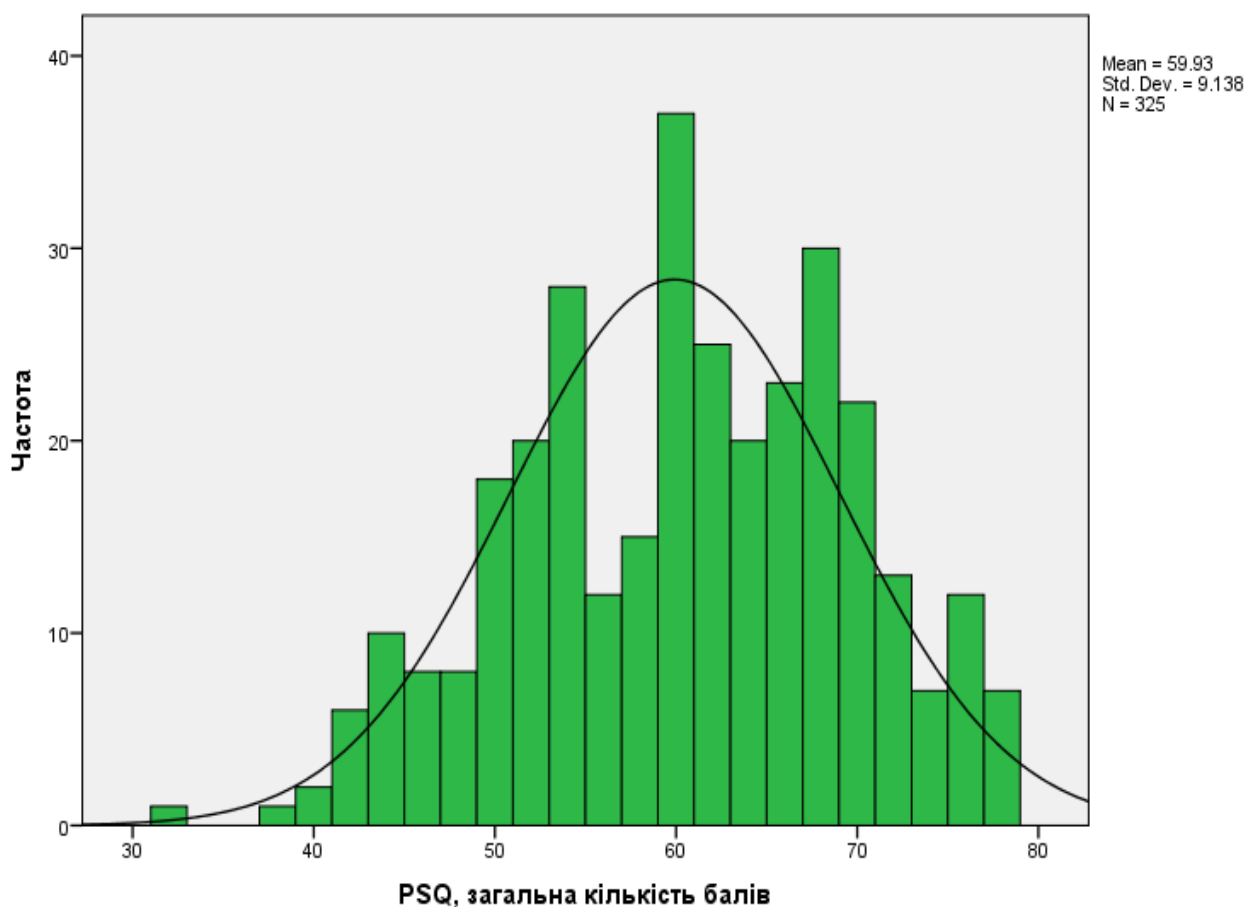


Рис. 3.2 Гістограма розподілення показників по шкалі PSQ та порівняння із нормальним розподіленням: по осі x показана абсолютна кількість балів по шкалі PSQ по осі y – частота, з якою вони зустрічались. Крива темного кольору – очікуване нормальне розподілення

Було визначено, що коефіцієнт асиметрії та коефіцієнт ексцесу знаходились в межах допустимих значень (-2...2). Це вказує на те, що

розподілення у вибірці по загальній кількості балів за шкалою SF-36 суттєво не відрізнялось від очікуваного нормального розподілення (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Частотна статистика для результатів обстеження за шкалою PSQ

Показник	Значення
Абс. валідних значень	325
Абс. пропущених значень	0
Середня	59,93
Коефіцієнт асиметрії	-0,213
Стандартна похибка коефіцієнту асиметрії	0,135
Коефіцієнт ексцесу	-0,581
Стандартна похибка коефіцієнту ексцесу	0,270

Середня задоволеність медичною допомогою за шкалою задоволеності пацієнта PSQ усіх обстежених пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю склала 59,9 балів.

Середня задоволеність пацієнтів за шкалою PSQ в ОГ склала 59,3 бали, в ПГ – 61,6 балів без достовірної різниці між групами. Причому, підшкали «Кваліфікація персоналу» і «Міжособистісні відносини» в обох групах мали більш високі показники відносно підшкал «Спілкування», «Час спілкування з лікарем» та «Доступність та комфорт», що свідчило про суб'єктивну недостатність для пацієнтів саме комунікативного компоненту в лікуванні.

Рівень комплаєнсу за шкалою MMAS був середнім (в ОГ 3,1 бали, ПГ 2,6 балів), але мала місце достовірна міжгрупова різниця. Оскільки вихідні показники за цією шкалою достовірно відрізнялись, її результати не були враховані при проведенні кінцевого аналізу. (табл. 3.8).

**Початкові показники по PSQ та шкали комплаєнтності MMAS
та їх відмінності між групами**

Показник	ПГ	ОГ	Достовірність міжгрупової різниці
Шкала комплаєнтності MMAS, бали	2,60	3,12	0,007*
PSQ, бали	61,55	59,33	0,052

Висновки до розділу 3

У третьому розділі представлений аналіз результатів клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного та психометричного обстеження пацієнтів основної групи ОГ та групи порівняння ПГ, описані особливості взаємозв'язків показників поліморбідності, якості життя, комплаєнсу і задоволення медичною допомогою у поліморбідних пацієнтів похилого віку з психічними розладами, серед яких основним захворюванням у 73,8 % пацієнтів була деменція легкого/середнього ступеню тяжкості різного генезу (типу Альцгеймера, судинна, змішана), у 7,7 % – шизофренія, у решти 18,5 % – депресивні розлади, біполярний афективний розлад і розумова відсталість без достовірної різниці між групами.

Було виявлено, що середня кількість супутніх захворювань в ОГ – 3,7; в ПГ – 3,4. Середня кількість щоденних препаратів в ОГ – 3,7; в ПГ – 3,0. Інтенсивність тютюнопаління в ОГ – 2,7 пачко-років; в ПГ – 4,0 пачко-років.

Поліморбідність за шкалою CIRS-G в загальній кількості категорій дорівнювала 3,83; середня кількість балів – 8,37; індекс коморбідності – 2,2 в усіх випадках без достовірної різниці між групами.

Кількість категорій за шкалою CIRS-G збільшувалась з віком ($r = 0,376$, $p < 0,001$) і асоціювалась з погіршенням якості життя за SF-36 ($r = -0,353$,

$p < 0,001$). Кількість балів за шкалою CIRS-G також мала аналогічні кореляції: збільшувалась з віком ($r = 0,368$, $p < 0,001$) і асоціювалась з погіршенням якості життя за SF-36 ($r = -0,380$, $p < 0,001$).

Індекс КІ 2, що вказував на захворювання помірною ступеню, які потребують лікування, збільшувався з віком ($r = 0,352$, $p < 0,001$), зменшувався з палінням ($r = -0,183$, $p = 0,001$) і з більш високою якістю життя за SF-36 ($r = -0,303$, $p < 0,001$). Індекс КІ 3 (тяжкі неконтрольовані соматичні захворювання) мав позитивні кореляції з ІМТ ($r = 0,125$, $p = 0,025$), з задоволеністю медичною допомогою за шкалою PSQ ($r = 0,151$, $p = 0,006$) та негативну – з якістю життя за шкалою SF-36 ($r = -0,266$, $p < 0,001$). Кількість категорій із оцінкою 3 також мала позитивні кореляції з віком ($r = 0,123$, $p = 0,027$), задоволеністю медичною допомогою за шкалою PSQ ($r = 0,162$, $p = 0,003$) та негативну – з якістю життя за шкалою SF-36 ($r = -0,231$, $p < 0,001$).

Середній рівень якості життя за SF-36 до лікування був нижче середнього і складав 34,3 балів без достовірної різниці в групах. У чоловіків в порівнянні з жінками були достовірно кращі показники по фізичному функціонуванню ($p < 0,001$), рольовому функціонуванню, обумовленому фізичним станом ($p = 0,050$), загальному стану здоров'я ($p = 0,038$) та загальному сумарному показнику якості життя ($p = 0,005$).

За даними кореляційного аналізу, чим більше супутніх соматичних захворювань мав пацієнт, тим гіршою була якість життя ($r = -0,326$, $p < 0,001$). Більш низьку якість життя мали чоловіки ($r_s = -0,155$, $p = 0,005$), особи більш старшого віку ($r = -0,235$, $p < 0,001$) та пацієнти, які приймали більшу кількість ліків щоденно ($r = -0,137$, $p = 0,037$) і періодично ($r = -0,115$, $p = 0,039$).

Середня задоволеність медичною допомогою за PSQ усіх обстежених пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю склала 59,9 балів: в ОГ – 59,3 бали, в ПГ – 61,6 балів без достовірної різниці між групами. Показники за субшкалами засвідчили суб'єктивну недостатність для пацієнтів саме комунікативного компоненту в лікуванні.

Рівень комплаєнсу за шкалою MMAS був середнім (в ОГ 3,1 балів, ПГ 2,6 балів) з достовірною міжгруповою різницею, тому результати за цією шкалою не були враховані при проведенні кінцевого аналізу.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях:

1. Калугін І. В. Проблеми поліморбідності та адекватної фармакотерапії у пацієнтів похилого віку [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19, № 4 (75). – С. 118–123 (*дисертант брав участь у формуванні мети дослідження, здійснив набір клінічного матеріалу і аналіз отриманих даних*).

2. Калугін І. В. Старіння організму та поліморбідність [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Архів психіатрії. – 2014. – Т. 20, № 2 (77). – С. 36–43 (*дисертантом здійснено аналіз отриманих даних, зроблено висновки дослідження*).

3. Калугін І. В. Полипрагмазия и полифармация у пациентов геронтопсихиатрического профиля [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Архів психіатрії. – 2014. – Т. 20, № 4 (79). – С. 29–34 (*дисертантом визначено завдання дослідження, здійснено набір клінічного матеріалу і аналіз отриманих даних*).

4. Калугін І. В. Комплаенс фармакотерапии лиц пожилого возраста с полиморбидностью [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Ліки України. – 2015. – № 4 (25). – С. 65–72 (*дисертантом здійснено аналіз отриманих даних, зроблено висновки дослідження*).

5. Калугін І. В. Проблема комплаенса у пацієнтів геронтопсихіатричного профілю [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Архів психіатрії. – 2016. – Т. 22, № 4 (87). – С. 20–28 (*дисертантом здійснено аналіз отриманих даних*).

6. Калугін І. В. Тези Поліпрагмазія і поліфармація у пацієнтів геронтопсихіатричного профілю [Текст] / І. В. Калугін // Архів психіатрії. – 2015. – Т. 21, № 1 (80). – С. 167–168.

7. Калугін І. В. Проблеми поліморбідності та адекватної фармакотерапії у пацієнтів геронтопсихіатричного профілю : тез. доп. наук. симп. з міжнар. участю «Мозок та стрес», (Дніпропетровськ, 1–2 жовт. 2015 р.) [Текст] / І. В. Калугін // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, № 3 (84). – С. 127–128.

РОЗДІЛ 4

АЛГОРИТМ НАДАННЯ УДОСКОНАЛЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОЛІМОРБІДНИМ ПАЦІЄНТАМ ПОХИЛОГО ВІКУ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА АНАЛІЗ ЙОГО ЕФЕКТИВНОСТІ ПРИ ВПРОВАДЖЕННІ

4.1 Алгоритм надання удосконаленої медичної допомоги поліморбідним пацієнтам похилого віку з психічними розладами

Удосконалення медичної допомоги поліморбідним пацієнтам похилого віку з психічними розладами в умовах геронтопсихіатричного стаціонару за розробленим нами алгоритмом передбачало декілька послідовних кроків (рис. 4.1).

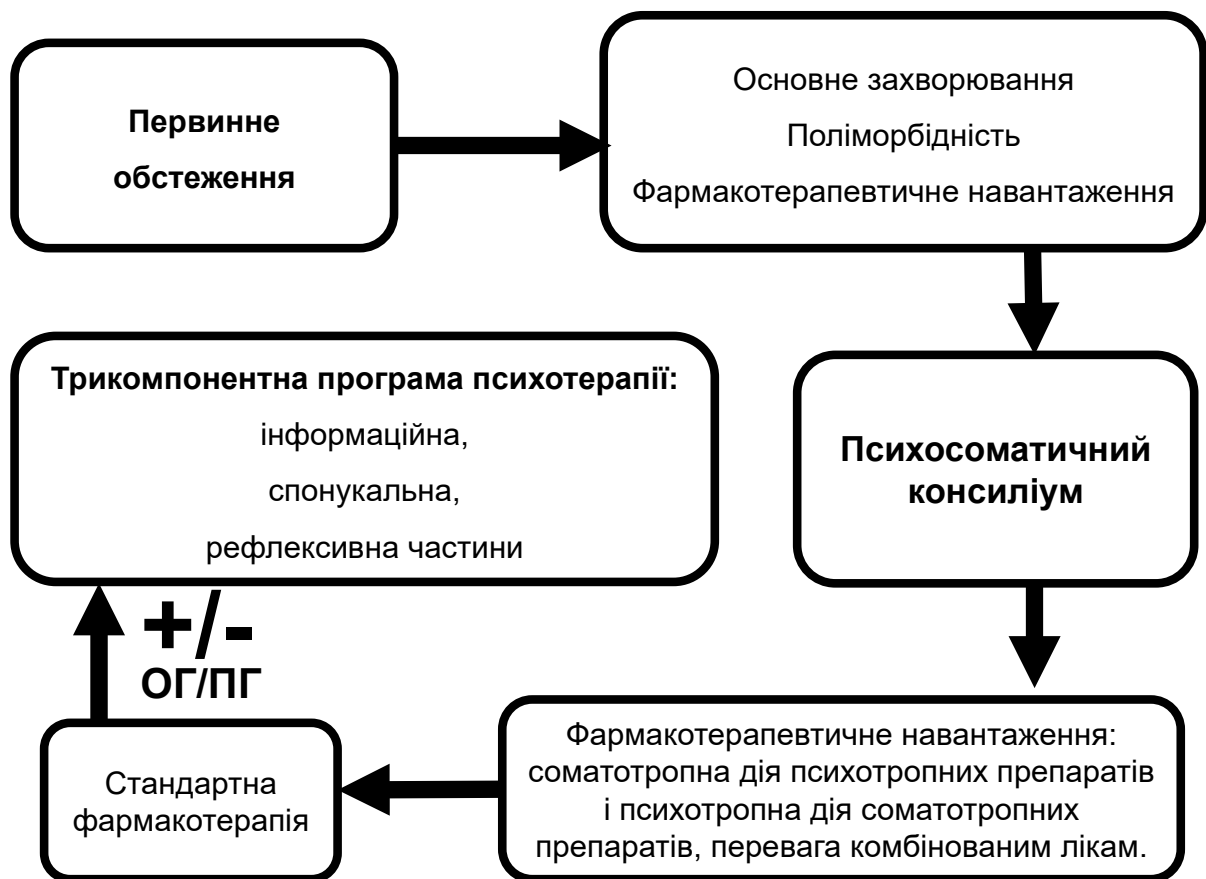


Рис. 4.1 Діагностично-лікувальний континуум дослідження

Пацієнти обох груп, включені в дослідження, при надходженні до геронтопсихіатричного відділення проходили первинне обстеження за основним та супутніми захворюваннями відповідно до стандартних процедур обстеження, зазначених у відповідних клінічних настановах, з додатковим аналізом фармакотерапевтичного навантаження за кількістю і частотою прийому призначених ліків та ймовірним самолікуванням.

Результати первинного обстеження передавалися до психосоматичного консилиуму із залученням лікарів-інтерністів відповідного супутнім захворюванням фаху, на якому визначалось оптимальне фармакотерапевтичне навантаження. Формувалась погоджена з пацієнтом схема лікування, в якій враховувалась соматотропна дія психотропних препаратів і психотропна дія соматотропних препаратів, з наданням переваги комбінованим лікам. Метою такого підходу до формування медикаментозної схеми було потенційне зменшення загальної кількості препаратів за рахунок поєднання і підсилення їх фармакологічної дії.

На цьому етапі однакова для всіх частина лікування завершувалась, тому що пацієнти ОГ додатково до стандартної фармакотерапії отримували програму психотерапії, а пацієнти ПГ потрапляли у лист очікування і за інформованою згодою отримували психотерапевтичний компонент лікування після завершення участі в дослідженні.

Розроблена нами програма психотерапії складалась з інформативного, спонукального та рефлексивного компонентів. Вона передбачала поєднання психоосвіти, комплаєнс-терапії і тренінгу профілактики фармакоманії. Використовувався когнітивно-поведінковий підхід, проводилось 10 сеансів тривалістю по 30–60 хвилин у вигляді мотиваційних інтерв'ю і когнітивно-поведінкових тренінгів з роз'яснювальною психотерапією, роз'яснювальні бесіди про шкідливі наслідки тютюнопаління.

Змістовно в процесі терапії були присутні: огляд історії захворювання пацієнта, його розуміння свого захворювання та його ставлення до лікування; інформативний блок щодо основного і супутніх захворювань, варіантів змісту і

обсягу терапії, стигматизації і самостигматизації; аргументована заборона використання самолікування, особливо вживання барбітуратів; створення системи світло-звукових сигналів-нагадувань прийому ліків у певний час; навчання технікам релаксації (рис. 4.2).

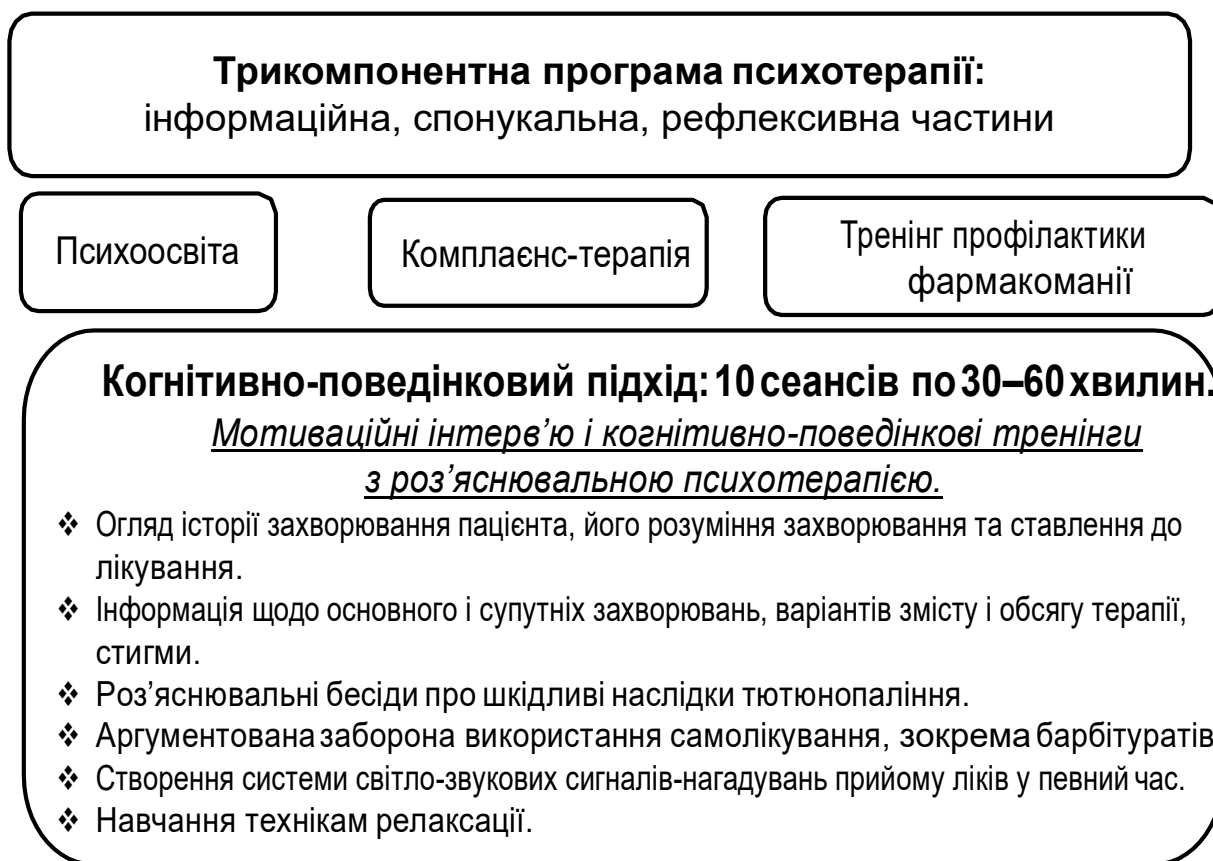


Рис. 4.2 Програма психотерапії

Зворотній зв'язок як рефлексивну частину психотерапії організували у вигляді обговорення з пацієнтом його розуміння хвороби, особливостей дії отриманого лікування, ефективності використання релаксації, засвоєння світло-звукових сигналів-нагадувань прийому ліків у певний час, спроможності зменшення/відмови від самолікування (зокрема барбітуратами).

Зворотній зв'язок: обговорення розуміння хвороби, лікування, використання релаксації, світло-звукових сигналів-нагадувань прийому ліків у певний час, зменшення/відмови від самолікування (зокрема барбітуратів) і тютюнопаління

4.2 Оцінка ефективності терапевтичних заходів за динамікою показників якості життя

Можливість відокремити питому вагу впливу фармакотерапії і психотерапії ми отримали при аналізі змін показників шкали якості життя. Так, в середньому у вибірці в цілому (обидві групи разом) після лікування відмічалось суттєве покращення якості життя. За шкалою SF-36 воно склало 24.65 бали із статистично значимою достовірністю ($p < 0,001$) (табл. 4.1).

Таблиця 4.1

Якість життя за шкалою SF-36 у вибірці в цілому та зміни під час лікування, бали

Показник	Середня	Стандартне відхилення	Різниця	95 % довірливий інтервал	Статистична значимість
SF-36 до інтервенцій	34,2924	10,58508	24,65815	23,35– 25,97	<0,001*
SF-36 після інтервенцій	58,9506	13,29373			

Примітка. * – статистично значима достовірність ($p < 0,001$).

Після лікування загальний показник якості життя за шкалою SF-36 в ОГ склав 63,00 бали, в ПГ – 47,86 балів. Отже, в середньому у вибірці в цілому після лікування відмічалось суттєве покращення якості життя. За шкалою SF-36 воно склало 24,65 балів із статистично значимою достовірністю ($p < 0,001$). Зміни в якості життя в ПГ склали 14,5 балів, а в ОГ – 28,4 бали. Міжгрупова різниця була наддостовірною ($p < 0,001$), що цілком підтвердило ефективність психотерапії у покращенні якості життя пацієнтів.

Таблиця 4.2

**Базові та кінцеві (після лікування) показники якості життя (SF-36)
у досліджуваних групах, бали**

Показник	Група	Абс. кількість пацієнтів	Середня	Стандартне відхилення	95 % довірливий інтервал	p
SF-36 базовий	ПГ	87	33,32	12,77	30,60–36,04	0,317
	ОГ	238	34,65	9,67	33,41–35,88	
SF-36 кінцевий	ПГ	87	47,86	11,81	45,35–50,38	<0,001
	ОГ	238	63,00	11,37	61,55–64,46	

Хоча додавання психотерапії вдвічі збільшило зміни у якості життя в основній групі, показник групи порівняння у 14,55 балів вказує на ефективність саме фармакотерапевтичного компоненту лікувальної програми для поліморбідних пацієнтів похилого віку з психічними розладами (табл. 4.3).

Таблиця 4.3

Зміни у якості життя в рамках дослідження, різниця між кінцевим та базовим рівнем. Дисперсійний аналіз (ANOVA)

Група	Абс. кількість пацієнтів	Середня	Стандартне відхилення	95 % довірливий інтервал	p
ПГ	87	14,55	10,85	12,23–16,86	<0,001
ОГ	238	28,35	10,17	27,06–29,65	

Проведений нами тест Левене на гомогенність дисперсії вибірок ОГ і ПГ виявився статистично недостовірним, що підтверджує гіпотезу про рівність дисперсій та можливість проведення дисперсійного аналізу (табл. 4.4).

Тест Левене для дисперсійного аналізу по змінам в SF-36

Індекс Левене	Df1	Df2	Статистична значимість
0.838	1	323	0,361

Нами був здійснен дисперсійний аналіз окремих компонентів і субшкал SF-36, що входять до їх складу, в результаті проведеного лікування в основній і порівняльній групах (табл. 4.5–4.10).

В ОГ відмічалось достовірне покращення усіх підшкал фізичного компоненту якості життя (в усіх випадках $p < 0,001$) (табл. 4.5).

Таблиця 4.5

**Середні показники за підшкалами фізичного компоненту якості життя
в основній групі до та після лікування**

Показники ФК для ОГ	Лікування	Середня	Стандартне відхилення	Статистична значимість різниці
Фізичне функціонування	до	53,592	21,4312	<0,001
	після	59,139	21,5142	
Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом	до	26,576	28,7785	<0,001
	після	58,613	31,6456	
Біль	до	65,660	19,6038	<0,001
	після	77,143	17,5713	
Загальний стан здоров'я	до	41,466	38,7642	<0,001
	після	54,903	6,1756	

В ПГ також спостерігалось статистично достовірне покращення якості життя по всім підшкалам фізичного компоненту (в усіх випадках $p < 0,001$), за виключенням фізичного функціонування ($p = 0,741$) (табл. 4.6).

Таблиця 4.6

**Середні показники за підшкалами фізичного компоненту якості життя
в порівняльній групі до та після лікування**

Показники ФК для ПГ	Лікування	Середня	Стандартне відхилення	Статистична значимість різниці
Фізичне функціонування	до	38,793	21,6468	0,741
	після	39,483	23,5391	
Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом	до	15,508	24,4459	<0,001
	після	31,897	29,4547	
Біль	до	63,000	23,9976	<0,001
	після	69,736	22,0462	
Загальний стан здоров'я	до	38,356	12,5957	<0,001
	після	51,862	7,1058	

Фізичний компонент якості життя, а саме підшкали фізичного функціонування ($p = 0,019$), рольового функціонування, обумовленого фізичним станом ($p < 0,001$) та інтенсивності болю ($p = 0,006$) в достовірно більшій мірі покращились в ОГ, чим в ПГ (табл. 4.7).

Найбільшою мірою в ОГ психотерапія сприяла покращенню саме рольового функціонування, обумовленого фізичним станом, де міжгрупова різниця (16,0 балів) перевищила половину стандартного відхилення. Міжгрупова різниця щодо підшкали загального стану здоров'я була недостовірною ($p = 0,987$).

**Зміни у фізичному компоненті якості життя (SF-36)
та міжгрупова різниця**

Підшкала фізичного компоненту якості життя	Група	Середня	Стандартне відхилення	95 % довірливий інтервал	Статистична значимість
Фізичне функціонування	ПГ	0,69	19,398	-3,44...4,82	0,019
	ОГ	5,55	15,286	3,59–7,50	
Рольове функц., обумовлене фізичним станом	ПГ	16,09	29,771	9,75–22,44	<0,001
	ОГ	32,04	26,789	28,62–35,46	
Біль	ПГ	6,74	14,033	3,74–9,73	0,006
	ОГ	11,48	13,722	9,73–13,24	
Загальний стан здоров'я	ПГ	13,51	13,192	10–69– 16,32	0,987
	ОГ	13,44	39,466	8,40–18,48	

В ОГ і ПГ відмічалось достовірне покращення усіх підшкал психічного компоненту якості життя (в усіх випадках $p < 0,001$) (табл. 4.8, 4.9). Також спостерігалось значне покращення психічного компоненту якості життя (табл. 4.8) в основній групі.

Достовірне збільшення усіх показників окремих субшкал за опитувальником якості життя в порівняльній групі доводить, що вже оптимізація фармакотерапевтичного навантаження без додаткового психотерапевтичного втручання є ефективною для поліморбідних пацієнтів похилого віку з психічними розладами (табл. 4.9).

Таблиця 4.8

**Середні показники за підшкалами психічного компоненту якості
життя в основній групі до та після лікування**

Показники ПК для ОГ	Група	Середня	Стандартне відхилення	Статистична значимість різниці
Життєва активність	до	24,891	11,3653	<0,001
	після	57,206	9,3382	
Соціальне функціонування	до	26,471	16,6146	<0,001
	після	74,319	10,4050	
Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом	до	10,217	18,6958	<0,001
	після	57,286	30,6430	
Психічне здоров'я	до	32,000	11,1817	<0,001
	після	64,605	9,4581	

Таблиця 4.9

**Середні показники за підшкалами психічного компоненту якості життя в
порівняльній групі до та після лікування**

Показники ПК для ПГ	Група	Середня	Стандартне відхилення	Статистична значимість
Життєва активність	до	28,736	12,8094	<0,001
	після	47,184	16,7350	
Соціальне функціонування	до	30,799	16,4643	<0,001
	після	63,385	16,3699	
Рольове функціонування, емоційний стан	до	10,341	21,1486	<0,001
	після	21,449	25,4078	
Психічне здоров'я	до	40,448	13,1642	<0,001
	після	57,149	12,5842	

При порівнянні вагомості змін окремих субшkal психологічного компоненту якості життя в основній і порівняльній групах нами було виявлено, що в ОГ, у порівнянні із ПГ, міжгрупова різниця в балах була достовірною за усіма підшкалами, сягаючи 1-го стандартного відхилення (в усіх випадках $p < 0,001$) за виключенням соціального функціонування. Це є підтвердженням ефективності підключення до стандартної фармакотерапії психотерапевтичного компоненту (табл. 4.10).

Таблиця 4.10

Зміни у психологічному компоненті якості життя (SF-36) протягом лікування та міжгрупова різниця

Підшкала психологічного компоненту ЯЖ	Група	Середня	Стандартне відхилення	95 % довірливий інтервал	Статистична значимість
Життєва активність	ПГ	18,45	15,688	15,10–21,79	<0,001
	ОГ	32,32	13,392	30,60–34,03	
Соціальне функціонування	ПГ	32,59	20,339	28,25–36,92	<0,001
	ОГ	47,85	20,343	45,25–50,45	
Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом	ПГ	11,11	26,245	5,51–16,70	<0,001
	ОГ	47,07	33,524	42,70–51,35	
Психічне здоров'я	ПГ	16,70	14,915	13,52–19,88	<0,001
	ОГ	32,61	15,618	30,61–34,60	

4.3 Оцінка ефективності терапевтичних заходів за змінами комплаєнсу і задоволення медичною допомогою

Ми провели оцінку ефективності оптимізованих терапевтичних заходів у пацієнтів похилого віку з поліморбідністю за змінами комплаєнсу і задоволення медичною допомогою, що відобразило саме думку пацієнтів щодо ефективності терапії.

Відмічалось суттєве покращення задоволеності пацієнта наданням допомоги за шкалою PSQ: до 68,25 балів. Загалом воно склало 8,3 балів із статистично значимою достовірністю ($p < 0,001$) (табл. 4.11).

Таблиця 4.11

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

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

Показники задоволення наданням медичної допомоги за шкалою PSQ після лікування збільшились в окремих досліджуваних групах: до 68.63 балів в основній групі і до 67.21- в групі порівняння. Разом з тим, міжгрупова різниця по базовим і кінцевим показникам PSQ в окремих групах була недостовірною (табл. 4.12).

Таблиця 4.12

**Базові та кінцеві (після лікування) показники задоволеності пацієнта
лікуванням у досліджуваних групах**

Показник	Група	Абс. кількість пацієнтів	Середня	Стандартне відхилення	95 % довірливий 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	

За даними дисперсійного аналізу ANOVA, зміни в ОГ у порівнянні із ПГ склали 3.63 бали та були наддостовірними ($p < 0,001$). Це також підтвердило гіпотезу дослідження щодо ефективності психотерапії в покращенні задоволеності пацієнтів лікуванням (табл. 4.13).

Таблиця 4.13

Зміни у задоволеності лікуванням в рамках дослідження, різниця між кінцевим та базовим рівнем по шкалі PSQ.

Дисперсійний аналіз (ANOVA)

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

Проведений нами тест Левене на гомогенність дисперсії вибірок виявився статистично недостовірним, що підтвердило гіпотезу про рівність дисперсій щодо шкали PSQ та можливість проведення дисперсійного аналізу (табл. 4.14).

Таблиця 4.14

Тест Левене для дисперсійного аналізу по змінам за PSQ

Індекс Левене	Df1	Df2	Статистична значимість
2.783	1	323	0,096

Отже, задоволеність медичною допомогою значно покращилась після проведення курсу оптимізованої терапії. Причому, достовірні міжгрупові відмінності у змінах в основній групі відносно прівняльної групи мали місце в категоріях: міжособистісні відносини, спілкування, час спілкування з лікарем, доступність та комфорт (табл. 4.15).

Зміни у задоволеності лікуванням (PSQ) та міжгрупова різниця між показниками до та після інтервенцій

Підшкала	Група	Середня	Стандартне відхилення	Довірливий інтервал, 95 %	Статистична значимість
Загальна задоволеність	ПГ	1,17	1,806	0,79–1,56	0,91
	ОГ	1,55	1,801	1,32–1,78	
Кваліфікація персоналу	ПГ	1,26	2,494	0,73–1,80	0,579
	ОГ	1,44	2,472	1,12–1,75	
Міжособистісні відносини	ПГ	1,02	1,725	0,66–1,39	0,028
	ОГ	1,48	1,643	1,27–1,69	
Спілкування	ПГ	0,31	1,888	-0,09...0,71	0,001
	ОГ	1,08	1,720	0,86–1,30	
Затрати на лікування	ПГ	0,67	1,770	0,29–1,04	0,655
	ОГ	0,76	1,739	0,54–0,99	
Спілкування з лікарем, час	ПГ	0,33	1,597	-0,01...0,67	0,007
	ОГ	0,87	1,561	0,67–1,06	
Доступність та комфорт	ПГ	0,69	3,063	0,04–1,34	0,033
	ОГ	1,71	4,026	1,20–2,22	

Нами були оцінені початкові та кінцеві показники комплаєнтності за шкалою MMAS. Прихильність до лікування за MMAS в ОГ була достовірно більша на 0,5 балів, ніж в ПГ до початку лікування ($p = 0,007$), але не сягала високого рівня. Зміни у шкалі MMAS в ПГ склали 1,2 бали, а в ОГ – 1,3 бали. Міжгрупова різниця була наддостовірною ($p < 0,001$), що також підтвердило ефективність психотерапії у покращенні комплаєнсу пацієнтів. Утім, враховуючи базові показники MMAS, ми не могли спиратися на результати дисперсійного аналізу щодо впливу психотерапії на зміну комплаєнтності у пацієнтів.

Втім, враховуючи базові показники MMAS, ми не могли спиратися на результати дисперсійного аналізу щодо впливу психотерапії на зміну комплаєнтності у пацієнтів (табл. 4.16).

Таблиця 4.16

Початкові та кінцеві показники комплаєнтності за шкалою MMAS

Показник	Група	Абс. кількість пацієнтів	Середня	Стандартне відхилення	95 % довірливий 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	

Нами була проведена оцінка зміни у шкалі комплаєнтності в рамках дослідження як різниці між кінцевим та базовим рівнем за MMAS з використанням дисперсійного аналізу (ANOVA) (табл. 4.17).

Достовірних відмінностей у зміні комплаєнтності між основною та порівняльною групами виявлено не було.

Таблиця 4.17

Зміни у шкалі комплаєнтності в рамках дослідження, різниця між кінцевим та базовим рівнем. Дисперсійний аналіз (ANOVA)

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

Проведений нами тест Левене на гомогенність дисперсії вибірок виявився статистично недостовірним, що підтвердило гіпотезу про рівність дисперсій щодо шкали MMAS та можливість проведення дисперсійного аналізу (табл. 4.18).

Таблиця 4.18

Тест Левене для дисперсійного аналізу по змінам за Шкалою MMAS

Індекс Левене	Df1	Df2	Статистична значимість
0.010	1	323	0,922

4.4 Підтвердження гіпотези дослідження і оцінка впливу окремих факторів на ефективність лікування поліморбідних пацієнтів похилого віку з психічними розладами

Отримані нами дані щодо змін показників якості життя, комплаєнсу і задоволеності медичною допомогою були піддані кореляційному аналізу щодо їх зв'язків з окремими соціально-демографічними, клініко-анамнестичними і клініко-психопатологічними характеристиками поліморбідних пацієнтів похилого віку з психічними розладами.

За даними кореляційного аналізу за Пірсоном, більш суттєве покращення якості життя після лікування було у пацієнтів молодшого віку ($r = -0,149$; $p = 0,007$) і з меншим дефіцитом когнітивного функціонування ($r = 0,282$; $p < 0,001$). Збільшення задоволеності наданням медичної допомоги за PSQ було асоційоване з більшою кількістю ліків в постійній схемі терапії ($r = 0,121$; $p = 0,029$) і униканням додаткового періодичного прийому препаратів ($r = -0,134$; $p = 0,015$) (табл. 4.19).

За даними кореляційного аналізу за Спірманом, пряма кореляція середньої сили ($r = 0,226$) відмічалась між змінами шкали PSQ та групою, до якої входив пацієнт. Також пряма сильна кореляція відмічалась між змінами в шкалі SF-36 ($r = 0,5$) та групою, до якої входив пацієнт. Це підтвердило дані дисперсійного аналізу, за яким саме психотерапія сприяла покращенню якості життя та задоволеності пацієнта лікуванням (табл. 4.20).

**Кореляція за Пірсоном між змінами у якості життя/задоволеністю
лікуванням та різними показниками**

Показник	Зміни в SF36	Зміни в PSQ	Зміни в Шкалі MMAS
	Кореляційний коефіцієнт, r (достовірність, p)		
Вік	-0,149 (0,007)*	-0,10 (0,860)	0,004(0,940)
К-ть супутніх захворювань (абс.)	0,68 (0,222)	-0,048 (0,388)	-0,004(0,941)
Паління (пачко-роки)	-0,67 (0,229)	-0,006 (0,919)	-0,102(0,066)
К-ть всіх препаратів, які приймає пацієнт	0,87 (0,119)	0,16 (0,775)	-0,032(0,565)
К-ть препаратів, які приймає пацієнт періодично	0,079(0,157)	-0,134(0,015)*	0,061(0,273)
К-ть препаратів, які пацієнт приймає 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 значима кореляція.

**Кореляція за Спірманом між змінами у якості життя/задоволеністю
лікуванням та 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)

Показник	Зміни в SF36	Зміни в PSQ	Зміни в MMAS
	Кореляційний коефіцієнт, rs (достовірність, p)		
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.

Слабка обернена кореляція між сімейним станом та змінами в шкалі PSQ ($r_s = -0,122$) також свідчила, що в одинаків зміни в шкалі PSQ були більшими, ніж у одружених/заміжніх.

Щодо самолікування, то воно обернено корелювало із змінами в шкалі PSQ, та прямо – із змінами в шкалі SF-36. Сила кореляції була слабкою, але достовірною ($-0,115$ та $0,119$) відповідно.

Схильні до самолікування пацієнти мали більші зміни якості життя після лікування ($r_s = 0,119$; $p = 0,033$), але менші зміни задоволеності медичною допомогою ($r_s = -0,115$; $p = 0,038$) (табл. 4.20).

Отже, в стаціонарному лікуванні пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю доцільно використовувати додатково до раціонального фармакологічного навантаження психотерапевтичне втручання, спрямоване на обізнаність пацієнта щодо свого захворювання і методів його лікування, створення терапевтичного альянсу і запобігання самолікуванню, що сприяє підвищенню комплаєнсу, якості життя і задоволеності медичною допомогою.

Висновки до розділу 4

У четвертому розділі представлені результати аналізу ефективності оптимізованої програми лікування поліморбідних пацієнтів похилого віку з психічними розладами, які були рандомізовані на дві групи – основну (ОГ) і порівняльну (ПГ), з отриманням оптимізованої фармакотерапії і психотерапії або тільки оптимізованої фармакотерапії з оцінкою ефективності з точки зору пацієнта.

Оптимізація фармакотерапії передбачала визначення оптимального фармакотерапевтичного навантаження із урахуванням соматотропної дії психотропних препаратів і психотропної дії соматотропних препаратів, з наданням переваги комбінованим лікам. Психотерапевтична програма передбачала поєднання психоосвіти, комплаєнс-терапії і тренінгу профілактики фармакоманії та складалась з інформативного, спонукального та рефлексивного компонентів.

Після лікування в середньому у вибірці в цілому відмічалось суттєве покращення якості життя ($p < 0,001$), Зміни в якості життя в ПГ склали 14,5 бали, а в ОГ – 28,4 бали, Міжгрупова різниця була наддостовірною ($p < 0,001$), що цілком підтвердило ефективність психотерапії у покращенні якості життя пацієнтів.

В ОГ відмічалось достовірне покращення усіх підшкал фізичного компоненту якості життя (в усіх випадках $p < 0,001$). В ПГ також спостерігалось статистично достовірне покращення якості життя за всіма підшкалам фізичного компоненту (в усіх випадках $p < 0,001$), за виключенням фізичного функціонування ($p = 0,741$).

Фізичний компонент якості життя і всі його підшкали в достовірно більшій мірі покращились в ОГ, чим в ПГ. В найбільшій мірі в ОГ психотерапія сприяла покращенню рольового функціонування, обумовленого фізичним станом, де міжгрупова різниця (16,0 балів) перевищила половину стандартного відхилення. Міжгрупова різниця щодо підшкали загального стану здоров'я була недостовірною ($p = 0,987$).

В ОГ і ПГ відмічалось достовірне покращення психічного компоненту якості життя та усіх підшкал (в усіх випадках $p < 0,001$). В ОГ, у порівнянні із ПГ, міжгрупова різниця в балах була достовірною за усіма підшкалами, сягаючи 1-го стандартного відхилення (в усіх випадках $p < 0,001$) за виключенням соціального функціонування.

Відмічалось суттєве покращення задоволеності пацієнта наданням допомоги за шкалою PSQ: воно склало 8.3 бали із статистично значимою достовірністю ($p < 0,001$). Зміни в ОГ у порівнянні із ПГ склали 3.63 бали та були наддостовірними ($p < 0,001$), що підтвердило гіпотезу дослідження щодо ефективності психотерапії в покращенні задоволеності пацієнтів лікуванням. Найбільш значущі зміни мали місце в категоріях: міжособистісні відносини, спілкування, час спілкування з лікарем, доступність та комфорт.

Прихильність до лікування за MMAS в ОГ була достовірною більша на 0,5 балів, ніж в ПГ до початку лікування ($p = 0,007$), але не сягала високого рівня. Зміни у шкалі MMAS в ПГ склали 1,2 балів, а в ОГ – 1,3 балів. Міжгрупова різниця була наддостовірною ($p < 0,001$), що також підтвердило ефективність психотерапії у покращенні комплаєнсу пацієнтів.

Більш суттєве покращення якості життя після лікування було у пацієнтів молодшого віку ($r = -0,149$; $p = 0,007$) з меншим дефіцитом когнітивного функціонування ($r = 0,282$; $p < 0,001$). Збільшення задоволеності наданням медичної допомоги за PSQ було асоційоване з більшою кількістю ліків в постійній схемі терапії ($r = 0,121$; $p = 0,029$) і униканням додаткового періодичного прийому препаратів ($r = -0,134$; $p = 0,015$). Пряма кореляція відмічалась між групою, до якої входив пацієнт, і змінами шкал PSQ ($r = 0,226$) та SF-36 ($r = 0,5$). Це підтвердило дані дисперсійного аналізу, за яким саме психотерапія сприяла покращенню якості життя та задоволеності пацієнта лікуванням.

Слабка обернена кореляція між сімейним станом та змінами в шкалі PSQ ($r_s = -0,122$) свідчила, що в одинаків зміни в шкалі PSQ були більшими, ніж у одружених/заміжніх. Щодо самолікування, то воно обернено корелювало із змінами в шкалі PSQ, та прямо – із змінами в шкалі SF-36. Схильні до

самолікування пацієнти мали більші зміни якості життя після лікування ($r_s = 0,119$; $p = 0,033$), але менші зміни задоволеності медичною допомогою ($r_s = -0,115$; $p = 0,038$).

Отже, в дослідженні було доведено доцільність використовувати додатково до раціонального фармакологічного навантаження психотерапевтичне втручання в стаціонарному лікуванні пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях:

1. Калугін І. В. Полипрагмазия и полифармация у пациентов геронтопсихиатрического профиля [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Архів психіатрії. – 2014. – Т. 20, № 4 (79). – С. 29–34 (*дисертантом визначено завдання дослідження, здійснено набір клінічного матеріалу і аналіз отриманих даних*).

2. Калугін І. В. Якість життя та комплаєнс у пацієнтів геріатричного профілю [Текст] / І. В. Калугін // Психосоматична медицина та загальна практика. – 2017. – Т. 2, № 3. – С. 1–9.

3. Калугін І. В. Психотерапія як фактор покращення задоволеності медичною допомогою та покращення якості життя у пацієнтів геронтологічного профілю з психічними розладами та поліморбідністю [Текст] / І. В. Калугін, О. С. Осуховська // Архів психіатрії. – 2017. – Т. 23, № 4 (91). – С. 236–242 (*дисертантом здійснено аналіз отриманих даних, зроблено висновки дослідження*).

4. Калугін І. В. Роль психотерапії в покращенні якості життя і задоволеності медичною допомогою у пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю [Електронне видання] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова, О. С. Осуховська // Психосоматична медицина і загальна практика. – 2017. – № 2 (4), e020493. – Режим доступу : <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v2i4.93> (*дисертантом здійснено аналіз отриманих даних, зроблено висновки дослідження*).

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дисертаційна робота виконувалась за дизайном рандомізованого контрольованого клінічного дослідження, в якому передбачалось два етапи: скринінг та порівняльне дослідження. Для досягнення поставленої мети за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології за період з 2013 по 2016 роки було проведено комплексне обстеження 387 пацієнтів геронтопсихіатричного відділення психоневрологічної лікарні м. Маріуполь.

Критеріями включення згідно дизайну були: вік пацієнтів 60 і більше років; психічний розлад, що потребував стаціонарного лікування в геронтопсихіатричному відділенні; соматичне захворювання. Відповідно, критеріями виключення – відсутність інформованої згоди; тяжка деменція ($MMSE < 11$ балів); отримання менше 75 % інформації за картою обстеження; недотримання пацієнтом умов участі в дослідженні.

За критеріями включення/виключення і умовами формування репрезентативної за віком та статтю вибірки, дані 62 респондентів були вилучені з подальшої статистичної обробки.

Всього у дослідженні за умови отримання інформованої згоди взяло участь 325 пацієнтів. Рандомізація проводилась за допомогою комп'ютерної програми. Статистичний аналіз містив розрахунок: середньої арифметичної (M); середньоквадратичного відхилення (σ); помилки середньої арифметичної (m). Достовірність відмінностей аналізувалася методом порівняння двох показників (t -критерій Стьюдента), за допомогою яких визначалася значущість відмінностей двох груп за середнім значенням будь-якого показника. Для оцінки достовірності відмінностей параметрів за даними вибіркової сукупності щодо кількісних показників бралися до уваги три рівні значимості: 5 % (ймовірність помилкової оцінки – $P = 0,05$), 1 % ($P = 0,01$) і 0,1 % ($P = 0,001$). Кореляційний аналіз, проведений на підставі обчислень коефіцієнта Spearman та критерію Pearson дозволив встановити якісні взаємозв'язки між

досліджуваними ознаками респондентів. Обробка даних здійснювалася з використанням параметричних і непараметричних методів математичної статистики із застосуванням статистичної програми SPSS 16.0 for Windows. Так, пацієнти були рандомізовані на основну та порівняльну групи у співвідношенні 3:1 з урахуванням віку та статі. Отже, вони були репрезентативними за цими показниками. Основна група (ОГ) кількістю 238 осіб отримувала стандартне лікування і психотерапевтичне втручання. Група порівняння (ПГ) кількістю 87 осіб проходила тільки стандартне лікування, але після досягнення мети дослідження отримала психотерапевтичне втручання.

Клінічна оцінка обстежених проводилася на підставі аналізу актуального психічного і фізичного стану на момент обстеження, клінічного інтерв'ю, а також ретроспективного аналізу лікування, що передувало поступленню до стаціонару. Для цього використовували соціально-демографічний, клініко-анамнестичний та клініко-психопатологічний методи дослідження у вигляді напівструктурованого психопатологічного інтерв'ю, основною метою якого була комплексна оцінка психічного статусу пацієнта, коморбідних соматичних захворювань, характеру і обсягу фармакотерапії. Розлади психіки діагностувалися відповідно до критеріїв розділу V «Психічні розлади» МКХ-10.

Окрім того, пацієнти були оцінені на скринінгу за Короткою шкалою оцінки психічного стану (MMSE) і Кумулятивною шкалою рейтингу захворювань для геріатричних пацієнтів (CIRS-G), а також двічі – на початку і в кінці лікування за шкалами: Опитувальник якості життя (SF-36), Опитувальник задоволеності пацієнта (PSQ), Опитувальник прихильності до лікування Моріскі (MMAS).

Серед обстежених пацієнтів переважали жінки: відповідно 71,3 % серед усіх обстежених, 72,7 % – в ОГ і 71,3 % – в ПГ. Переважання жінок серед осіб похилого віку, в тому числі з психічними розладами, є нормальним розподілом за даними багатьох досліджень [1–3].

За сімейним станом переважна більшість були вдівцями або удовами: відповідно 45,9 % серед усіх обстежених без достовірної різниці між групами (в ОГ – 45,2 %; в ПГ – 47,1 %). По ¼ обстежених перебували в шлюбі або були розлученими: відповідно 24,9 % одружених/заміжніх та 26,5 % розлучених – без достовірної різниці між групами. Майже по 1/3 від усіх обстежених проживало наодинці (36,3 %) або з дітьми (30,5 %) без достовірної різниці між групами. Тенденція до життя наодинці внаслідок розлучення або смерті подружжя нажаль є сталою, і вона негативно впливає на стан фізичного і психічного здоров'я осіб похилого віку [4, 5].

За рівнем освіти достовірної різниці між групами не визначалось; найбільше було пацієнтів з середньою спеціальною (29,9 %) і середньою освітою (24,9 %). 1/5 частина групи мала вищу освіту (20,3 %). Фізичний характер праці протягом життя був у 66,5 % пацієнтів без достовірної різниці між групами.

Основним захворюванням у більшості пацієнтів стала деменція легкого або середнього ступеню виразності різного генезу (типу Альцгеймера, судинна, змішана) (73,8 %). Пацієнти з шизофренією склали 7,7 % від усіх обстежених. Решта, 18,5 % обстежених, страждали на депресивні розлади, біполярний афективний розлад і розумову відсталість. Достовірної різниці між групами за основним діагнозом не зафіксовано. Такий нозологічний розподіл є типовим для геронтопсихіатричних відділень психіатричних лікарень з урахуванням того, що за критеріями включення/виключення до дослідження не залучались особи з тяжким ступенем деменції [1, 3, 6, 7].

Середня кількість супутніх захворювань в ОГ склала 3,7; в ПГ – 3,4, що є відповідним даним досліджень з поліморбідності, в яких наголошується, що в похилому віці зазвичай у одного пацієнта співіснує 3–6 хронічних захворювань [2, 8–10]. Середня кількість щоденних препаратів за даними нашого дослідження склала в ОГ – 3,7; в ПГ – 3,0, що не є надмірним для такої категорії пацієнтів і більшою мірою свідчить про певне ігнорування лікарських рекомендацій [2, 9, 11, 12]. Рівень куріння в ОГ був 2,7 пачко-років;

в ПГ – 4,0 пачко-років. Такий показник не вважається фактором надмірного ризику серцево-судинних захворювань, який починається з 10 пачко-років, але ймовірність погіршення стану здоров'я внаслідок тютюнопаління залишається незмінною [13–15]. Групи достовірно не відрізнялися по основним змінним.

При оцінці поліморбідності за шкалою CIRS-G загальна кількість категорій в середньому дорівнювала 3,83; середня кількість балів – 8,37; індекс коморбідності – 2,2 в усіх випадках без достовірної різниці між групами.

Були визначені достовірні кореляції між коморбідністю та різними змінними. Кількість категорій за шкалою CIRS-G збільшувалась з віком ($r = 0,376$, $p < 0,001$ (категорій більше у тих, хто старше), але зменшувалась з палінням ($r = -0,199$, $p < 0,001$). Більша кількість категорій асоціювалась з погіршенням якості життя за SF-36 ($r = -0,353$, $p < 0,001$) (чим гірша якість життя, тим більше категорій), Кількість балів за шкалою CIRS-G також мала аналогічні кореляції: збільшувалась з віком ($r = 0,368$, $p < 0,001$); зменшувалась з палінням ($r = -0,181$, $p = 0,001$) і з кращою якістю життя за SF-36 ($r = -0,380$, $p < 0,001$).

Незважаючи на те, що в загальному індексі коморбідності індекс КІ 2 (захворювання помірного ступеню, що потребують лікування) займав найбільшу питому вагу, важливими були його кореляції: збільшення з віком ($r = 0,352$, $p < 0,001$); зменшення з палінням ($r = -0,183$, $p = 0,001$) і з більш високою якістю життя за SF-36 ($r = -0,303$, $p < 0,001$). За даними досліджень, саме цей ступінь тяжкості коморбідних захворювань в більшості випадків визначає ефективність терапії поліморбідних пацієнтів похилого віку [2, 8, 10, 12, 16, 17].

Індекс КІ 3 (тяжкі неконтрольовані соматичні захворювання) мав позитивні кореляції з ІМТ ($r = 0,125$, $p = 0,025$), з задоволеністю медичною допомогою за шкалою PSQ ($r = 0,151$, $p = 0,006$) та негативну – з якістю життя за шкалою SF-36 ($r = -0,266$, $p < 0,001$). Кількість категорій із оцінкою 3 також мала позитивні кореляції з віком ($r = 0,123$, $p = 0,027$), задоволеністю медичною

допомогою за шкалою PSQ ($r = 0,162$, $p = 0,003$) та негативну – з якістю життя за шкалою SF-36 ($r = -0,231$, $p < 0,001$).

Середній рівень якості життя за SF-36 до лікування складав 34,3 балів без достовірної різниці в групах. Деякі відмінності спостерігались щодо окремих підшкал. Так, в ОГ були достовірно кращі показники фізичного ($p < 0,001$) та рольового функціонування, обумовленого фізичним станом ($p = 0,002$), а в ПГ – життєвої активності ($p = 0,010$), соціального функціонування ($p = 0,038$) та психічного здоров'я ($p < 0,001$).

Згідно із отриманими даними гендерного аналізу якості життя за шкалою SF-36, у чоловіків в порівнянні з жінками до лікування були достовірно кращі показники по фізичному функціонуванню ($p < 0,001$), рольовому функціонуванню, обумовленому фізичним станом ($p = 0,050$), загальному стану здоров'я ($p = 0,038$) та загальному сумарному показнику якості життя ($p = 0,005$).

За даними кореляційного аналізу, зворотній кореляційний зв'язок середньої сили ($r = -0,326$, $p < 0,001$) відмічався між якістю життя та кількістю супутніх захворювань. Отже, чим більше супутніх соматичних захворювань мав пацієнт, тим гіршою була якість життя. Достовірні кореляції слабкої сили відмічались для інших показників: більш низьку якість життя мали чоловіки ($r_s = -0,155$, $p = 0,005$), особи більш старшого віку ($r = -0,235$, $p < 0,001$) та пацієнти, які приймали більшу кількість ліків щоденно ($r = -0,137$, $p = 0,037$) і періодично ($r = -0,115$, $p = 0,039$). Сучасні дослідження також підтверджують негативні зв'язки між якістю життя та кількістю супутніх захворювань і великим фармакологічним навантаженням [9, 11, 18].

Середня задоволеність медичною допомогою за шкалою задоволеності пацієнта PSQ усіх обстежених пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю склала 59,9 балів.

Середня задоволеність пацієнтів за шкалою PSQ в ОГ склала 59,3 бали, в ПГ – 61,6 балів без достовірної різниці між групами. Причому, підшкали «Кваліфікація персоналу» і «Міжособистісні відносини» в обох групах мали

більш високі показники відносно підшквал «Спілкування», «Час спілкування з лікарем», «Доступність та комфорт», що свідчило про суб'єктивну недостатність для пацієнтів саме комунікативного компоненту в лікуванні.

Саме вади комунікації, на думку багатьох дослідників, постають бар'єром в активному залученні пацієнтів у процес лікування [19–21], що й було показано у нашому дослідженні.

Рівень комплаєнсу за шкалою MMAS був середнім (в ОГ 3,1 бали, ПГ 2,6 бали), але мала місце достовірна міжгрупова різниця. Оскільки вихідні показники за цією шкалою достовірно відрізнялись, її результати не були враховані при проведенні кінцевого аналізу.

Більшість досліджень розглядає шляхи оптимізації медикаментозної терапії і психотерапевтичне лікування окремо [22–26], але у нашій роботі ці види втручань були поєднані. Отже, всі пацієнти проходили первинне обстеження за основним та супутніми захворюваннями з аналізом фармакотерапевтичного навантаження. Потім проводився психосоматичний консилиум із залученням лікарів-інтерністів відповідного за наявності захворювання фаху, на якому визначалось оптимальне фармакотерапевтичне навантаження: враховувалась соматотропна дія психотропних препаратів і психотропна – соматотропних препаратів, з наданням переваги комбінованим лікам. Пацієнти ОГ додатково до стандартної фармакотерапії отримували програму психотерапії, що складалась з інформативного, спонукального та рефлексивного компонентів.

Прототипами створеної нами психотерапевтичної програми був метод комплаєнс-терапії, розроблений R. Kemp і співавт., який надалі в удосконаленому вигляді набув продовження в проекті Innovative Care for Chronic Conditions [27, 28].

Створена нами психотерапевтична програма передбачала поєднання психоосвіти, комплаєнс-терапії і тренінгу профілактики фармакоманії. Використовувався когнітивно-поведінковий підхід, проводилось 10 сеансів тривалістю по 30–60 хвилин у вигляді мотиваційних інтерв'ю і когнітивно-

поведінкових тренінгів з роз'яснювальною психотерапією. Змістовно в процесі терапії були присутні: огляд історії захворювання пацієнта, його розуміння свого захворювання та ставлення до лікування; інформативний блок щодо основного та супутніх захворювань, варіантів змісту і обсягу терапії, стигматизації і самостигматизації; аргументована заборона використання самолікування, особливо вживання барбітуратів і тютюнопаління; створення системи світло-звукових сигналів-нагадувань прийому ліків у певний час; навчання технікам релаксації.

Зворотній зв'язок, як рефлексивну частину психотерапії, організували у вигляді обговорення з пацієнтом його розуміння хвороби, особливостей дії отриманого лікування, ефективності використання релаксації, засвоєння світло-звукових сигналів-нагадувань прийому ліків у певний час, спроможності зменшення/відмови від самолікування (в т.ч. барбітуратами) і тютюнопаління.

Після лікування загальний показник якості життя за шкалою SF-36 в ОГ склав 63,00 бали, в ПГ – 47,86 балів. Отже, в середньому у вибірці в цілому після лікування відмічалось суттєве покращення якості життя. За шкалою SF-36 воно склало 24,65 балів із статистично значимою достовірністю ($p < 0,001$). Зміни в якості життя в ПГ склали 14,5 бали, а в ОГ – 28,4 бали. Міжгрупова різниця була наддостовірною ($p < 0,001$), що цілком підтвердило ефективність психотерапії у покращенні якості життя пацієнтів.

В ОГ відмічалось достовірне покращення усіх підшкал фізичного компоненту якості життя (в усіх випадках $p < 0,001$). В ПГ також спостерігалось статистично достовірне покращення якості життя по всім підшкалам фізичного компоненту (в усіх випадках $p < 0,001$), за виключенням фізичного функціонування ($p = 0,741$).

Фізичний компонент якості життя, а саме підшкали фізичного функціонування ($p = 0,019$), рольового функціонування, обумовленого фізичним станом ($p < 0,001$) та інтенсивності болю ($p = 0,006$) в достовірно більшій мірі покращились в ОГ, ніж в ПГ. Також, в найбільшій мірі в ОГ

психотерапія сприяла покращенню рольового функціонування, обумовленого фізичним станом, де міжгрупова різниця (16,0 балів) перевищила половину стандартного відхилення. Міжгрупова різниця щодо підшкали загального стану здоров'я була недостовірною ($p = 0,987$).

В ОГ і ПГ відмічалось достовірне покращення усіх підшкал психічного компоненту якості життя (в усіх випадках $p < 0,001$). Також спостерігалось значне покращення психічного компоненту якості життя. В ОГ, у порівнянні із ПГ, міжгрупова різниця в балах була достовірною за всіма підшкалами, сягаючи 1-го стандартного відхилення (в усіх випадках $p < 0,001$) за виключенням соціального функціонування.

Відмічалось суттєве покращення задоволеності пацієнта наданням допомоги за шкалою PSQ: до 68,63 балів в ОГ і до 67,21 – в ПГ. Загалом воно склало 8.3 бали із статистично значимою достовірністю ($p < 0,001$). За даними дисперсійного аналізу ANOVA зміни в ОГ у порівнянні із ПГ склали 3,63 бали та були наддостовірними ($p < 0,001$). Це також підтвердило гіпотезу дослідження щодо ефективності психотерапії в покращенні задоволеності пацієнтів лікуванням. Найбільш значущі зміни мали місце в категоріях: міжособистісні відносини, спілкування, час спілкування з лікарем, доступність та комфорт.

Прихильність до лікування за MMAS в ОГ була достовірно більша на 0,5 балів, ніж в ПГ до початку лікування ($p = 0,007$), але не сягала високого рівня. Зміни за шкалою MMAS в ПГ склали 1,2 бали, а в ОГ – 1,3 бали. Міжгрупова різниця була наддостовірною ($p < 0,001$), що також підтвердило ефективність психотерапії у покращенні комплаєнсу пацієнтів. Втім, враховуючи базові показники MMAS, ми не могли спиратися на результати дисперсійного аналізу щодо впливу психотерапії на зміну комплаєнтності у пацієнтів.

За даними кореляційного аналізу за Пірсоном нами було визначено, що більш суттєве покращення якості життя після лікування було у пацієнтів молодшого віку ($r = -0,149$; $p = 0,007$) і з меншим дефіцитом когнітивного

функціонування ($r = 0,282$; $p < 0,001$). Збільшення задоволеності наданням медичної допомоги за PSQ було асоційоване з більшою кількістю ліків в постійній схемі терапії ($r = 0,121$; $p = 0,029$) і униканням додаткового періодичного прийому препаратів ($r = -0,134$; $p = 0,015$). Дані інших досліджень також підтверджують отримані нами дані щодо віку і когнітивного дефіциту [17, 29, 30], але зв'язок якості життя з обсягом фармакологічного навантаження раніше не досліджувався.

За даними кореляційного аналізу за Спірманом пряма кореляція середньої сили ($r_s = 0,226$) відмічалась між змінами шкали PSQ та групою, до якої входив пацієнт. Також, пряма сильна кореляція відмічалась між змінами в шкалі SF-36 ($r_s = 0,5$) та групою, до якої входив пацієнт. Це підтвердило дані дисперсійного аналізу, за яким саме психотерапія сприяла покращенню якості життя та задоволеності пацієнта лікуванням.

Слабка обернена кореляція між сімейним станом та змінами в шкалі PSQ ($r_s = -0,122$) свідчила, що в одинаків зміни в шкалі PSQ були більшими, ніж у одружених/заміжніх. Щодо самолікування, то воно обернено корелювало із змінами в шкалі PSQ та прямо – із змінами в шкалі SF-36. Сила кореляції була слабкою, але достовірною ($-0,115$ та $0,119$ відповідно). Схильні до самолікування пацієнти мали більші зміни якості життя після лікування ($r_s = 0,119$; $p = 0,033$), але менші зміни задоволеності медичною допомогою ($r_s = -0,115$; $p = 0,038$).

Таким чином, нами було доведено, що в стаціонарному лікуванні поліморбідних пацієнтів похилого віку з психічними розладами доцільно поєднання оптимізованого фармакологічного навантаження з психотерапевтичним втручанням, що збільшує активну участь пацієнта в лікувальному процесі та сприяє підвищенню комплаєнсу, якості життя і задоволеності медичною допомогою.

Список використаних джерел

1. World report on Ageing and Health, 2015. Publications of the World Health Organization are available on the WHO website (www.who.int)
2. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психосоматична коморбідність і якість життя у пацієнтів похилого віку. *НейроNEWS*. 2016. № 2. С. 8 - 12
3. Пінчук І. Я., Чайковська В. В., Стаднюк Л. А. [та ін.]. Актуальні питання геронтопсихіатрії: навч. посіб. Тернопіль: ТЗОВ «Терно-граф», 2010. 432 с.
4. Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню у 2010 році: підсумки діяльності системи охорони здоров'я та реалізація Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». К.: МОЗ України, 2011. 104 с.
5. Parkar S. R. Elderly Mental Health: Needs. *Mens Sana Monographs*. 2015. Vol. 13 (1). P. 91–99. doi:10.4103/0973–1229.153311.
6. Skoog I. Psychiatric disorders in the elderly. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2011. Т. 56, № 7. С. 387–397.
7. Börjesson-Hansson A., Waern M., Östling S. [et al.] One-month prevalence of mental disorders in a population sample of 95-year-olds. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011. Vol. 19 (3). P. 284–291.
8. van der Leeuw G., Gerrits M. J., Terluin B. [et al.] The association between somatization and disability in primary care patients. *J. Psychosom. Res.* 2015. Vol. 79 (2). P. 117–122.
9. Чабан О. С., Хаустова О. О. Терапія пацієнтів з тривожними синдромами в межах невротичних та психосоматичних розладів (серцево-судинна патологія і метаболічний синдром Х). *Современные подходы к терапии внутренних болезней: метод. посіб.* К., 2009. С. 45–56.
10. Georgakis M. K., Papadopoulos F. C., Protogerou A. D. [et al.] Comorbidity of Cognitive Impairment and Late-Life Depression Increase Mortality:

Results From a Cohort of Community-Dwelling Elderly Individuals in Rural Greece. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2016. Feb 25. pii: 0891988716632913. [Epub ahead of print]

11. Пинчук И. Распространенность психических расстройств в Украине. *Журн. АМН України*. 2010. Т. 16, № 1. С. 168–176.

12. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психічне здоров'я людей похилого віку: проблеми діагностики і терапії. *НейроNEWS*. 2013. № 1–2. С. 19 - 24

13. Constante C. Enquesta de salut de Catalunya. Informe dels principals resultats. 2014. URL: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/onada09/esca2014_resultats.pdf. Accessed 9 March 2016.

14. Jones R. C. M., Hyland M. E., Hanney K., Erwin J. A qualitative study of compliance with medication and lifestyle modification in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Prim Care Respir J*. 004. Vol. 13 (3). P. 149–154. doi:10.1016/j.pcrj.2004.05.006.

15. Drayer R. A., Mulsant B. H., Lenze E. J. [et al.]. Somatic symptoms of depression in elderly patients with medical comorbidities. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2005. Vol. 20 (10). P. 973–982.

16. Bogner H. R., Joo J. H., Hwang S. [et al.]. Does a Depression Management Program Decrease Mortality in Older Adults with Specific Medical Conditions in Primary Care? An Exploratory Analysis. *J. Am. Geriatr. Soc*. 2016. Vol. 64 (1). P. 126–131. doi: 10.1111/jgs.13711.

17. Ekdahl A. W., Odzakovic E., Hellström I. Living Unnoticed: Cognitive Impairment in Older People with Multimorbidity. *J. Nutr. Health Aging*. 2016. Vol. 20 (3). P. 275–279. doi: 10.1007/s12603-015-0580-2.

18. Brown M. T., Bussell J. K. Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clinic Proc*. 2011. Vol. 86 (4). P. 304–314. doi:10.4065/mcp.2010.0575. [L]
[SEP]

19. Sylvia L. G., Hay A., Ostacher M. J. [et al.]. Association between therapeutic alliance, care satisfaction, and pharmacological adherence in bipolar

disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2013. Vol. 33 (3). P. 343–350. doi:10.1097/JCP.0b013e3182900c6f.

20. Хаустова Е. А. Психическое здоровье у людей пожилого возраста. *Мистецтво лікування*. 2012. № 1 (77). С. 39–43.

21. Mishra S. I., Gioia D., Childress S. [et al.]. Adherence to medication regimens among low-income patients with multiple comorbid chronic conditions. *Health Soc Work*. 2011. Vol. 36 (4). P. 249–258.

22. Llewellyn-Jones R. H. [et al.]. Multifaceted shared care intervention for late life depression in residential care: randomised controlled trial. *BMJ*. 1999. # 319. P. 676–682.

23. Unutzer J. [et al.]. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 2002. Vol. 288. P. 2836–2845.

24. White S., Bissell P., Anderson C. A qualitative study of cardiac rehabilitation patients' perspectives on making dietary changes. *J Hum Nutr Diet [Internet]*. *BMC Health Serv Res*. 2011. Vol. 24 (2). P. 122–127. doi:10.1111/j.1365-277X.2010.01136.x.

25. Марута Н. О., Явдак І. О., Череднякова О. С. Система терапії ендогенних депресій із суїцидальним ризиком в осіб похилого віку. *Здоров'я України. Тематичний номер «Неврологія. Психіатрія. Психотерапія»*. 2012. № 3 (22). С. 22–23.

26. Ardito R. B., Rabellino D. Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Front Psychol*. 2011. Vol. 2. P. 270. doi:10.3389/fpsyg.2011.00270.

27. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: [SEP]WHO. 2003.

28. Haynes R. B., Ackloo E., Sahota N. [et al.]. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database. Syst Rev*. 2008. Vol. 2. CD000011.

29. Georgakis M. K., Papadopoulos F. C., Protogerou A. D. [et al.]. Comorbidity of Cognitive Impairment and Late-Life Depression Increase Mortality:

Results From a Cohort of Community-Dwelling Elderly Individuals in Rural Greece. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2016. Feb 25. pii: 0891988716632913. [Epub ahead of print]

30. Підкоритов В. С. Судинна деменція – сучасна проблема психіатрії. *Український вісник психоневрології.* 2016. № 24, вип. 4. С. 76–78.

ВИСНОВКИ

1. У дисертації на основі вивчення особливостей поліморбідності та характеру фармакотерапії, комплаєнсу, якості життя і задоволеності медичною допомогою у хворих похилого віку з психічними розладами представлено теоретичне узагальнення та нове вирішення науково-практичної задачі психіатрії – підвищення ефективності лікування психічних розладів у хворих похилого віку з поліморбідністю на основі вивчення характеру і ролі порушень комплаєнсу, якості життя та задоволеності медичною допомогою шляхом оптимізації терапевтичного комплексу фармакотерапії, асоційованої з психотерапевтичним компонентом.

2. Визначено, що пацієнти похилого віку мали високий рівень поліморбідності за шкалою CIRS-G: 8,37 балів сумарно; 3,83 категорій; 2,2 – індекс коморбідності. Середня кількість супутніх захворювань в ОГ склала 3,7; в ПГ – 3,4. Середня кількість щоденних препаратів в ОГ – 3,7; в ПГ – 3,0. Тяжкість і кількість супутніх захворювань збільшувались з віком ($p < 0,001$) і асоціювались з погіршенням якості життя ($p < 0,001$). Пацієнти з тяжкими неконтрольованими і середньо-тяжкими соматичними захворюваннями були більш задоволені рівнем медичної допомоги (відповідно $p = 0,006$ і $p = 0,003$) і гіршу якість життя ($p < 0,001$). Респонденти похилого віку з соматичними захворюваннями середньої тяжкості, що потребували активного лікування, були старішого віку ($p = 0,027$), а хворі з тяжкими неконтрольованими соматичними захворюваннями мали схильність до збільшення ваги ($p = 0,025$). Рівень і ступінь тяжкості поліморбідності не залежали від основного психічного захворювання (деменції, шизофренії тощо).

3. Досліджено, що середній рівень якості життя до лікування був низьким (34,3 бала), але з достовірно кращими показниками за фізичним функціонуванням ($p < 0,001$), рольовим функціонуванням, обумовленим фізичним станом ($p = 0,050$), загальним станом здоров'я ($p = 0,038$) та загальним сумарним показником якості життя ($p = 0,005$) у чоловіків в

порівнянні з жінками. Тенденція до зниження якості життя була прямо пропорційною до збільшення кількості супутніх захворювань ($p < 0,001$), щоденного та періодичного обсягу фармакотерапії ($p = 0,037$); у чоловіків ($p = 0,005$); зростання віку хворих ($p < 0,001$).

4. Виявлено, що рівень задоволеності медичною допомогою обстежених пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю був середнім і склав 59,9 балів. Хворі були більшою здебільшого задоволені кваліфікацією персоналу і міжособистісними відносинами порівняно зі спілкуванням, часом спілкування з лікарем і доступністю та комфортом, що свідчило про суб'єктивну недостатність для пацієнтів саме комунікативного компоненту в лікуванні. Рівень комплаєнсу також був середнім серед усіх обстежених (3,0 бала) і в ОГ (3,1 бала) та низьким у ПГ (2,6 балів).

5. Розроблено програму психотерапії на засадах когнітивно-поведінкового підходу з інформативним, спонукальним та рефлексивним компонентами, асоційовану з роз'яснювальною психотерапією, раціональною фармакотерапією в терапевтичному комплексі, спрямовану на підвищення комплаєнсу, якості життя і задоволеності медичною допомогою досліджуваного контингенту пацієнтів (найбільшою мірою в ОГ, $p < 0,001$). Оптимізація стандартної фармакотерапії відбувалась з урахуванням загального фармакотерапевтичного навантаження, соматотропної дії психотропних препаратів, психотропної дії соматотропних препаратів, використанням комбінованих ліків.

6. Доведено, що в стаціонарному лікуванні пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю доцільно використовувати додатково до раціональної фармакотерапії і психотерапію, спрямовану на обізнаність пацієнта щодо свого захворювання і методів його лікування, створення терапевтичного альянсу і запобігання самолікуванню. Психотерапія сприяла покращенню якості життя ($p < 0,001$), комплаєнсу пацієнтів ($p = 0,007$), задоволеності наданням медичної допомоги ($p < 0,001$).

6.1. Після лікування відмічалось суттєве покращення якості життя (на 24,65 балів, $p < 0,001$) в ОГ – до 63,00 бали, ПГ – до 47,86 балів), особливо у пацієнтів молодшого віку з меншим дефіцитом когнітивного функціонування ($p < 0,001$), що підтвердило ефективність застосування розробленого комплексу терапії. В обох групах було покращення фізичного компоненту якості життя ($p < 0,001$), за винятком фізичного функціонування ($p = 0,741$) в ПГ. В ОГ найбільшою мірою психотерапія сприяла достовірному ($p < 0,001$) покращенню рольового функціонування, обумовленого фізичним станом, покращенню психічного компоненту якості життя ($p < 0,001$), причому в ОГ порівняно з ПГ міжгрупова різниця була достовірною за усіма підшкалами ($p < 0,001$).

6.2. Відмічалось суттєве покращення задоволеності медичною допомогою ($p < 0,001$) у категоріях: міжособистісні відносини, спілкування, час спілкування з лікарем, доступність та комфорт. Зміни PSQ в ОГ у порівнянні із ПГ склали 3,63 балів ($p < 0,001$). Збільшення задоволеності наданням медичної допомоги було прямо пропорційно асоційовано з більшою кількістю ліків в постійній схемі терапії ($p = 0,029$), униканням додаткового періодичного прийому препаратів ($p = 0,015$), сімейним станом ($p = 0,028$ у одинаків).

7. Наведені теоретичні та практичні результати впровадження розробленого терапевтичного комплексу повністю підтвердили гіпотезу дослідження щодо ефективності психотерапії в покращенні задоволеності пацієнтів лікуванням.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для покращення якості діагностики поліморбідних пацієнтів похилого віку з психічними розладами первинне обстеження щодо основного та супутніх захворювань має включати аналіз фармакотерапевтичного навантаження.
2. Доцільним є проведення психосоматичного консилиуму з залученням лікарів-інтерністів відповідного наявності захворювань фаху, за яким має визначатись оптимальна фармакотерапія згідно стандартів лікування наявних у пацієнта захворювань.
3. Поліморбідним пацієнтам похилого віку з психічними розладами додатково до стандартної фармакотерапії доцільно проводити психотерапію, спрямовану на обізнаність пацієнта щодо свого захворювання і методів його лікування, створення терапевтичного альянсу і запобігання самолікуванню.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Калугін І. В. Проблеми поліморбідності та адекватної фармакотерапії у пацієнтів похилого віку [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19, № 4 (75). – С. 118–123 *(дисертант брав участь у формуванні мети дослідження, здійснив набір клінічного матеріалу і аналіз отриманих даних)*.
2. Калугін І. В. Старіння організму та поліморбідність [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Архів психіатрії. – 2014. – Т. 20, № 2 (77). – С. 36–43 *(дисертантом здійснено аналіз отриманих даних, зроблено висновки дослідження)*.
3. Калугін І. В. Полипрагмазия и полифармация у пациентов геронтопсихиатрического профиля [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Архів психіатрії. – 2014. – Т. 20, № 4 (79). – С. 29–34 *(дисертантом визначено завдання дослідження, здійснено набір клінічного матеріалу і аналіз отриманих даних)*.
4. Калугін І. В. Комплаенс фармакотерапии лиц пожилого возраста с полиморбидностью [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Ліки України. – 2015. – № 4 (25). – С. 65–72 *(дисертантом здійснено аналіз отриманих даних, зроблено висновки дослідження)*.
5. Калугін І. В. Проблема комплаенса у пацієнтів геронтопсихіатричного профілю [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Архів психіатрії. – 2016. – Т. 22, № 4 (87). – С. 20–28 *(дисертантом здійснено аналіз отриманих даних)*.
6. Калугін І. В. Якість життя та комплаєнс у пацієнтів геріатричного профілю. [Текст] / І. В. Калугін // Психосоматична медицина та загальна практика. – 2017. – Т. 2, № 3. – С. 1–9.

7. Калугін І. В. Психотерапія як фактор покращення задоволеністю медичною допомогою та покращення якості життя у пацієнтів геронтологічного профілю з психічними розладами та поліморбідністю [Текст] / І. В. Калугін, О. С. Осуховська // Архів психіатрії. – 2017. – Т. 23, № 4 (91). – С. 236–242 (дисертантом здійснено аналіз отриманих даних, зроблено висновки дослідження).

8. Калугін І. В. Поліпрагмазія і поліфармація у пацієнтів геронтопсихіатричного профілю [Текст] / І. В. Калугін // Архів психіатрії. – 2015. – Т. 21, № 1 (80) – С. 167–168.

9. Калугін І. В. Проблеми поліморбідності та адекватної фармакотерапії у пацієнтів геронтопсихіатричного профілю : тези доп. наук. симп. з міжнар. участю «Мозок та стрес», (Дніпропетровськ, 1–2 жовт. 2015 р.) [Текст] / І. В. Калугін // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, № 3 (84). – С.127–128.

10. Калугін І. В. Проблема прихильності до терапії у пацієнтів геронтопсихіатричного профілю : тези доп. наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Психіатрія ХХІ століття: проблеми та інноваційні рішення», (Київ, 27–29 квіт. 2017 р.) [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Архів психіатрії. – 2017. – Т. 23, № 1 (88). – С. 64–66.

11. Калугін І. В. Роль психотерапії в покращенні якості життя і задоволеності медичною допомогою у пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю [Електронне видання] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова, О. С. Осуховська // Психосоматична медицина і загальна практика. – 2017. – № 2 (4), e020493. – Режим доступу : <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v2i4.93> (дисертантом здійснено аналіз отриманих даних, зроблено висновки дослідження).

Акти впровадження (сканкопії)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар
КЛПУ «Міська психіатрична
лікарня м.Краматорськ»

Севастьянова Л.Л.
«10» листопада 2017 р.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо). Особливості комплаєнсу, підвищення якості життя і задоволення наданням медичної допомоги пацієнтів геронтопсихіатричного профілю.

2. Ким запропоновано: Калугіним Ігорем Віталійовичем

3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.). Калугін І.В. Комплаєнс фармакотерапії лиц пожилого віку з поліморбидністю. [Текст] / О.О. Хаустова // Архів психіатрії – 2014 – Т.21 - 3 (78) - С. 29- 34

4. Де та коли впроваджено. В лікувально-діагностичний процес психіатричної лікарні м. Краматорськ.

5. Термін впровадження: з липня 2017 – по теперішній час

6. Ефективність впровадження: Застосування запропонованих заходів сприяло покращенню ефективності терапії пацієнтів геронтопсихіатричного профілю.

7. Зауваження, пропозиції: продовжити застосування запропонованого автором фармакотерапевтичного підходу в лікувальній практиці установи.

Відповідальний за впровадження

Handwritten signature: Ігор Калугін
Ігор Калугін
2016. 2017

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Завідувач

кафедри психіатрії
медичної психології

«20» листопада 2017 р.

**АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ**

1. Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо). Аналіз комплаєнсу, якості життя і задоволення наданням медичної допомоги пацієнтів геронтопсихіатричного профілю.

2. Ким запропоновано: Калугінім Ігорем Віталійовичем

3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.). Калугін І.В. Проблема комплаєнсу у пацієнтів геронтопсихіатричного профілю [Текст] / О.О. Хаустова // Архів психіатрії – 2016 - Т.22 - 3 (86).

4. Де та коли впроваджено. У навчальний процес кафедри психіатрії ДонНМУ ім. М. Горького.

5. Термін впровадження: з квітня 2017 – по теперішній час

6. Ефективність впровадження: Впровадження у навчальний процес кафедри запропонованих наукових матеріалів дозволило підвищити рівень підготовки студентів/лікарів-курсантів щодо сучасних методів курації пацієнтів геронтопсихіатричного профілю.

7. Зауваження, пропозиції: продовжити застосування у навчальному процесі кафедри.

Відповідальний за впровадження



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар
КЛПУ «Міська психіатрична
лікарня м.Константинівка»
Антонов Ю.В.

«30» жовтня 2017 р.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо). Особливості компласнсу, підвищення якості життя і задоволення наданням медичної допомоги пацієнтів геронтопсихіатричного профілю.

2. Ким запропоновано: Калугіним Ігорем Віталійовичем

3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.). Матеріали дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія «Оптимізація фармакотерапії психічних розладів у пацієнтів похилого віку з поліморбідністю».

4. Де та коли впроваджено. В лікувально-діагностичний процес психіатричної лікарні м. Константинівки.

5. Термін впровадження: з липня 2017 – по теперішній час

6. Ефективність впровадження: Застосування запропонованих заходів сприяло покращенню ефективності і спрямованості терапії пацієнтів геронтопсихіатричного профілю, підвищенню рівня якості життя і задоволення наданням медичної допомоги таким пацієнтам.

7. Зауваження, пропозиції: зауважень немає.

Відповідальний за впровадження

Зод. Зіг. Шейченко О.О.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Заступник головного лікаря з
медичної частини
КЛПУ «Міська психіатрична
лікарня №7 м.Маріуполь»
Чулой О.П.
«27» жовтня 2017 р.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо). Оптимізація комплаєнсу, підвищення якості життя і задоволення наданням медичної допомоги пацієнтів геронтопсихіатричного профілю.

2. Ким запропоновано: Калугіним Ігорем Віталійовичем

3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.). Матеріали дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія «Оптимізація фармакотерапії психічних розладів у пацієнтів похилого віку з поліморбідністю».

4. Де та коли впроваджено. В лікувально-діагностичний процес психіатричної лікарні м.Маріуполь.

5. Термін впровадження: з червня 2017 – по теперішній час.

6. Ефективність впровадження: Застосування запропонованих методів діагностики, лікування та курації пацієнтів геронтопсихіатричного профілю сприяло підвищенню ефективності надання медичної допомоги у КЛПУ «Міська психіатрична лікарня №7 м.Маріуполь».

7. Зауваження, пропозиції: продовження застосування.

Відповідальний за впровадження

зав. відділенням №9
Ларіонова Л.В.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Головний лікар
 КЛІПУ «Обласна психіатрична
 лікарня м.Слов'янська»
 _____ Смаль Ю.І.
 «02» листопада 2017 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо). Оптимізація комплаєнсу, підвищення якості життя і задоволення наданням медичної допомоги пацієнтів геронтопсихіатричного профілю.

2. Ким запропоновано: Калугіним Ігорем Віталійовичем

3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.).

Калугін І.В. Полипрагмазия и полифармация у пациентов геронтопсихиатрического профиля [Текст] / О.О. Хаустова // Архив психиатрии – 2014 - Т.20.4 (79) - С.29-34.

Калугін І.В. Комплаєнс фармакотерапии лиц пожилого возраста с полиморбидностью. [Текст] / О.О. Хаустова // Архив психиатрии – 2014 - Т.21 - 3 (78) - С. 29- 34.

4. Де та коли впроваджено. В лікувально-діагностичний процес психіатричної лікарні м. Слов'янська.

5. Термін впровадження: з травня 2017 – по теперішній час.

6. Ефективність впровадження: Застосування запропонованих заходів сприяло підвищенню ефективності та покращенню фокус-спрямованості терапії пацієнтів геронтопсихіатричного профілю.

7. Зауваження, пропозиції: планується подальше застосування запропонованих лікувально-діагностичних методів.

Відповідальний за впровадження

дод. аттестована
Бегунов А.В.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Завідувач

кафедри психіатрії

медичної психології

М. Горького
О.О. Осокіна

«20» листопада 2017 р.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо). Аналіз комплаєнсу, якості життя і задоволення наданням медичної допомоги пацієнтів геронтопсихіатричного профілю.

2. Ким запропоновано: Калугіним Ігорем Віталійовичем

3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.). Калугін І.В. Проблема комплаєнсу у пацієнтів геронтопсихіатричного профілю [Текст] / О.О. Хаустова // Архів психіатрії – 2016 - Т.22 - 3 (86).

4. Де та коли впроваджено. У навчальний процес кафедри психіатрії ДонНМУ ім. М. Горького.

5. Термін впровадження: з квітня 2017 – по теперішній час

6. Ефективність впровадження: Впровадження у навчальний процес кафедри запропонованих наукових матеріалів дозволило підвищити рівень підготовки студентів/лікарів-курсантів щодо сучасних методів курації пацієнтів геронтопсихіатричного профілю.

7. Зауваження, пропозиції: продовжити застосування у навчальному процесі кафедри.

Відповідальний за впровадження

Калугін І.В.

Хаустова О.О.