

ОЦЕНКА БОЛЬНИЧНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ СВОИХ ПОТРЕБНОСТЕЙ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Е. Б. Любов и группа исследователей¹

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

*«Мы являемся тем, что мы хотим».
Ж.-П. Сартр*

В процессе психиатрической помощи, обращенной к социальному восстановлению больного, важно выявление личностно значимых нужд пациента как заинтересованного участника лечебно-реабилитационного процесса от планирования до оценки его эффективности [1, 2, 4]. Важно изучение удовлетворенности пациентов соответствием ожиданий и опыта, цели и результата, желания и реальности. Оценка предпочтений пациента важна при тяжелых расстройствах с сочетанными и пересекающимися медико-социальными проблемами, связанными с симптомами болезни и ее последствиями, в виде «бремени» побочных действий терапии, социально-бытовой несостоятельности, одиночества.

Цель исследования: выявление потребностей и оценка удовлетворенности повседневной психиатрической помощью больничными пациентами.

Материалы и методы

Многоцентровой анонимный невыборочный социологический опрос охватил пациентов девяти острых больничных психиатрических отделений в Вологде, Кирове, Москве, Оренбурге, Ставрополе в течение одного произвольно избранного дня 2010 года. Исключены пациенты с ведущей зависимостью от психоактивных веществ; до 10% больных не

смогли участвовать из-за выраженных психомоторного возбуждения, и/или когнитивных расстройств. Единичные пациенты (обычно параноидные) отказались от опроса без объяснения причин. В итоге обработаны ответы 378 пациентов, на мужчин пришлось 55,3%. Возраст респондентов $43,07 \pm 14,02$ (16–78) лет. Лица трудоспособного возраста составили более 85% (в Вологде 100%). Среднее (среднее специальное) образование получили 75%, высшее или незаконченное высшее образование – 13% (в Москве 41%). Работали в обычных условиях 6,69% (9% в Москве) респондентов, причем со снижением квалификации и/или неполный день более половины (3,52%). Безработными были 14,1% (Оренбург) – 47,5% (Киров) при среднем показателе по стране 7%; такие больные жили на иждивении близких или перебивались случайными заработками. У половины безработных длительность верифицированного психиатрического диагноза до пяти лет. Одиноко жили менее трети (30%) пациентов, но своя семья была только у 28,9% (11,7% в Москве). Наблюдались в ПНД $15,97 \pm 12,65$ (0,2–62) лет, причем 7,5% (Оренбург) – 30,76% (Киров) менее 5 лет. Большая часть (62%, в Москве 79%) респондентов была инвалидами в связи с психическим расстройством в течение $15,55 \pm 12,29$ (1–62) лет. Преобладающая доля не имеющих свою семью инвалидов трудоспособного возраста с близким к среднестатистическому цензом образования априорно указывает на актуальные направления систематической психосоциальной работы с ними. По данным отделений, больные шизофренией и расстройствами шизофренического круга составили в день опроса (как и по годовым отчетам) 30–45%; такие больные преобладали (73%) лишь в столице. Социо-демографические и клинические характеристики респондентов отражали состав пациентов в отделениях в течение года, в связи с чем выборка репрезентативна. Применен

¹ *Вологодская областная психиатрическая больница: О.И.Фалалеева, Н.А.Кудряшов, О.А.Куранова; Кировская областная психиатрическая больница: И.А.Гусынин, С.Е.Жуков; Московское отделение ООИИ «Новые возможности»: А.Н.Куликов, Н.Б.Левина; Оренбургская ГМА Минздравсоцразвития РФ: Е.Ю.Антохин; Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1: М.В.Горбунова; Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2: Ю.Л.Пустотин, Е.В.Пряникова, А.М.Шлафер; Ставропольская краевая клиническая психиатрическая больница №1: И.А.Былим, О.Г.Бычкова.*

Отношение к госпитализации и лекарственному лечению

	ДА (%) Медиана	ДА (%)
Необходимо ли Вам постоянное лекарственное лечение	68	86 (Оренбург) – 43 (Вологда)
Можно ли было избежать данной госпитализации	51	62,5 (Оренбург) – 46 (Вологда)
Причины поступления в психиатрическую больницу:		
отказ от поддерживающего лечения	33	64 (Оренбург) – 7 (Киров)
ссоры дома	40	45 (Оренбург) – 33 (Киров)
«голоса», бред	31	41 (Оренбург) – 14 (Вологда)
депрессия, мысли о самоубийстве или попытки самоубийства	33	52 (Оренбург) – 22 (Киров)

оригинальный структурированный опросник, разработанный в столичном отделении ООИ «Новые возможности» при методической поддержке Московского НИИ психиатрии и апробированный в столичной «тест-группе» больничных пациентов [6]. Первая часть опросника фиксировала социо-демографические и клинические характеристики (включая осведомленность о диагнозе) пациента; 55 вопросов касались нужд пациента в клинической и социально-бытовой сферах; 10 – оценке уровня больничной и внебольничной помощи. Часть открытых вопросов касалась пожеланий пациентов. Участнику исследования объяснена цель работы, даны советы по заполнению анкеты («ответы не бывают правильными или неправильными»). Обычно требовалось до 20 минут для заполнения опросника, что важно для истощаемых и отвлекаемых пациентов.

Результаты

Несмотря на неформальную обстановку и предваряющую опрос разъяснительную беседу, большинство пациентов было озадачено фактом обращения к ним, что проявлялось опасениями, не повлияют ли ответы на сроки выписки и какие ответы будут «полезными» медперсоналу. Лишь единичные пациенты остались равнодушными к опросу. Неточные, противоречивые или пропущенные, возможно, по причине непривычности их обсуждения (половые связи) ответы были исключением. Полагали, что знают «свой» психиатрический диагноз 34,9% респондентов. Все получали психотропные препараты, но лишь треть могла указать их названия и детали лечения. Самовольно обрывали прием психотропных препаратов в первые 3–6 месяцев по выписке 74,6%. Имели опыт какой-либо психосоциальной работы 10,7% (Вологда) – 24,1% (Киров) пациентов.

Отношение к госпитализации и лекарственному лечению (табл. 1). Пациенты, как правило, полагали себя психически больными в связи с фактом психиатрического лечения. Большинство респондентов полагало текущую госпитализацию неприятным, досадным событием, но случайным, более определенным микросоциальным фоном, но и не обрывом или недостатками поддерживающей фармакотерапии. Обострение (рецидив) психических симптомов,

расцененное обычно как данность, проявление хронической болезни, мало связано, с позиции пациентов, с продолжением лечения, но серьезно нарушает их благополучие. Настораживает значительная роль депрессии и суицидального поведения по самоотчетам больных, риск которых повышен на фоне неадекватного лечения и, тем более, при его отсутствии и, возможно, недооценен клиницистами.

Большинство опрошенных осознавало при госпитализации необходимость дальнейшего лекарственного лечения; их убеждение, видимо, следует поддерживать.

Переносимость фармакотерапии. При оценке переносимости фармакотерапии и прогнозе комплаенса важны не только и не столько объективизированная клиницистом выраженность нежелательного (побочного – с позиции больного) действия лекарств, но приемлемость последнего для пациента [8] и влияние на его повседневное (ролевое) функционирование, особенно после выписки. В отделениях антипсихотической терапии представлена до 80% типичными нейролептиками; распространенная полифармация затрудняла выделение профиля нежелательных действий отдельного препарата, вызывающих наибольший дистресс у больного. Данные в отделениях отличались не более чем на 5%, что позволило привести усредненные цифры (табл. 2).

Таблица 2

Вызывающие наибольшие неудобства побочные действия психофармакотерапии*

Побочное действие	%
Неусидчивость, «тряска», мышечная скованность, слюнотечение	30,4 16,9 23,9 11,6
Повышение веса	8,1
Задержка месячных**	3,3
Выделение молока из груди	2,5
Подавленность чувств равнодушие дневная сонливость	11,6 15,2 23,6
Жажда сухость во рту расплывчатость зрения, слабость, головокружение	21,5 24,3 19,4 37,3

Примечания: * – возможно несколько ответов, ** – из числа ответивших женщин фертильного возраста.

В единичных случаях пациентов беспокоили угревая сыпь на лице, головные боли, плохая координация движений, рвота, тошнота. Более всего тягостны группа экстрапирамидных нарушений, затем – ряд соматических симптомов. Почти каждый четвертый опрошенный сетовал на дневную сонливость; каждый десятый отмечал подавленность чувств, рассеянность, бессонницу, суицидальные мысли. Видимо, респондеры не различали болезненные симптомы (как депрессивные, часто просматриваемые врачами или смешиваемыми ими же с психотическими тревогой и страхами) и проявления побочных действий, следуя известной логической ошибке при поиске причинно-следственной связи: «все, что возникло после этого – из-за этого». Отношение к доминирующему в отделениях и психиатрической практике в целом лекарственному лечению у большинства респондентов было отстраненно-безразличным; осязаемым результатом его полагалась скорейшая выписка (в большей мере связанная с решением врача и настойчивостью близ-

ких, а не облегчением психического состояния), а побочные действия лекарства – непременно атрибутом терапии.

Потребности больничных пациентов. Пациентами указан ранжир основных потребностей: физическое здоровье; спокойный дом; материальный достаток и доход, обычно выше пенсии по инвалидности (10 тыс. руб. в месяц в Кирове и 22 тыс. в Москве); разнообразное и регулярное питание (табл. 3). Не забыты подлежащие оперативному решению проблемы взаимопонимания с медперсоналом и информирования (сведения о психическом состоянии и лечении, шансах и условиях выздоровления); важны учеба по индивидуальной программе и труд в обычных условиях, желательно, неполный рабочий день, согласно результатам многоцентрового исследования «Новых возможностей» [3], навыки ведения домашнего хозяйства. Необходим полезный досуг, позволяющий структурировать день и насыщать социальным содержанием день ремиссии: театр, кино, выставки, кружки – поэтому так полезны первые мероприятия на-

Таблица 3

Потребности больничных пациентов

Потребности	Очень важно для респондента (%)*		Возможности психиатрической службы (%)*	
	Медиана	Пределы	Медиана	Пределы
Взаимопонимание с врачом/медперсоналом	79	96(Оренбург) - 71(Вологда)	19	27(Оренбург) - 4(Оренбург)
Материальный достаток	78,5	92(Оренбург) - 64(Вологда)	20	36(Вологда) - 8(Оренбург)
Хорошее физическое здоровье	71	81(Оренбург) - 65,5 (Киров)	27	31(Оренбург) -25(Вологда)
Жилье (безопасное, удобное, отдельное)	66	60 (Оренбург) -74 (Киров)	31	15 (Оренбург)-28,5 (Вологда)
Пища (регулярная, здоровая, разнообразная)	66	51 (Оренбург)-68 (Вологда)	32	11,5 (Оренбург)-31 (Киров)
Сведения о своем состоянии и лечении	72	96(Оренбург) - 64(Вологда)	24	35(Оренбург) - 17(Киров)
Сведения о шансах полного выздоровления	66,5	92(Оренбург) - 53,5(Вологда)	29	34(Оренбург) - 27,5(Киров)
Полезные досуги	68	92(Оренбург) - 64(Вологда)	30	45(Оренбург) - 27,5(Киров)
Бытовые навыки (самостоятельной жизни)	54,5	92 (Оренбург) - 39 (Вологда)	42	8 (Оренбург) - 57,5 (Оренбург)
Самообслуживание (одевание, умывание и др.)	62	92 (Оренбург) - 46 (Вологда)	34,5	45 (Оренбург) - 4 (Оренбург)
Убрать бред, «голоса»	56	77,5(Оренбург)- 39 (Вологда)	38	53,5(Вологда) - 19(Оренбург)
Облегчить депрессию (вялость, равнодушие, нежелание что-то делать, сонливость, подавленность, безнадежность, отчаяние, мысли о нежелании жить)	65	87,5(Оренбург)- 46(Вологда)	28	46(Вологда) - 11(Оренбург)
Полезная занятость (работа, учеба в обычных условиях, лечебных мастерских, добровольцем)	54	68 (Вологда) - 42,5 (Оренбург)	42	54(Оренбург) - 21(Вологда)
Решение повседневных проблем (покупки, распределение бюджета)	54	77(Оренбург) - 46(Вологда)	41	59(Оренбург) - 29(Киров)
Моя безопасность (убрать мысли о самоубийстве)	53	77(Оренбург) - 21(Вологда)	40	61(Вологда) - 23(Оренбург)
Безопасность окружающих (убрать агрессивность, злобу)	46	73(Оренбург) - 45(Киров)	48,5	63(Оренбург) - 27(Оренбург)
Прекращение употребления спиртного/наркотиков/ циклодола/успокаивающих/снотворных	40	77(Оренбург) - 36(Вологда)	53,5	72,5(Оренбург) - 39(Вологда)
Общение с друзьями	65	92(Оренбург) - 64(Вологда)	32	46(Оренбург) - 14(Киров)
Любовь/Половые связи	57	77(Оренбург) - 50(Оренбург)	41	50(Оренбург) - 31(Киров)
Забота о детях/родителях	66	85(Оренбург) - 61(Вологда)	32	42(Оренбург) - 19(Киров)

Примечания: * – различия по ряду позиций в отделениях одной больницы достигали 30–40%.

рождающихся групп самопомощи; общение с друзьями (замкнутость и нелюдимость психически больного – один из мифов психиатрии); интимные связи (важный момент при выборе препарата и тема программы психообразовательной группы, в том числе при освещении планирования семьи). Значительная часть пациентов страдает от психических расстройств, но более половины боится открыться врачам, опасаясь задержки выписки. Настораживают данные о злоупотреблении психотропными веществами (возможна ятрогенная токсикомания), что требует рационализации фармакотерапии. Показательно и печально, что пациентов не интересуют сведения об их правах и обязанностях.

Удовлетворенность больничной помощью пациентов. В оценке преобладали отстраненно «правильные» ответы (табл. 4).

Удовлетворено больничным лечением, остающимся лишь эпизодом жизни, большинство респондентов, но – не возможностями внебольничной помощи, так как потребности амбулаторного пациента разнообразнее. Не видят нужды в какой-либо иной, помимо получаемой (лекарственной) помощи, также большая часть опрошенных.

Пожелания пациентов. Удовлетворенность помощью в целом не исключает критики отдельных ее деталей. Предложения по улучшению привычного положения (так, больные свыклись с физической гиподинамией) сведены к бытовым удобствам и облегчению режима закрытого отделения. Пациенты удовлетворены помощью без представления о вариантах и альтернативах ведущего лекарственного лечения, и не связывая решение большинства своих нужд с возможностями психиатрической помощи (табл. 5).

Таблица 4

Удовлетворенность больничной помощью пациентов

Удовлетворение помощью	Медиана	ДА (%)
В целом удовлетворены удобствами/лечением в больнице	84	99(Оренбург) - 78,5(Вологда)
Помощь в больнице соответствует Вашим нуждам	80	92,5(Оренбург) -78,5(Вологда)
Помощь вне больницы соответствует Вашим нуждам	52	69(Оренбург) - 46(Оренбург)
Есть другая помощь, в которой Вы нуждаетесь	40	53(Киров) - 41(Оренбург)
Вы посоветуете своему товарищу с «Вашими» проблемами эту больницу	65	82,5(Оренбург) -53(Киров)
По необходимости Вы сами попросите о лечении в этой больнице	77	85(Оренбург) - 64(Вологда)

Таблица 5

Пожелания пациентов

Регионы (доля ответивших на эту часть анкеты)	Пожелания *
Вологда (64,3%)	Что бы все пожелания исполнялись. Чтобы лечили лучше. Сократили срок лечения. Чаще беседы с психиатром, психологом о состоянии здоровья, жизненных неурядицах (3 ответа). Чтобы на выходные отпускали домой под ответственность родственников (3). Увеличение свободы. Частые прогулки на свежем воздухе (3). Разрешили пользоваться сотовыми телефонами. Дискотеки, развлекательные игры. Евроремонт. Не цепляться к передачам. Духовный рост. Более внимательное отношение к пациентам. Предусмотреть большую занятость пациентов. Получение дополнительной профессии.
Киров (24,1%)	Кровати, музыка, диваны, отдельная палата. Поменьше крика, побольше песен. Досуг больных (2), ориентированный на здоровый образ жизни. Спортивный уголок. Чаще прогулки. Распределение пациентов с одинаковыми диагнозами по разным отделениям или палатам. Не класть долго в больницу (2). Взаимопонимание с врачом, мягче относились врачи и доверяли мне (2). Неопределенность.
Москва (42,0%)	Улучшить питание (11%), ослабить режим курения (8,8%), свободное посещение родственниками (5,8%); установить стол для настольного тенниса (5,8%), поставить фильтры для очистки воды (2,9%).
Оренбург: разброс между отделениями 10,9–46,2%	Жесткие кровати (9). Не хватает, плохое питание (3). Будьте более обходительными. Место для курения (2). Душ трижды в неделю. Чаще выводить на прогулки. Разрешить пользоваться электрическим чайником. Сделать свободной режим, выход (3). Организовать кружок лепки для успокоения. Выполнение работ во время отбывания по силам (2). Физиотерапия. Чаще открывать душевую комнату. Сложить депрессивных больных в отдельных от неадекватных больных палатах. Неограниченное курение, до 2-х пачек в день (2). Хорошее финансирование. Побольше доброты, понимания, человечности, приветливости медперсонала (3), взаимодействие смен. Поставить двери, изолировать от внешнего шума. Чтобы мужчины и женщины были в одном отделении. Хочу работать (2). Скорая медицинская помощь.
Ставрополь (38,5%)	Визиты родных круглый день. Сохранение передач близких в запирающихся тумбочках, больше прогулок, курение без ограничений, взаимопонимание с врачом, медперсоналом, улучшение питания, ослабление ограничения курения, стол для настольного тенниса, фильтры для очистки воды.

Примечания: * – сохранена по возможности стилистика ответов.

Обсуждение

Архитипический больной ранней деменцией Крепелина мог сохранить ясный ум и здравомыслие. Нужды наиболее тяжелых (по продуктивному симптоматическому и поведенческому профилю) современных психиатрических пациентов представлены широким рядом ситуативных потребностей в связи с госпитализацией, проявлениями и последствиями психического расстройства, то есть общегрупповых, свойственных всем психиатрическим пациентам не только в условиях заниженных требований. Для больных актуальны не только уменьшение «голосов» и бреда, депрессии (Драйденское: «Есть в сумасшествии самом отрада/лишь сумасшедшему она известна» – видимо, не более чем излюбленный гуманистами парадокс), побочных действий лекарств, информирование о болезни и/или ее лечении, союз с медперсоналом, но и долговременная перспектива: улучшение (восстановление) социальных связей и работоспособности, навыки самостоятельной жизни, способствующих выученной беспомощности. Они хотели бы заботиться о близких, пока опекающих их. Пациенты выявляют функциональные и психологические потребности в областях познания, труда, общения, отдыха. Материальные базисные потребности ожидаемо доминируют, согласно иерархии А. Maslow [7] над духовными (второстепенными). Они озбочены, как и здоровые, в первую очередь физическим и социально-бытовым благополучием.

Важным условием реализации психосоциальных мероприятий служит стойкая и глубокая ремиссия, обеспеченная систематическим и адекватным лекарственным лечением; лекарственный комплаенс укреплен, в свою очередь, целевой психосоциальной работой, указывающей больному связь между достижением лично значимых целей с осознанной приверженностью лечению.

Спектр потребностей пациентов указывает актуальные направления психосоциальной работы, содержание индивидуального плана реабилитации. Возможно, некоторые «нужды растут не столько от насущной необходимости, сколько от капризных желаний» (Ж.-Ж. Руссо), но «эластические» новые потребности выздоравливающих должны быть прогнозируемы и своевременно учтены, подкреплены и удовлетворены ресурсами межведомственного взаимодействия психиатрических, социальных служб, центров занятости населения, общественных организаций, включая группы самопомощи пациентов и их близких. Вместе с тем, нужна психосоциальная работа по выявлению, стимуляции, поддержанию и удовлетворению «дремлющих» (латентных) реабилитационных нужд пациентов на последовательных этапах психиатрической помощи, начиная с больничного звена. Пациентов и их близких предстоит еще обучить роли экспертов оценки безопасности, эффективности и качества повседневной

психиатрической помощи (так, незамеченные и исправленные побочные действия лекарств и остаточные симптомы болезни – показатели низкого качества помощи), в том числе при мониторинге психиатрических больниц, на основании уникального опыта болезни. Уже на московской конференции 1917 года, фактически, Втором съезде Союза психиатров России, отстаивалось участие пациентов в больничном управлении, и больничные Советы могут стать школой самоорганизации больных и их близких, местом консолидации позиций профессионалов и «потребителей» психиатрической помощи. Пока пациенты не акцентируют внимание на правовых вопросах, проблемах и последствиях стигматизации и самостигматизации, возможно, обостряющихся при улучшении психического состояния пациента и на пути его ресоциализации (для значительной части молодых инвалидов речь идет о первичном процессе формирования и становления своего социального «Я»). В обучении и просвещении нуждаются и профессионалы, и население в целом. Однако улучшение психиатрической грамотности без последовательной гуманизации общества и понимания жизни и насущных нужд душевнобольных «здоровым большинством» лишь снизит порог толерантности здорового большинства [5]. Оценку потребностей и удовлетворенности пациентов и их близких следует внедрить в процесс планирования и многоуровневую оценку результатов новых форм лечебно-реабилитационной помощи и совершенствования «типовых» служб. Пока нет общепризнанного подхода к оценке эффективности и качества лечения и реабилитации пациентов. Перспектива пациента мало учтена в прогнозе взаимосвязанных факторов регоспитализации и соблюдения лекарственного режима, действенности терапевтического союза с врачом (междисциплинарной бригадой), отношений с семьей, клинико-социальных результатов терапии. Шкалы оценки симптомов, нежелательных действий и социального функционирования и качества жизни разработаны без участия пациентов и более учитывают «объективизированное» мнение клинициста. В результате пациенты и специалисты оценивают по-разному лечение в связи с приоритетами жизненных целей и потребностей. Понимание и согласование перспектив всех задействованных в лечебно-реабилитационном процессе лиц ожидаемо улучшит результаты и приверженность пациентов к помощи. В более детализированных работах следует изучить влияние на уровень удовлетворенности пациентов их клинико-функциональных и социальных характеристик, длительности и характера психического расстройства, ролевых ожиданий, зависимости от служб и неформальных опекунов, опыта и лечения, осведомленности о возможностях и альтернативах современной помощи, свободы выбора в принятии решения о лечении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Былим И.А., Любов Е.Б. Пациенты и их близкие: оценка качества психиатрической помощи // Психическое здоровье. 2010. Т. 51, № 8. С. 56–71.
2. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А., Голланд Э.В. Концепция выздоровления в системе психосоциальной реабилитации и психиатрии // Сб. методических рекомендаций и пособий для врачей и других специалистов, оказывающих психиатрическую помощь. М.: Ин-т проблем управления здравоохранением, 2009. С. 476–490.
3. Левина Н.Б., Любов Е.Б. Поддерживаемые трудоустройство и учеба больных шизофренией // XV съезд психиатров России, 9–12 ноября 2010. (Материалы съезда). М., 2010. С. 78.
4. Любов Е.Б., Бурыгина Л.А., Бояров В.Г. и соавт. Оценка качества психиатрической помощи пациентами и их родственниками // Сб. методических рекомендаций и пособий для врачей и других специалистов, оказывающих психиатрическую помощь. М.: Институт проблем управления здравоохранением, 2009. С. 403–427.
5. Сёмин И.Р., Агарков А.П. Психически больной в обществе (отношение к душевнобольным в социуме, в семье, на производстве, оптимизация психиатрической помощи). Томск: Красное знамя, 1997. 237 с.
6. Фурсов Б.Б., Пацуло М.И., Космынина Н.Г. и соавт. Оценка больничными пациентами своих нужд и качества психиатрической помощи // Сб. статей научно-практической конференции, посвященной 50-летию юбилею Санкт-Петербургской 5-ой городской психиатрической больницы. 18–19 ноября 2010 г. СПб. С. 23–26.
7. Maslow A.H. Motivation and Personality. NY: Harper & Row, 1954.
8. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Clinical Guidelines I: Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. London: NICE, 2002. <http://www.nice.org.uk/pdf/CG1NICEguideline.pdf>

ОЦЕНКА БОЛЬНИЧНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ СВОИХ ПОТРЕБНОСТЕЙ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Е. Б. Любов и исследовательская группа

Опрос 378 больничных психиатрических больных подчеркнул необходимость улучшения переносимости и эффективности фармакотерапии, а также необходимость целевой психосоциальной работы.

Ключевые слова: больничные психиатрические пациенты, потребности.

SELF-ASSESSED PSYCHIATRIC INPATIENTS NEEDS AND THEIR SATISFACTION WITH MENTAL HEALTH CARE

E. B. Lyubov and the Investigation Group

Review of 378 psychiatric inpatients stressed the need to improve the tolerability and effectiveness of drug therapy as well as the need to the

target psychosocial work.

Keywords: psychiatric inpatients, needs.

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения суицидологии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздравсоцразвития; e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru