

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

УДК: 616.891+616.89-008]:364-47-02:616.899-052-083

ОРЛОВА ОЛЬГА ВЯЧЕСЛАВІВНА

**НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ОСІБ,
ЯКІ ДОГЛЯДАЮТЬ ЗА ПАЦІЄНТАМИ З ДЕМЕНЦІЄЮ**

22 - Охорона здоров'я

222 – Медицина

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

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

О.В. Орлова

Наукові керівники:

Скрипніков Андрій Миколайович
доктор медичних наук, професор,
Животовська Лілія Валентинівна
доктор медичних наук, професор

Полтава - 2024

АНОТАЦІЯ

Орлова О.В. Непсихотичні психічні розлади у осіб, які доглядають за пацієнтами з деменцією. - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі знань 22 «Охорона здоров'я», за спеціальністю 222 «Медицина». Полтавський державний медичний університет МОЗ України, Полтава, 2024. Захист відбудеться в Полтавському державному медичному університеті.

Мета дослідження - на підставі системного дослідження соціально-демографічних, клініко-анамнестичних, клініко-психопатологічних та адаптаційних особливостей доглядачів за пацієнтами з деменцією розробити та впровадити програму їх комплексної реабілітації.

У відповідності до мети дослідження та поставлених завдань на етапі скринінгу до даного дослідження залучено 126 осіб, які доглядали пацієнтів з деменцією та мали скарги непсихотичного характеру, а також 126 осіб з діагнозом деменції у відповідності до МКХ-10, які потребували здійснення за ними постійного догляду. Догляд здійснювався, як на професійній основі, так і не професіоналами на підставах родинного зв'язку.

Всі доглядачі під час виконання та надання послуг із догляду (як на професійному, так і не непрофесійному рівні), мали скарги непсихотичного характеру та звернулися за консультативною допомогою до лікарів-психіатрів. Досить часто доглядачі зверталися саме до того лікаря-психіатра, послугами якого користувався пацієнт із деменцією. Таким чином, в результаті накопичення та аналізу емпіричних спостережень було сформовано гіпотезу щодо індукуючого впливу психопатологічної симптоматики асоційованої з деменцією на формування непсихотичних психічних розладів у осіб, які контактують із хворими на деменцію.

У відповідності до мети та поставлених завдань, з урахуванням наукової гіпотези проведено сім послідовних етапів проведення наукового дослідження.

На першому етапі проводили скринінг частоти скарг та звернень доглядачів за медичною допомогою за результатами якого встановлено не лише загальні ознаки психосоціальної дезадаптації, а й виражені її форми у різних сферах, виявлено порушення соціального функціонування, якості життя, діагностовано чи підтверджено несприятливі психічні розлади згідно критеріїв МКХ-10: неврастенію (F48.0), розлади адаптації (F43.2), тривожно-депресивні розлади (F41.2), тривожні розлади (F41).

Другий етап дослідження передбачав вивчення історій хвороби пацієнтів із деменцією та проведення комплексного всебічного обстеження їх психічного, неврологічного та соматичного стану.

Під час першого та другого етапів дослідження сформовано та розроблено критерії включення та виключення як для доглядачів, так і для пацієнтів із деменцією. Таким чином, остаточну вибірку даної роботи склали 104 пари, що складались із доглядача за пацієнтом з деменцією та особи з деменцією різного генезу.

Третій етап - присвячено формуванню груп дослідження. Доглядачі пацієнтів із деменцією були розподілені на 2 групи: до першої групи належали 58 осіб, близькі родичі пацієнтів, що мали родинні зв'язки, а до другої групи належали 46 осіб, професійні доглядачі, які є кваліфікованими співробітниками по догляду за пацієнтами з деменціями.

На четвертому етапі дослідження використовувався клініко-психопатологічний метод, що був застосований до доглядачів на загальноприйнятих засадах у психіатричному обстеженні пацієнтів шляхом інтерв'ю із подальшою верифікацією отриманих даних на підставі діагностичних критеріїв Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду.

Встановлено, що клінічна структура виявленої поширеності та вираженості психопатологічних синдромів мала відмінності у доглядачів, які належали до першої групи (сімейних) та другої групи (професійних) доглядачів. У групі сімейних доглядачів найбільшу питому вагу мали тривожно-депресивний, депресивний, депресивно-іпохондричний синдром. У

групі професійних доглядачів найбільш розповсюдженими були астеничний, астено-депресивний та тривожно-астеничний синдроми.

На п'ятому етапі психометричні методи доповнювали клініко-психопатологічне дослідження та застосувалися з метою отримання кількісної оцінки клінічних показників, що дозволило визначити наявність чи відсутність психосоціальної дезадаптації, її варіант та оцінку ступеню тяжкості, наявність емоційного вигорання, вплив догляду за пацієнтом з деменцією на якість життя доглядачів, їх психосоціальне функціонування, стресостійкість, рівень тривоги.

Отримані результати клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей доглядачів за пацієнтами з деменцією покладено в основу комплексної програми реабілітації (шостий етап дослідження).

Загальним спрямуванням реабілітаційних заходів була стабілізація психоемоційного стану та редукція непсихотичних психічних розладів, зниження рівня стресового навантаження під час догляду за пацієнтами з деменцією, покращення показників їх психосоціальної адаптації у різних сферах функціонування та терапія і профілактика синдрому вигорання.

Базовими принципами комплексної програми реабілітації були системність, диференційованість та етапність.

Оцінка ефективності реабілітаційних заходів базувалася на аналізі динаміки клініко-психопатологічного статусу, аналізі стану психосоціальної дезадаптації, рівня вираженості тривожно-депресивної симптоматики, особистісної та реактивної тривожності та стресостійкості.

Катамнестичне обстеження доглядачів за пацієнтами із деменцією через 6 місяців відповідало сьомому етапу дослідження та довело ефективність впровадженої програми реабілітації.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше, встановлено, що для осіб, які здійснювали догляд за пацієнтами на основі родинного зв'язку, базовим, «наскрізним» порушенням була тривога, а у професійних доглядачів – астенія.

Вперше з'ясовано, що у сімейних доглядачів достовірно частіше спостерігались непсихотичні психічні розлади, а група професійних доглядачів відзначалась меншою поширеністю симптоматики психічних розладів та проявлялись переважно психосоціальною дезадаптацією і синдромом емоційного вигорання.

Вперше визначено, що у сімейних доглядачів психосоціальна дезадаптація носила більш виражений характер та була представлена переважно сімейним, виробничим та економічним варіантами. Професійні доглядачі найчастіше виявляли ознаки психосоціальної дезадаптації комунікативного варіанту.

Вперше доведено, що на фізичний та психологічний стан доглядачів негативно впливало збільшення часу, який витрачався на догляд за хворим.

Вперше за результатами дослідження встановлено прямий кореляційний зв'язок високих балів ступеня стресового навантаження з високим ступенем тяжкості психосоціальної дезадаптації у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу.

Вперше виявлено джерела дистресу, які сприяли порушенню загальних адаптаційних механізмів. З'ясовано мікро- та макросоціальні чинники, що впливають на стан адаптації під час надання послуг по догляду за пацієнтом із деменцією, а також враховано роль психологічних чинників у розвитку психосоціальної дезадаптації, дистресу, зниження показників якості життя та їх вплив на формування синдрому емоційного вигорання та непсихотичних психічних розладів.

Отримані результати дозволили виокремити та оцінити ключові напрямки, варіанти та тяжкість психосоціальної дезадаптації у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу, встановити рівень дистресу для сімейних та професійних доглядачів, проаналізувати їх якість життя, що надало розуміння ключових етіопатогенетичних ланок формування психосоціальної дезадаптивної поведінки і відповідно сприяло формуванню комплексної програми реабілітаційних та профілактичних заходів.

Практичне значення отриманих результатів. Практичне значення результатів дослідження полягає в підвищенні якості реабілітації доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу.

Розроблено обґрунтовану комплексну персоніфіковану систему диференційованої реабілітації для доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу, що базується на поєднанні психоедукації, психо- та фармакотерапії.

Встановлено, що для сімейних доглядачів головною метою реабілітаційного процесу має бути адаптація до нових змінених умов життя, пов'язаних із важкою хворобою родича та терапія психопатологічних розладів, для чого високу ефективність показало застосування когнітивно-біхевіоральної та сімейної психотерапії. Профілактична робота з сімейними доглядачами повинна бути спрямована передовсім на попередження рецидивів непсихотичних психічних розладів і відновлення психосоціальної адаптації.

Доведено, що для професійних доглядачів провідною метою реабілітації була корекція дезадаптивних поведінкових тенденцій із застосуванням методів групової психотерапевтичної корекції та особистісно-орієнтованої реконструктивної психотерапії. Для професійних доглядачів основну увагу слід спрямовувати на профілактику синдрому емоційного вигорання за допомогою аутогенного тренування з акцентом на навчання методам релаксації та саморегуляції вегетативних функцій з метою підвищення стресостійкості.

Результати дослідження впроваджено в практичну роботу: КП «3-я міська клінічна поліклініка Полтавської міської ради»; КНП «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім. О.І. Ющенка Вінницької обласної ради»; КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги Полтавської обласної ради»; КНП «Обласна клінічна психіатрична лікарня Кіровоградської обласної ради»; КНП «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» Одеської обласної ради; ДУ «Інститут неврології,

психіатрії та наркології НАМН України»; КП «Дніпропетровська багатопрофільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» Дніпропетровської обласної ради.

Отримані наукові дані впроваджено в навчальний процес кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету МОЗ України; кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії Одеського національного медичного університету МОЗ України; кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна МОН України; кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького МОЗ України.

Ключові слова: непсихотичні психічні розлади, деменція, психосоціальна дезадаптація, доглядач, реабілітація.

ANNOTATION

Orlova O.V. Non-psychotic mental disorders in caregivers of patients with dementia. – Qualification research work on a manuscript basis.

Dissertation for the academic degree of Doctor of Philosophy in the field of knowledge 22 «Health care», specialty 222 «Medicine», specialization «Psychiatry». Poltava State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Poltava, 2024. The defense will be held at Poltava State Medical University.

The aim of the study is to develop and implement a comprehensive rehabilitation program for caregivers of patients with dementia based on a systematic study of socio-demographic, clinical and anamnestic, clinical, psychopathological and adaptive features of caregivers.

In accordance with the aim of the research and the tasks set at the screening stage, the study enrolled 126 caregivers of patients with dementia who had non-psychotic complaints, as well as 126 people diagnosed with dementia in accordance with ICD-10 who needed constant care. Care was provided both professionally and on a non-professional level by family members.

All caregivers had non-psychotic complaints when providing care services (both professional and non-professional) and presented for counseling from psychiatrists. Quite often, the caregivers consulted the psychiatrist whose services were used by the patient with dementia. Thus, based on the accumulation and analysis of empirical observations, a hypothesis was formed regarding the inducing effect of psychopathological symptoms associated with dementia on the formation of non-psychotic mental disorders in individuals who are in contact with patients with dementia.

In accordance with the aim and objectives of the research and considering the scientific hypothesis, seven consecutive stages of the research were conducted.

The first stage involved screening the frequency of complaints and caregivers' requests for medical care, which revealed not only general signs of psychosocial maladaptation but also its pronounced forms in various areas, impaired social functioning, quality of life, and diagnosed or confirmed non-psychotic mental

disorders according to ICD-10 criteria: neurasthenia (F48. 0), adaptation disorders (F43.2), anxiety-depressive disorders (F41.2), and anxiety disorders (F41).

The second stage of the research involved the study of case histories of patients with dementia and a comprehensive examination of their mental, neurological and somatic condition.

During the first and second stages of the study, inclusion and exclusion criteria were developed for both caregivers and patients with dementia. Thus, the final sample of this study comprised 104 pairs consisting of a caregiver of a patient with dementia and a person with dementia of different geneses.

The third stage was devoted to the formation of the study groups. Caregivers of patients with dementia were divided into 2 groups: the first group included 58 people (close relatives of patients), and the second group included 46 people (professional caregivers of patients with dementia).

At the fourth stage of the study, the clinical and psychopathological method was used, which was applied to caregivers on a generally accepted basis in the psychiatric examination of patients by interview, followed by verification of the obtained data based on the diagnostic criteria of the International Classification of Diseases, 10th Revision.

It was found that the clinical structure of the identified prevalence and severity of psychopathological syndromes differed among caregivers belonging to the first group (family) and the second (professional) group of caregivers. In the group of family caregivers, anxiety-depression, depression, and depressive-hypochondriacal syndrome had the highest proportion. In the group of professional caregivers, the most common were asthenic, astheno-depressive, and anxiety-asthenic syndromes.

In the fifth stage, psychometric methods complemented the clinical and psychopathological study and were used to obtain a quantitative assessment of clinical indicators, which made it possible to determine the presence or absence of psychosocial maladaptation, its variant and severity, the presence of emotional burnout, the impact of caring for a patient with dementia on the quality of life of caregivers, their psychosocial functioning, stress resistance, and anxiety level.

The results of the clinical, psychopathological and pathopsychological characteristics of caregivers of patients with dementia formed the basis of a comprehensive rehabilitation program (the sixth stage of the study).

The general focus of the rehabilitation measures was to stabilize the psychoemotional state and reduce non-psychotic mental disorders, decrease the level of stress when providing care to patients with dementia, improve their psychosocial adaptation in various areas of functioning, and treat and prevent burnout syndrome.

The basic principles of the comprehensive rehabilitation program were systematic, differentiated, and staged.

Evaluation of the effectiveness of rehabilitation measures relied on the analysis of the dynamics of clinical and psychopathological status, analysis of psychosocial maladaptation, the level of severity of anxiety and depressive symptoms, personal and reactive anxiety and stress resistance.

A 6-month catamnestic examination of caregivers of patients with dementia corresponded to the seventh stage of the study and proved the effectiveness of the implemented rehabilitation program.

The scientific novelty of the results. For the first time, it was found that for non-professional caregivers (family members), anxiety was the basic, “cross-cutting” disorder, whereas asthenia prevailed among professional caregivers.

For the first time, it was found that family caregivers were significantly more likely to have non-psychotic mental disorders, and the group of professional caregivers was characterized by a lower prevalence of symptoms of mental disorders and was manifested mainly by psychosocial maladaptation and emotional burnout syndrome.

For the first time, it was determined that psychosocial maladaptation was more pronounced in family caregivers, and it was represented mainly by family, occupational and economic variants. Professional caregivers most often showed signs of psychosocial maladaptation of the communicative variant.

The study proved for the first time that the physical and psychological state of caregivers was negatively affected by an increase in the time spent on caregiving.

For the first time, the study established a direct correlation between high stress load scores and high severity of psychosocial maladaptation in caregivers of patients with dementia of different genesis.

The sources of distress that contributed to the disruption of general adaptive mechanisms were identified for the first time. The micro- and macrosocial factors that influence the state of adaptation during the provision of care services for patients with dementia were clarified, and the role of psychological factors in the development of psychosocial maladaptation, distress, decreased quality of life and their impact on the formation of emotional burnout syndrome and non-psychotic mental disorders was taken into account.

The obtained results allowed us to identify and evaluate the key areas, options and severity of psychosocial maladaptation in caregivers of patients with dementia of different genesis, to establish the level of distress for family and professional caregivers, to analyze their quality of life, which provided an understanding of the key etiopathogenetic links in the formation of psychosocial maladaptive behavior and, accordingly, contributed to the formation of a comprehensive program of rehabilitation and prevention measures.

Practical significance of the results. The practical significance of the research findings is the improved quality of rehabilitation of caregivers for patients with dementia of various geneses.

A well-grounded comprehensive personalized system of differentiated rehabilitation for caregivers of patients with dementia of different genesis, based on a combination of psychoeducation, psycho- and pharmacotherapy, has been developed.

It has been established that for family caregivers, the main goal of the rehabilitation process should be adaptation to new changed living conditions associated with a serious illness of a relative and therapy of psychopathological disorders, for which the use of cognitive-behavioral and family psychotherapy has shown high efficiency. Preventive work with family caregivers should be primarily

aimed at preventing relapses of non-psychotic mental disorders and restoring psychosocial adaptation.

It has been proved that for professional caregivers, the leading goal of rehabilitation was the correction of maladaptive behavioral tendencies using methods of group psychotherapeutic correction and personality-oriented reconstructive psychotherapy. For professional caregivers, the main focus should be on the prevention of emotional burnout syndrome through autogenous training with an emphasis on teaching methods of relaxation and self-regulation of autonomic functions to increase stress resistance.

The results of the study have been implemented in practice at the following facilities: Municipal Enterprise “3rd City Clinical Polyclinic of Poltava City Council”; Municipal Non-Commercial Enterprise “O.I. Yushchenko Vinnytsia Regional Clinical Psychoneurological Hospital of Vinnytsia Regional Council; Municipal Enterprise “Regional Mental Health Care Institution of Poltava Regional Council”; Municipal Enterprise “Regional Clinical Psychiatric Hospital of Kirovohrad Regional Council”; Municipal Enterprise “Odesa Regional Medical Center for Mental Health” of Odesa Regional Council; State Institution “Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine”; Municipal Enterprise “Dnipropetrovs'k Multidisciplinary Clinical Hospital for Psychiatric Care” of Dnipropetrovs'k Regional Council.

The obtained scientific data have been implemented in the educational process of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Poltava State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine; Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Psychotherapy of Odesa National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine; Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of V. N. Karazin Kharkiv National University of the Ministry of Education and Science of Ukraine; Department of Psychiatry, Psychology and Sexology of Danylo Halytskyi Lviv National Medical University.

Key words: non-psychotic mental disorders, dementia, psychosocial maladaptation, caregiver, rehabilitation.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Животовська Л. В. Особливості емоційно-особистісної сфери членів родини, що доглядають за пацієнтами з деменцією / Л.В. Животовська, А.М. Скрипніков, О.В. Орлова, О.І. Шкідченко // Вісник проблем біології і медицини. – 2020. – Вип. 2, Т. (156) – С. 26–30. *(Автором проведено збір даних, проведено аналіз, узагальнення матеріалу, підготовлено текст статті до друку)*
2. Орлова О. В. Аналіз чинників, які впливають на стан психоемоційної сфери осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2021. – Т. 21, вип. 4 (76). – С. 53–56.
3. Орлова О. В. Показники якості життя осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією / О.В. Орлова, Л.В. Животовська, Д.І. Бойко, Л.А. Боднар // Проблеми екології та медицини. – 2021. – Вип. 25, № 5-6. – С. 16–19. *(Автором розроблена концепція дослідження, проведені збір даних та їх статистична обробка, підготовлено текст статті до друку)*
4. Orlova O.V. The burden of caring for patients with dementia under quarantine restrictions / O.V. Orlova, D.I. Boyko, K.S. Skoryk, Yu.Yu. Paيدا, L.V. Zhivotovska // Azerbaijan medical journal. 2023 № 1. P. 121-129. *(Здобувачем особисто виконано збір, обробку та аналіз матеріалів дослідження, узагальнення результатів та їх статистична обробка, підготовлено текст статті до друку).*
5. Орлова О. В. Особливості особистісної характеристики осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2023. – Т. 23, № 2. – С. 51-54.

6. Орлова О. В., Животовська Л. В. Оцінка ефективності програми комплексної психокорекції осіб, що виконують функцію догляду за пацієнтами з деменцією// Український вісник психоневрології. – 2023. вип. 3 (116). – С. 99–103. *(Автором проведено відбір і обстеження груп хворих, проведено статистичний аналіз, узагальнення матеріалу, підготовлено текст статті до друку).*

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

7. Животовська Л. В. Особливості стресостійкості осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією / Л. В. Животовська, О.В. Орлова, Д.І. Бойко, К.В. Гринь // Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції «Охорона та захист здоров'я людини в умовах сьогодення», м. Київ, 6–7 листопада 2020 р. – Київ: Київський медичний науковий центр. – 2020. – С. 29–32.

8. Орлова О. В. Афективні порушення у осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією / О.В Орлова, Л.В. Животовська, А.М. Скрипніков, Л.А. Боднар // Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції «Нове у медицині сучасного світу», м. Львів, 27-28 листопада 2020 р. – Львів: ГО «Львівська медична спільнота» . – 2020. – С. 18-22.

9. Орлова О. В. Вплив соціальної ізоляції на психоемоційну сферу доглядачів за пацієнтами з деменцією в період пандемії COVID-19 / О.В. Орлова, Л.В. Животовська, Л.А. Боднар, В.В. Борисенко // Збірник тез наукових робіт учасників International scientific and practical conference «Medicine and Health Care in Modern Society: Topical Issues and Current Aspects», Lublin, 26-27 February 2021. – Lublin, Republic of Poland: «Baltija Publishing» . – 2021. – С. 113-117.

10. Orlova O., Zhyvotovska L. The psychological impact of a pandemic covid-19 to people who care for patients with dementia // Збірник тез наукових робіт учасників International Scientific Conference «Innovation in Science: Global

Trends and Regional Aspect», Riga, 12-13 March 2021. - Riga, Latvia: «Baltija Publishing». – 2021. – P. 60-64.

11. Orlova O. V. Factors influencing the psycho-emotional state of caregivers in patients with dementia during a coronavirus pandemic // O.V. Orlova, L.V. Zhyvotovska, Y.O. Fisun, O.A. Kazakov // Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю "Полтавські дні громадського здоров'я" присвячена 100-річчю заснування ПДМУ, 28 травня, 2021. Wiadomości Lekarskie – P.1531.

12. Орлова О. В. Особливості стресостійкості осіб, що доглядають за пацієнтами із деменцією із урахуванням індивідуального хронотипу: матеріали Всеукр. міждисциплінарної наук.-практ. конф. з міжнар. участю «УМСА – століття інноваційних напрямків та наукових досягнень (до 100-річчя заснування УМСА)», (м. Полтава, 8 жовтня 2021 р.) / О.В. Орлова, Л.В. Животовська, А.М. Скрипніков, Д.І. Бойко, А.І. Животовська // Проблеми екології та медицини. – 2021. – Т. 25, № 3–4, (дод.). – С. 17–18.

13. Орлова О. В. Оцінка рівню стресостійкості осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією // Науково практичний симпозиум з міжнародною участю «Персоніфіковані підходи щодо неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги», 7-8 жовтня 2021, Харків, Україна: ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», ГО «Асоціація неврологів, психіатрів і наркологів України».

14. Орлова О. В. Психічні та поведінкові розлади у пацієнтів із деменцією як предиспозиція для психоемоційних порушень сімейних опікунів / О.В. Орлова, Л.В. Животовська, В.В. Борисенко, О.А. Казаков// Збірник тез наукових робіт Всеукраїнська науково-практична конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я» м. Полтава, 27 травня 2022. - Полтавський державний медичний університет. – С. 28-30.

15. Животовська Л. В. Особливості ресурсу соціальної адаптації у доглядачів за пацієнтами з деменцією / Л. В. Животовська, О. В. Орлова, Л. А. Боднар // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з

міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи», м. Полтава, 8 вересня 2022 р. Полтава. – 2022. – С. 18–20.

16. Орлова О. В. Некогнітивні симптоми пацієнтів з деменцією як основна детермінанта дистресу опікунів // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих учених «Медична наука – 2022», м. Полтава, 2 грудня 2022 р. – Полтава, 2022. – С. 18-19.

17. Орлова О.В. Вплив соціальної ізоляції на психоемоційну сферу доглядачів за пацієнтами з деменцією в період пандемії COVID-19 // Матеріали науково практичної конференції з міжнародною участю «Психічні та психологічні розлади під час війни: лікування та реабілітація», м. Харків, Україна, 24-25 травня 2023 року. Національна академія медичних наук України Міністерство охорони здоров'я України Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна.

Наукові праці, що додатково відображають результати дисертації:

18. Орлова О. В. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 117285. Науковий твір «Анкета: «Опитувальник для осіб, які доглядають пацієнтів із деменцією»: літературний письмовий твір наукового характеру; Дата реєстрації 20.03.2023 // Авторське право: офіційний бюлетень. – 2023. – С. – 4.

19. Орлова О.В. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 123476. Науковий твір «Буклет-опитувач для доглядачів за пацієнтами з деменцією» / Орлова О.В., Скрипніков А.М., Животовська Л.В. літературний письмовий твір наукового характеру; Дата реєстрації 05.02.2024 // Авторське право: офіційний бюлетень. – 2023. – С. – 2.

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	2
ANNOTATION	8
СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА	14
ЗМІСТ	18
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	20
ВСТУП	21
РОЗДІЛ 1. ДОГЛЯД ЗА ОСОБАМИ ІЗ ДЕМЕНЦІЄЮ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ, ЯК ФАКТОР НЕПСИХОТИЧНОЇ ПСИХІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	29
1.1. Особа, яка здійснює функцію догляду за пацієнтом із деменцією (доглядач) – дефініції, медико-соціальні наслідки	29
1.2. Особливості сучасної класифікації деменцій та її розповсюдженість	34
1.3. Стресове навантаження на осіб, які здійснюють догляд за пацієнтами із деменцією	40
1.4. Догляд за пацієнтами із деменцією різного генезу як предиктор розвитку неспсихотичних психічних розладів	45
1.5. Принципи психопрофілактики, психокорекції та психотерапії неспсихотичних психічних розладів у доглядачів за пацієнтами з деменцією різного генезу	51
Висновки до розділу 1.	55
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	57
2.1. Загальна характеристика дизайну дослідження	57
2.2. Клініко-психопатологічна характеристика пацієнтів із деменціями різного генезу, за якими здійснюється догляд	63
2.3. Соціально-демографічна характеристика осіб, що доглядають за пацієнтами із деменцією	71

2.4. Методи дослідження	75
2.5. Статистичні методи дослідження	92
Висновки до розділу 2.	94
РОЗДІЛ 3. КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДОГЛЯДАЧІВ	97
Висновки до розділу 3.	116
РОЗДІЛ 4. ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ТА АДАПТАЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ ДОГЛЯДАЧІВ ЗА ПАЦІЄНТАМИ ІЗ ДЕМЕНЦІЄЮ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ	119
4.1. Психосоціальна дезадаптація доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу	120
4.2. Стресогенне навантаження доглядачів пацієнтів із деменцією	129
4.3. Дослідження рівня ситуаційної та особистісної тривожності доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу	137
4.4. Якість життя доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу	140
4.5. Результати обстеження сімейних доглядачів за допомогою опитувальника «Догляд на дому» (BSFC: Burden Scale for Family Caregivers, 2015)	147
4.6. Емоційне вигорання у професійних доглядачів	151
Висновки до розділу 4.	159
РОЗДІЛ 5. КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ У ДОГЛЯДАЧІВ ЗА ПАЦІЄНТАМИ ІЗ ДЕМЕНЦІЄЮ	161
Висновки до розділу 5.	177
ВИСНОВКИ	179
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	182
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	184
ДОДАТОК А	210
ДОДАТОК Б	231
ДОДАТОК В	236

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ,
СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ**

МКХ - 10	Міжнародна класифікація хвороб 10 перегляду
СФ	Соціальне функціонування
КТ	Комп'ютерна томографія
SRRS	Social Readjustment Rating Scale
CGI-S	Clinical Global Impression Scale
CGI-I	Clinical Global Impression - Improvement scale
SCL-90-R	Simptom Check List-90-Revised-SCL-90-R
NPI	Neuropsychiatric Inventory
MMSE	Mini-Mental State Examination
ЯЖ	Якість життя
DAS	Disability assessment Scale
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HDRS	Hamilton Rating Scale for Depression
СІЗЗС	Селективні інгібітори зворотнього захвату серотоніну

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження

Деменція є серйозним мультидисциплінарним захворюванням, що зазвичай розвивається у літньому віці і впливає на всі сфери пізнання та характеризується поступовим погіршенням когнітивних функцій.

За прогнозами експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, кількість пацієнтів із деменцією у 2025 році може збільшитися в 1,7 разів в порівнянні із початком 20-го сторіччя та досягти 35 млн осіб, в той же час, як у 2040 році очікується збільшення до 80 млн, а у 2050 – до 131,5 млн [105,116,121,161].

Пацієнти похилого віку з когнітивними порушеннями, потребують постійної присутності особи, яка надає необхідну допомогу та підтримку. Зазвичай, цю функцію виконує доглядач, який тривалий час перебуває або щоденно відвідує чи, навіть, проживає разом, підтримує постійний зв'язок, надає допомогу в повсякденному, соціальному житті.

В Україні на даний момент надання допомоги пацієнтам із деменцією сприяють надмірному навантаженню на медичні стаціонари через відсутність альтернативного вибору для хворих та їх родичів. Місця, де надається професійна допомога з лікування та догляду за хворими, обмежені кількістю ліжко-місць і не завжди можуть задовольнити потребу у наданні вищевказаних послуг. Переважним чином, догляд за хворими здійснюється саме в домашніх умовах. Як наслідок, поза всяким сумнівом, на плечі родичів людини лягає велика відповідальність, оскільки догляд може тривати багато років [27,50,132].

Під час прогресування хвороби потреба у цілодобовому догляді зростає, що є чинником для постійного емоційного напруження і виснаження доглядачів. Виникають порушення адаптаційних процесів на вітальному та особистісному рівні, а також відчуття соціальної недостатності та реалізації, зниження здатності виконувати звичну роль у суспільстві, професійній сфері. Перебування в такому стані тривалий час є

причиною виникнення емоційного виснаження: дратівливості, зривів, безсоння, психосоматичних захворювань, зокрема, артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця, ожиріння [13,15,24,28,57,84].

Актуальність проблеми догляду за пацієнтами із деменцією різного генезу в Україні є вкрай важливою, виходячи із завдання відновлення і збереження психічного здоров'я населення в цілому, зменшення негативних медичних та психосоціальних наслідків непсихотичних психічних розладів.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами
Дисертаційна робота виконана згідно плану науково-дослідної роботи кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету (м. Полтава), «Психосоціальна дезадаптація в осіб із психічними непсихотичними розладами (предиктори формування, клініка, діагностика, реабілітація) № державної реєстрації: 0119U102861 та «Клініко-психопатологічні та параклінічні дослідження і оптимізація лікувально-реабілітаційних заходів при основних формах психічної патології та коморбідних розладах» № державної реєстрації: 0121U108235. Дана дисертаційна робота є їх фрагментом.

Мета дослідження:

На підставі системного дослідження соціально-демографічних, клініко-анамнестичних, клініко-психопатологічних та адаптаційних особливостей доглядачів за пацієнтами з деменцією розробити та впровадити програму їх комплексної реабілітації.

Завдання дисертаційної роботи:

1. Визначити розповсюдженість та структуру непсихотичних психічних розладів у доглядачів за пацієнтами з деменцією.
2. Дослідити клінічні характеристики та особливості психоемоційного стану осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією у зв'язку зі стресовим навантаженням.
3. Вивчити предиктори, що визначають формування непсихотичних психічних розладів у доглядачів за пацієнтами з деменцією.

4. Встановити відмінності, варіанти та тяжкість психосоціальної дезадаптації у доглядачів за пацієнтами з деменцією.

5. Виявити чинники психотравматизації, що призводять до розвитку непсихотичних психічних розладів і психосоціальної дезадаптації у доглядачів за пацієнтами з деменцією.

6. Науково обґрунтувати, розробити й визначити ефективність системи комплексної персоніфікованої реабілітації доглядачів за пацієнтами з деменцією.

Об'єкт дослідження: непсихотичні психічні розлади у осіб, які доглядають за пацієнтами з деменцією.

Предмет дослідження: клініко-психопатологічна феноменологія, предиктори та чинники розвитку непсихотичних психічних порушень у осіб, які доглядають за пацієнтами з деменцією, реабілітаційні заходи.

Методи дослідження: соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та математико-статистичний.

Наукова новизна отриманих результатів.

Вперше обґрунтовано формування непсихотичних психічних розладів та психосоціальної дезадаптації у доглядачів за пацієнтами з деменцією.

Виявлено предиктори розвитку непсихотичних психічних розладів серед осіб, що доглядають за пацієнтами із деменцією.

Вперше з'ясовані клініко-психопатологічні особливості доглядачів за пацієнтами із деменцією та їх взаємозв'язок із психосоціальною дезадаптацією, диференційовано структуру їх непсихотичних психічних розладів і психосоціальної дезадаптації у контексті особливостей перебігу деменції хворих, яких вони доглядають, визначено їх взаємозв'язки та асоційованість. На основі аналізу особливостей психосоціального функціонування у доглядачів, визначені джерела, що мають асоційованість із вираженістю клініко-психопатологічної симптоматики у хворих на деменцію, за якими здійснюється догляд.

Вперше вивчено патопсихологічні особливості доглядачів за пацієнтами із деменцією з урахуванням варіанту психосоціальної дезадаптації та психогенного психічного розладу. Показана роль тривоги, як результуючої відчуттів провини, тривоги і напруженості у стосунках. Обґрунтовано роль алекситимії як провідного персонологічного патерну, що бере участь у формуванні провідного типу і інтенсивності психосоціальної дезадаптації.

Вперше процес формування і прогресування психосоціальної дезадаптації в умовах догляду за хворими на деменцію оцінено в аспекті особистісних та соціально-демографічних особливостей доглядачів.

Вперше, встановлено, що для осіб, які здійснювали догляд за пацієнтами на основі родинного зв'язку, базовим, «наскрізним» порушенням була тривога, а у професійних доглядачів – астенія. Вперше з'ясовано, що у сімейних доглядачів достовірно частіше спостерігались неспихотичні психічні розлади, а група професійних доглядачів відзначалась меншою поширеністю симптоматики психічних розладів та проявлялись переважно психосоціальною дезадаптацією і синдромом емоційного вигорання.

Вперше визначено, що у сімейних доглядачів психосоціальна дезадаптація носила більш виражений характер та була представлена переважно сімейним, виробничим та економічним варіантами. Професійні доглядачі найчастіше виявляли ознаки психосоціальної дезадаптації комунікативного варіанту.

Вперше доведено, що на фізичний та психологічний стан доглядачів негативно впливало збільшення часу, який витрачався на догляд за хворим.

Вперше за результатами дослідження встановлено прямий кореляційний зв'язок високих балів ступеня стресового навантаження з високим ступенем тяжкості психосоціальної дезадаптації у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу.

Вперше виявлено джерела дистресу, які сприяли порушенню загальних адаптаційних механізмів. З'ясовано мікро- та макросоціальні чинники, що впливають на стан адаптації під час надання послуг по догляду за пацієнтом із

деменцією, а також враховано роль психологічних чинників у розвитку психосоціальної дезадаптації, дистресу, зниження показників якості життя та їх вплив на формування синдрому емоційного вигорання та несприятливих психічних розладів.

Практичне значення отриманих результатів.

Практичне значення результатів дослідження полягає в підвищенні якості реабілітації доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу.

Практична цінність проведеного дослідження полягає у обґрунтуванні значимості виявлення психосоціальних факторів ризику як складової формування несприятливих психічних розладів у доглядачів за пацієнтами із деменцією.

На основі отриманих результатів соціально-демографічного, клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного та психодіагностичного обстеження розроблено обґрунтовану комплексну персоніфіковану систему диференційованої реабілітації для доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу, що базується на поєднанні психоедукації, психо- та фармакотерапії.

Встановлено, що для сімейних доглядачів головною метою реабілітаційного процесу має бути адаптація до нових змінених умов життя, пов'язаних із важкою хворобою родича та терапія психопатологічних розладів, для чого високу ефективність показало застосування когнітивно-біхевіоральної та сімейної психотерапії. Профілактична робота з сімейними доглядачами повинна бути спрямована передовсім на попередження рецидивів несприятливих психічних розладів і відновлення психосоціальної адаптації.

Доведено, що для професійних доглядачів провідною метою реабілітації була корекція дезадаптивних поведінкових тенденцій із застосуванням методів групової психотерапевтичної корекції та особистісно-орієнтованої реконструктивної психотерапії. Для професійних доглядачів основну увагу слід спрямовувати на профілактику синдрому емоційного вигорання за

допомогою аутогенного тренування з акцентом на навчання методам релаксації та саморегуляції вегетативних функцій з метою підвищення стресостійкості.

Впроваджено в практичну роботу комплексну персоніфіковану систему диференційованої реабілітації для доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу, що побудована з урахуванням виявлених предикторів, клініко-психопатологічних особливостей та патогенетичних особливостей і взаємовпливу.

Вищевказана система впроваджена в практику роботи: КП «3-я міська клінічна поліклініка Полтавської міської ради»; КНП «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім. О.І. Ющенка Вінницької обласної ради»; КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги Полтавської обласної ради»; КНП «Обласна клінічна психіатрична лікарня Кіровоградської обласної ради»; КНП «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» Одеської обласної ради; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»; КП «Дніпропетровська багатoproфільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» Дніпропетровської обласної ради.

Отримані наукові дані використовуються в навчальному процесі кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету МОЗ України; кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії Одеського національного медичного університету МОЗ України; кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна МОН України.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є особистою науковою працею автора. Здобувачем особисто проведено інформаційно-патентний пошук у відповідності до обраної теми. Особисто авторкою розроблено та описано дизайн дослідження, сформульовано мету та завдання дослідження. Власне авторкою здійснено соціально-демографічне, клініко-психопатологічне, психодіагностичне, психометричне обстеження. Проведено

науковий аналіз отриманих результатів на підставі яких сформульовано висновки та практичні рекомендації. Розроблено, запропоновано, впроваджено систему комплексної персоніфікованої реабілітації доглядачів за пацієнтами з деменцією різного генезу.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертації оприлюднено та обговорено на: International scientific and practical conference «Medicine and Health Care in Modern Society: Topical Issues and Current Aspects» (Lublin, 26-27 February 2021); International Scientific Conference «Innovation in Science: Global Trends and Regional Aspect» (Riga, 12-13 March 2021); Науково-практичному симпозиумі з міжнародною участю «Персоніфіковані підходи щодо неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги» (Харків, 07-08 жовтня 2021); Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я» (Полтава, 27-28 травня 2022); Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи» (Полтава, 8 вересня 2022); Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих учених «Медична наука – 2022» (Полтава, 2 грудня 2022); Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психічні та психологічні розлади під час війни: лікування та реабілітація» (Харків, 24-25 травня 2023 року).

Публікації. Результати дисертаційної роботи викладені у 15 наукових працях, з них 5 публікацій надруковані у фахових виданнях, затверджених Міністерством освіти і науки України, 1 публікація в виданні, що входить до міжнародної науково-метричної бази Scopus та 9 тез у матеріалах конференцій.

Обсяг і структура дисертації. Основний текст дисертації викладено на 209 сторінках машинописного тексту. Робота складається з анотацій українською та англійською мовами, вступу, аналітичного огляду літератури, 4 розділів власних досліджень, аналізу й узагальнення результатів дослідження, висновків і списку використаних джерел. Матеріали дисертації

ілюстровані 13 таблицями й 20 рисунками. Бібліографічний список містить 179 джерел, з них 45 % – закордонних.

РОЗДІЛ 1

ДОГЛЯД ЗА ОСОБАМИ ІЗ ДЕМЕНЦІЄЮ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ, ЯК ФАКТОР НЕПСИХОТИЧНОЇ ПСИХІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

1.1. Особа, яка здійснює функцію догляду за пацієнтом із деменцією (доглядач) – дефініції, медико-соціальні наслідки

У всьому світі близько 100 мільйонів людей живуть з обмеженими можливостями та важкими хворобами, за переважною більшістю яких здійснюють догляд члени родини, близькі родичі, друзі, небайдужі сусіди [6,101,140].

Пацієнти з різними фізичними або психічними обмеженнями, серед яких є і громадяни похилого віку з когнітивними порушеннями, потребують постійної присутності особи, яка надає необхідну допомогу та підтримку.

Згідно чинної постанови кабінету міністрів України від 27 січня 2021 р. № 99, передбачені два варіанти офіційного піклування:

- опіка — передбачена для недієздатних осіб;
- постійний догляд (піклування, патронаж) — його умови узгоджуються

з патрованою особою і прописуються у відповідному договорі.

Оформлення постійного догляду можливе категорій осіб, які його потребують:

- діти-інваліди віком до 18 років; інваліди I групи або особи, які досягли 80-річного віку;
- інваліди I чи II групи внаслідок психічного розладу, які за висновком лікарської комісії медичного закладу потребують постійного стороннього догляду;
- за іншими громадянам похилого віку, інвалідами, дітьми-інвалідами та хворими, які за висновком лікарсько-консультаційної комісії

потребують постійного стороннього догляду і не здатні до самообслуговування.

Опікун призначається, якщо особа є повністю недієздатною. Піклувальник (чи доглядач) - коли дієздатність літньої людини обмежена, але не підтверджена юридично [65,81].

Доглядач – це особа, яка тривалий час перебуває або щоденно відвідує чи, навіть, проживає разом із пацієнтом, підтримує постійний зв'язок, надає допомогу в повсякденному, соціальному житті. В Україні на даний момент виділяють декілька типів доглядачів, до найпоширеніших належать: близькі родичі пацієнта (діти, брати і сестри або партнери), друзі, та особи, які отримують оплату за надання допомоги пацієнтам. Доглядачі за пацієнтами з деменцією різного генезу можуть працювати вдома у хворого чи медичних, соціальних закладах профільованих для надання послуг догляду та добре обізнані про стан пацієнта з деменцією, є пов'язуючою ланкою між пацієнтом і лікарем, соціальними працівниками, іншими членами родини [23,26].

За думкою Welch, M. L., Hodgson, J. L., Didericksen, et al. (2022) на догляд за важкохворим пацієнтом (членом родини) витрачається близько 102 години на місяць (3,5 години в день, включаючи вихідні), не кажучи вже про те, що багато проживають спільно. Доглядачі за пацієнтами із деменцією на 46% частіше відвідували лікаря загальної практики і на 71% більше використовували медичні препарати, ніж люди того ж віку, які не виконують дану функцію [79,80,100].

Саме доглядачі надають важливу допомогу пацієнтам і роблять значний внесок у їх життя, однак, часто стикаються з фізичним навантаженням, емоційним стресом і фінансовими труднощами. Догляд за хворим вимагає особливої уваги, терпіння, розуміння та включає в себе широкий спектр завдань, таких як: допомога з повсякденними справами, соціальна активність та інші. Доглядачі за дементними хворими мають

підвищений ризик депресії і ряду інших ускладнень зі здоров'ям [26,54,130].

Згідно соціологічного опитування проведеного серед населення Європи, включаючи Україну в 2022 році, встановлено, що близько 73% жіночого, витрачають більше часу й енергетичних ресурсів, ніж чоловіки, на хатню роботу та піклування про членів родини [114].

Незважаючи на заходи Комітету міністрів Ради Європи 2020 року, спрямовані на прогресування гендерної рівності, особи жіночої статі, як і раніше, залишаються основними піклувальницями літніх людей. Такі тенденції найкраще простежуються в найбільш інтенсивні та напружені періоди життя. Питома вага жінок доглядачів літніх людей, становить від 57 до 81%, у віковому діапазоні від 18 до 60 років, що дає змогу зробити висновки про їх частіше залучення до неформального догляду [4].

Констатовано, що жінки витрачають в середньому 32 години в тиждень на оплачувану роботу та 39 годин на неоплачувану, в той же час, як чоловіки - 41 та 19 годин відповідно [99]. В той же час, дослідженнями 2019 року в Україні підтверджено, що чоловіки витрачають на побутові справи в середньому 15 год. на тиждень, а їх дружини або партнерки, майже вдвічі більше часу, що призводить до надмірного побутового навантаження. Особливості подібного розподілу робочого часу описуються, як феномен «подвійного робочого навантаження» або «другої зміни» [109,110].

Тому, як наслідок, особи з деменцією та їх сім'ї стикаються зі значними фінансовими проблемами через нестачу соціальної допомоги та скорочення або втрати основного доходу через неформальний догляд, адже, інколи, родичам доводиться змінювати місце працевлаштування чи переходити на графік неповного робочого дня [119,120,125,172].

Деменція є однією із основних причин госпіталізації в Україні до медичних закладів тривалого перебування [53]. Середня тривалість стаціонарного лікування – 30-60 днів, терміни ж амбулаторного

визначаються динамікою стану і складають від шести місяців до року і більше. Для окремих категорій хворих необхідність амбулаторного лікування зберігається на все життя [20]. В одному з провідних досліджень, проведеному в Великобританії (British United Provident Association, BUPA) було встановлено, що середня тривалість перебування у будинках догляду становить 2,2 року, у 25% випадках пацієнти перебувають у них від 3,6 років та довше, а у 10% – більше 6 років, а в Україні – 50% та 25% відповідно [49].

Всесвітньою проблемою є недостатність діагностування, а якщо діагноз і встановлений, то зазвичай вже на пізній стадії і майже за 80% хворих на деменцію доглядають їхні родичі [8]. Одним із основних напрямків системи соціальних послуг розроблених в Україні є деінституціоналізація та децентралізація процесу надання соціальних послуг та наближення можливості отримувати соціальні послуги у місця проживання отримувача, отже, виникає необхідність розробки із застосуванням альтернативних форм і методів соціального обслуговування осіб похилого віку та інвалідів [45].

В Україні надання допомоги пацієнтам із деменцією, їх практичне застосування сприяють надмірному навантаженню на медичні стаціонари та відсутність альтернативного вибору для хворих та їх родичів. Місця, де надається професійна допомога з лікування та догляду за хворими, обмежені кількістю ліжко-місць і не завжди можуть задовольнити потребу у наданні вищевказаних послуг [50]. Переважним чином догляд тяжкохворими здійснюється саме в домашніх умовах. Роль у наданні родинної підтримки пацієнтам досить обтяжлива і часто турбує, впливає на здоров'я та якість життя піклувальників [27]. Поза всяким сумнівом, на плечі родичів людини, що страждає на деменцію, лягає велика відповідальність, оскільки догляд за такими хворими може тривати багато років [132].

Відзначено, що високий рівень навантаження у доглядачів в значній мірі пов'язаний з сімейними відносинами, а також проблемами самих пацієнтів з деменцією (фізична та психологічна залежність від доглядача, психічні симптоми, зокрема, порушення поведінки в нічний час і дратівливість). Більше 90% людей, що забезпечують догляд за близькою людиною з деменцією, не отримують достатнього відпочинку вночі - про це свідчать результати дослідження, виконаного в Університеті Баффало (США). Дослідження показало, що більшість учасників спало протягом ночі менше 6 годин, з частими пробудженнями (4 рази на годину). Подібний зрив нічного сну може вести до хронічного його порушення з ризиком розвитку депресії, коливанням ваги, розвитку серцево-судинних захворювань і передчасної смерті [30,142].

Медичні та соціальні працівники, які виконують функцію догляду відіграють дуже важливу роль, адже задовольняють потреби не тільки особи, про яку вони піклуються, а й частково його родини. Психологічний перехід до ролі піклувальника є досить складним процесом і включає різні етапи. З проаналізованих досліджень було визначено п'ять тематичних областей, які мають прогресивний характер: перехід до опіки, відповідальності за пацієнта, важливість формальної підтримки, доступ до офіційної інформації та психоосвіти, спілкування в процесах прийняття рішень [42,166].

За думкою Л. Герасименко, з прогресуванням хвороби необхідність в догляді зростає та призводить до необхідності цілодобового нагляду, що викликає постійне емоційне напруження та виснаження, порушення адаптаційних механізмів на рівні організму та особистості. При соціальній дезадаптації мова йде про порушення процесу соціального розвитку індивіда, коли є порушення як функціональної, так і змістовної сторони соціалізації. По суті своїй, мова йде про соціальну недостатність людини, нездатність виконувати звичайну для власного статусу роль у суспільстві через обмеження функціональності. Це може призводити до втрати здатності до самостійного

існування, встановлення соціальних зв'язків, залежності від допомоги інших осіб, порушення професійної діяльності. Наслідком перебування в такому стані тривалий час є виникнення до емоційного виснаження: дратівливості, зривів, безсоння, психосоматичних захворювань, зокрема, артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця, ожиріння [15,24,28,84].

Непсихотичні психічні розлади тісно пов'язані зі значним погіршенням психосоціального функціонування і зниженням якості життя хворих [37,80,112,118]. Відмінності у профілях симптомів у різних пацієнтів можуть бути виражені надзвичайно широко, і це призводить до клінічного різноманіття і пов'язаного з цим широкого спектру порушень психосоціального функціонування хворих [22,27,74].

Ісаков зі співавторами вважає, що особливості та відмінності психосоціального функціонування пацієнтів з психогеніями повинні враховуватися при плануванні заходів з реабілітації та реадаптації; кінцевою метою лікування хворого на непсихотичний психічний розлад є повернення його до повноцінного і продуктивного повсякденного життя [11,75].

1.2. Особливості сучасної класифікації деменцій та її розповсюдженість

Деменція, є однією з найбільш актуальних проблем сучасної неврології і психіатрії, та серйозним мультидисциплінарним захворюванням, яке може бути викликане цілим рядом чинників, що поступово руйнують нервові клітини і пошкоджують головний мозок. Переважно, розвивається у літньому віці, впливає на всі сфери пізнання та характеризується поступовим погіршенням когнітивних функцій. Хоча є багато випадків проявів симптомів раніше (до 60 років) – у молодому віці, що становить приблизно 9% [105, 116, 121,161]. Згідно МКХ-10 (F00-F03):

F00. Деменція при хворобі Альцгеймера (G30.)

F00.00 Деменція при хворобі Альцгеймера з раннім початком (G30.0)

- F00.10 Деменція при хворобі Альцгеймера з пізнім початком (G30.1)
- F00.20 Деменція при хворобі Альцгеймера, атипова або змішаний тип (G30.8)
- F00.90 Деменція при хворобі Альцгеймера, неуточнена (G30.9)
- F01. Судинна деменція
 - F01.00 Судинна деменція із гострим початком
 - F01.10 Мультиінфарктна деменція
 - F01.20 Підкіркова судинна деменція
 - F01.30 Змішана кортикальна і субкортикальна судинна деменція
 - F01.80 Інша судинна деменція
 - F01.90 Судинна деменція, неуточнена
- F02. Деменція при інших хворобах, класифікованих в інших рубриках
 - F02.00 Деменція при хворобі Піка (G31.0)
 - F02.10 Деменція при хворобі Крейтцфельдта
 - F02.20 Деменція при хворобі Гентінгтона (G10)
 - F02.30 Деменція при хворобі Паркінсона (G20)
 - F02.40 Деменція при хворобі, зумовленій вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) (B22.0)
 - F02.80 Деменція при інших уточнених захворюваннях, класифікованих в інших рубриках
- F03. Неуточнена деменція
 - F03.00 Неуточнена деменція.

Вперше прояви захворювання були описані ще близько 2 тис. років до н. е. давніми єгиптянами, які вважали, що похилий вік супроводжується значним погіршенням пам'яті. Аналогічно, Платон і пізніше Горацій припускали, що старечий стан сам по собі синонімічний із деменцією. Засновник сучасної психіатрії Філіп Пінель (1745–1826 рр.) перший дав більш-менш об'єктивний опис захворюванню і, ймовірно, створив сам термін (démence) у 1797 році [1,157].

У всьому світі кількість людей віком старше 60 років зростає через підвищення відсоткового складу осіб похилого та старечого віку, зниження коефіцієнтів народжуваності в структурі населення. Також вагомим є розвиток медичної допомоги, підвищення рівня освіти, харчування та зміни способу життя [123,59].

Наприклад, згідно з дослідженням (GBD) 2016 року глобального тягаря хвороб і травм, стандартизована за віком поширеність деменції між 1990 і 2016 роками була відносно стабільною, але зі старінням та збільшенням всесвітнього населення кількість людей із деменцією подвоїлася [156]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), у 2023 році в світі налічувалося близько 55 мільйонів дементних осіб. Близько 4,6 млн нових випадків реєструється щорічно у світі. [137, 157]. І за прогнозами, їх кількість у 2025 році може збільшитися в 1,7 рази (порівняно з початком століття) та досягти 35 млн. осіб у 2040 році. На цей час близько 9,9 млн. нових випадків захворювання реєструється щорічно у світі [113]. У середньому в період між 2015 і 2050 рр. кількість осіб з деменцією збільшиться на 18,1 %. Це становить 8% населення віком 65 років і старше, та 3% населення віком 60 років і старше.

Демографічна ситуація в Україні характеризується стрімким старінням населення та, як наслідок, зростанням кількості хворих на деменцію. Зміна середньої тривалості життя є прогностичним критерієм того, що у найближчі десятиліття буде зростати середня очікувана тривалість життя населення, і як передбачається, збільшиться приблизно на 10 років [52]. За даними МОЗ України, загальна захворюваність на деменцію станом на 2010 р. в Україні становила 14,82 осіб на 100 тис. населення, а вже в 2017 році - 97,78 на 100 тис. відповідного населення. Серед 20 найпоширеніших хвороб, причин смерті, деменції різного генезу займають 7 місце [171].

Середній показник поширеності деменції у регіональній структурі України в 13 областях на 2019 рік перевищено на 208 %, найбільший - був

зафіксований - 203,60 на 100 тисяч населення, а найнижчий - 47,82 на 100 тисяч відповідно [53].

Проблема захворюваності на деменцію є другою за частотою в країнах Західної Європи і США, а в деяких країнах світу, у тому числі Україні, Фінляндії, Китаї та Японії – хвороба Альцгеймера (яка становить близько 60% усіх випадків) займає перше місце і зустрічається навіть частіше, ніж судинна, третє місце посідають – змішані форми (лобно-скронева, з тільцями Леві чи викликана іншими захворюваннями, такими як ВІЛ-інфекція, хвороба Крейтцфельда-Якоба, гіпертиреоз та хвороба Паркінсона) [55,108,154,170].

Результати вітчизняних і деяких закордонних досліджень свідчать про високу поширеність важких когнітивних розладів серед осіб старших вікових груп. Саме деменція чинить серйозний інвалідизуючий вплив не тільки на пацієнтів, але й на тих, хто здійснює догляд за ними - членів їхніх родин, тому важливість вивчення даної патології зумовлена багатьма чинниками [2,53,69].

На думку О. Almkvist (1993, 1996), симптоми когнітивних дисфункцій, що виявляються на етапі «м'якої» деменції у пацієнта, підтверджують дані Н. Braak, Е. Braak (1991) про залучення у процес на ранньому етапі хвороби переважно енторінальної зони, примикаючих відділів скроневої кори гіпокамбу та базальних відділів лобових, скроневих та тім'яних часток [71].

Основною причиною, що призводить до розвитку синдрому деменції згідно DSM-5 [20,103] є низка віково-залежних патологій, до числа яких відносяться спадкова схильність, наявність мутацій певних генів, а також цереброваскулярні захворювання, зокрема артеріальна гіпертензія, гіперліпідемія, цукровий діабет, метаболічний синдром і т. д. [30].

З урахуванням переважного ураження тих чи інших ділянок мозку розрізняють чотири види деменції: кіркову під час якої страждає переважно кора великих півкуль (спостерігається при алкогольній

залежності, хворобі Альцгеймера і хворобі Піка); підкіркову - ушкоджуються підкіркові структури, що супроводжується неврологічними порушеннями у вигляді тремору кінцівок, скутості м'язів, розладів ходи, яка виникає при хворобі Паркінсона, хореї Гентінгтона та крововиливах у білу речовину; кірково-підкіркова - вражається як кора, так і підкіркові структури, виникає при судинній патології; мультифокальна – у різних відділах ЦНС утворюються множинні ділянки некрозу та дегенерації [8,21].

Згідно адаптованої клінічної настанови України «Деменція» 2016, виділяють ранню стадію деменції, яка часто лишається непоміченою, оскільки зазвичай розвивається поступово. Серед загальних симптомів: забудькуватість, втрата орієнтації у часі та просторі (навіть у власному житлі). При деменції середньої стадії більш явними стають такі ознаки, як труднощі у спілкуванні, поведінкові труднощі (зокрема, безцільне ходіння, часте повторення тих самих запитань). Можливості пацієнта звужуються, зростає потреба у сторонній допомозі. На пізній стадії розвивається повна залежність від доглядачів, особа майже повністю втрачає просторову орієнтацію, має проблеми з упізнанням близьких та пересуванням, поведінка стає агресивною (WHO, 2022) [1].

Невпинне прогресування ступеню деменції, після встановлення діагнозу, пов'язане із додаванням до клінічної картини нейропсихіатричної симптоматики. Діапазон якої охоплює депресію, порушення поведінки, рухової активності та ініціативності (апатії), чи навпаки гіперактивності (тривожність, ажитацію агресію), порушення сну. За даними досліджень 2020 року, проведених в Україні, вивчено особливості когнітивних порушень психотичної форми у пацієнтів із деменцією та їх частоту. Серед яких найпоширенішими були галюцинаторні прояви, марення [22,23].

Пацієнти із деменцією рідко виражають типові патологічні відчуття смутку, безнадійності та втрати самооцінки. Афективна варіабельність характеризується швидкими змінами в емоційній сфері протягом декількох

секунд або хвилин. Велика кількість доказів свідчить про спільний патофізіологічний механізм розвитку депресії та деменції. При наявності тривалої депресії можуть посилюватися нейродегенеративні зміни [77,96]. Ажитация, агресивність або девіантна поведінка частіше спостерігається у чоловіків з деменцією, ніж у жінок, в яких частіше виявляються депресивні або тривожні розлади. При апатії відмічається порушення мотивації або зменшенням цілеспрямованої поведінки, пізнавальної діяльності та емоцій, втрата інтересів, уповільнення та відсутність енергії [152,153,174]. Одним із найвиснажливіших проявом у хворих для піклувальників є блукання. Воно нагадує безцільне ходіння, що часто супроводжується закономірностями, такими як крокування або випадкове переміщення. Пік його частоти відбувається між 5-ю та 7-ю годиною вечора, в основі якого лежать психосоціальні та зовнішні чинники, що діють на пацієнта. Хворі також можуть проявляти таку форму поведінки для вирішення своїх фізіологічних потреб, наприклад: втамовування спраги чи голоду, потребу у фізіологічних відправленнях [24,36].

Галюцинації найчастіше зустрічаються у хворих із деменцією з тільцями Леві і зазвичай, асоціюються з значними когнітивними порушеннями. Вони часто повторюються, мають чіткі обриси, ввижаються тварини або люди, яких пацієнти описують дуже детально [36]. Марення, як хибні переконання про зовнішню реальність включають підвищену підозрілість. Зазвичай, пацієнти приходять до себе додому, ховають предмети, не визнають власний будинок, вважають свого партнера самозванцем, впевнені, що інші люди мають ворожі наміри [56].

У дослідженнях описаних Н.О. Марутою, І.Г. Мудренко, Г. Ю. Каленською, встановлено, що близько 45 % хворих на деменції мають ознаки суїцидальної поведінки. Найчастіше скоєння суїциду відбувається на початкових стадіях, а з прогресуванням когнітивного дефіциту – знижується. При когнітивній дисфункції знижується критика до власних вчинків, у тому числі й аутоагресивних. В похилому віці суїцидальна

поведінка є поширеною причиною смерті і часто супроводжується в цій популяції інвалідністю та психосоціальними порушеннями. У них часто відмічаються відчуття власної соціальної та побутової неспроможності, виражене порушення організаційних, конструктивних, виконавчих функцій, ослаблення ментального контролю за поведінкою [25,153]. Клініко-психопатологічні симптоми, які найбільше підвищують суїцидальний ризик є маячення, психомоторне збудження, внутрішнє напруження, ажитація та порушення циркадного ритму [26, 27].

Таким чином встановлено, що із стрімким зростанням старінням населення, як у всьому світі, так і в Україні захворюваність на деменцію є досить розповсюдженим та глобальним явищем та має невпинну тенденцію до зростання. Наведені дані свідчать про необхідність оптимізації медико-соціальної допомоги для осіб, які страждають на деменцію. В рамках даного напрямку є значна потреба у поширенні та залученні до надання допомоги значної кількості осіб, які здійснюватимуть допомогу пацієнтам хворим на деменцію, а, отже, і існує потреба в розробці спеціальних програм, тренінгів, профілактичних заходів спрямованих на подолання зниження якості життя, соціального функціонування та проявів психосоціальної дезадаптації.

1.3. Стресове навантаження на осіб, які здійснюють догляд за пацієнтами із деменцією

Проблема стресу та стресостійкості є досить актуальною, сучасною та невичерпною для осіб, які здійснюють догляд за пацієнтами із деменцією. Адже доведено, що людина, яка надає послуги важкохворим людям сама піддається значному емоційному навантаженню [11,58].

Під час догляду за пацієнтом із хронічним прогресуючим та інвалідизуючим захворюванням, до якого входять і деменції, часто

застосовується дефініція - «тягар догляду» або ж навантаження під час догляду.

Під час психологічного консультування доглядачів важкохворих пацієнтів, часто можна почути, що досить важко «достукатися» до підопічного і поспілкуватися з ним відверто, пацієнт начебто «не чує» або ж «не хоче почути» людину поряд. Така поведінка пацієнтів, створює не аби які труднощі з точки зору психотерапії, так і догляду [11,71,72,73]. Догляд настільки добре відповідає формулі хронічного стресу, що його можна використовувати як модель для вивчення впливу хронічного стресу на здоров'я (Vitaliano et al., 2003), що і відтворено у роботах науковців з даного напрямку. Досить часто доглядачі відчувають занепокоєння, тривогу, напруження щодо майбутнього як свого, так і пацієнта. Однією із проблем є те, що доглядачі не впевнені у своїй силі та знаннях щодо надання підтримки важкохворому. Догляд за пацієнтом вимагає спеціальних знань, вмінь та повної самовіддачі, що під силу не кожній людині. Далеко не кожний здатний забезпечити достатню увагу, емоційну та матеріальну підтримку пацієнту із деменцією [87,93,97].

Стресове навантаження включає об'єктивні негативні наслідки для життя доглядача (зниження здоров'я та якості життя сім'ї членів, порушення сімейного життя, незручну зміну розпорядку дня, збільшення фінансових витрат) і суб'єктивні (почуття горя, ізоляції, втрати, тривоги, гніву, провини та фрустрації). Разом об'єктивні та суб'єктивні наслідки загрожують фізичному, психологічному, емоційному та матеріальному благополуччю доглядачів. За оцінкою фахівців охорони здоров'я, у середньому пацієнту присвячено три чверті часу доглядача і даний показник лінійно збільшується в міру прогресування захворювання [112,130,135].

Переважає більшість пацієнтів з деменцією живуть у сім'ях і якщо помножити число хворих, як мінімум на два, ми отримаємо кількість доглядачів. При цьому в більшості випадків зазвичай одна основна особа,

що доглядає та бере на себе більшу частину навантаження. Безсумнівно, через постійний стрес, виникає рішення про розміщення пацієнтів в установи довготривалого перебування [162,164,].

Понад 50% осіб, які доглядають за людьми з хворобою Альцгеймера повідомляють про високі показники тривоги та депресії. Подібним чином понад 50% осіб, які доглядають за тяжкохворими людьми, скаржаться на погіршення стану здоров'я та підвищення соціального життя через тягар, спричинений доглядом [28].

Психологічне напруження – доведений фактор ризику багатьох соматичних захворювань. Повсякденний стрес та депресія незалежно від її структури підвищують ризик серцево-судинних захворювань [6,12,15]. На тлі цього та депресивних симптомів у доглядачів спостерігається порушення імунітету, що також може бути причиною підвищеної смертності [117,126].

Вивчення факторів, які збільшують або зменшують стрес, а також частоту виникнення депресії є однією з основних тем досліджень, присвячених доглядачам за пацієнтами з деменцією. Для детального аналізу Т. Mullan в 1990 [16,34,40,41] запропонували комплексну модель, відповідно до якої, добробут особи, що доглядає, залежить від трьох видів факторів:

1. соціодемографічні: характеристики особи, що доглядає (освіта, стать, здоров'я та економічне становище, відносини з пацієнтом);
2. стресори: первинні – симптоми захворювання у пацієнта (когнітивні порушення, розлади побутової діяльності, поведінкові та психотичні розлади), вторинні – поєднання ролей (наприклад, догляду за пацієнтом та робочої діяльності), конфлікти з іншими членами родини, фінансові проблеми;
3. медіатори: соціальні та медичні підтримувальні служби.

При цьому існує обґрунтування появи депресивних симптомів у проживаючих спільно з особами, які страждають на легкий когнітивний

розлад: цей ефект пояснюють змінами особистісних характеристик пацієнта та порушенням стосунків у сім'ї [31,47,106].

Симптоми захворювання пацієнта можуть змінюватися в залежності від психоемоційного стану особи, що доглядає. Наприклад, деякі особливості поведінки доглядача можуть викликати гіперактивність у пацієнта, а часта критика на адресу з боку піклувальника посилює вираженість у нього поведінкових розладів [151].

Деменція викликає тяжкі моральні, а часом і фізичні страждання у осіб, що виконують функцію догляду за пацієнтом. Зі слів піклувальників, їм важко спостерігати за тим, як хвора людина стає вередливою, забуває про пристойність, втрачає інтерес до життя. Часто спостерігається агресивність, жорстокість, статева розбещеність. За відсутності сторонньої допомоги виникає нехтування особистою гігієною, в результаті чого часто виникають інфекційні захворювання, що потребують додаткового спеціалізованого медичного консультування [5,6,138].

Встановлено, що серйозне психічне захворювання в одного з членів родини, вносить обмеження до організації побуту, зміни звичного життєвого укладу, перерозподілу обов'язків, перегляду планів на майбутнє, а також змушує відмовитися від деяких сформованих звичок. Виникає хронічне переживання невизначеності, безпорадності, страху [149,150]. Догляд за власними тяжкохворими родичами – це не тільки важка життєва ситуація, що астенизує, але і постійно навіє думки про можливість власної смерті. Місія догляду за хворим може призводити до емоційних та психосоматичних розладів, формування екзистенційної кризи, коли втрачається можливість соціальної самореалізації. Тяжкість навантаження зростає, досягаючи апогею ближче до кінця життя пацієнта. Констатовано, що члени сім'ї, які доглядають, мали вищі бали при оцінці депресії та шкали тягаря, порівняно з медичними чи соціальними працівниками, які доглядають [6].

Ситуація догляду за хворими, які страждають на деменцію, описана за допомогою моделі Л. Піарлін. Вона включає такі компоненти як: первинні і вторинні стресори, вторинна інтрафізична напруга [98,135,147].

Первинні - пов'язані з тими зусиллями, які спрямовані безпосередньо на догляд за хворою людиною (допомога у пересуванні, гігієнічних процедурах, прийомі їжі, нагадування послідовності дій, спонукання до активної діяльності). До вторинних належать стресори, що включають ті зміни, які є побічним результатом виконання завдань з догляду, тобто зменшення житлової площі, більші фінансові витрати, конфлікти у сім'ї через брак уваги [98,148,165,169].

Доглядачі за хворими на деменцію сумують про втрату задовго до смерті свого родича через втрату особистості та інтелекту, що відображається в описі у популярній культурі, як «довге прощання». В деменції, окрім смерті, є й інші точки перетину, які викликають реакцію горя у осіб, які доглядають: таким чином, деякі автори досліджували реакцію горя до та після «соціальної смерті», моменту, коли пацієнт більше не здатний до значущої взаємодії. Констатовано, що середня тривалість доглядових стосунків становить 64 місяці [141,145,146,158].

Серед сучасних досліджень всього світу, зосереджених саме на тягарі догляду у будинках престарілих, бракує даних щодо догляду та навантаження медичних сестер в закритих палатах геронтопсихіатричних відділень лікарень [49,174].

Рівень поінформованості населення про деменцію, її прояви та наслідки серед населення залишається незадовільним. Хворі на деменцію піддаються суспільній стигматизації, що значною мірою погіршує можливості для забезпечення їх медичною допомогою. Так, внаслідок хибних уявлень близько 50% хворих на деменцію тривалий час не звертаються за медичною допомогою [104].

Підсумовуючи, потрібно відзначити, що довготривалий догляд за хворим із деменцією, спостереження за втратою характерних раніше

властивостей близької людини, суттєві зміни у рольовій структурі сім'ї, фінансові та матеріальні втрати об'єднуються в загальне поняття «тягаря догляду» чи «тягаря деменції», негативний вплив якого реалізується у вигляді порушення соціального, психічного і соматичного функціонування особи, яка здійснює догляд за пацієнтом [6,13,16,23,53].

Покращення соціального забезпечення, у вигляді фінансової підтримки, психічного благополуччя, послуг з охорони здоров'я тощо, має бути спеціально спрямоване на зменшення проблем осіб, які здійснюють догляд за літніми людьми [45,49].

Надання особам, які здійснюють догляд за пацієнтами хворими на деменцію медико-соціальної допомоги та психологічної підтримки сприятиме покращенню їх якості життя, відновленню психосоціального функціонування, підвищить стресостійкість та зміцнить здоров'я в цілому.

1.4. Догляд за пацієнтами із деменцією різного генезу як предиктор розвитку неспсихотичних психічних розладів

У сучасний період сформульовано низку концепцій щодо виникнення неспсихотичних психічних розладів. Серед яких переважають теоретичні підходи для визначення адаптаційного бар'єру (інтегрованого, динамічно-функціонального прояву біосоціальної основи особистості - концепція адаптації), передхвороби (донозологічні, «перехідні» стани - концепція рівнів психічного здоров'я чи «становлення» синдрому) та соціально-орієнтований підхід. Комплексне вивчення цих та інших поглядів вказує на функціонально-динамічний характер взаємодії індивіда та оточуючого середовища, а також підкреслює необхідність сукупної медикосоціопсихологічної оцінки рівнів його пізнавальних процесів, самопочуття, соціальної активності, міжособистісних відносин, поведінки в мікро- і мікросоціальних сферах, психосоматичних відношень, засобів адаптації та психологічного захисту [31,32,33,54,131].

Проаналізовано літературні джерела та встановлено, що існують різні підходи до розуміння феномену стресостійкості особистості, як здатність особистості протидіяти негативним ситуаціям [29]. Стресостійкість особистості складається з мотиваційного, фізіологічного, пізнавального, операційного та комунікативного компонентів, які тісно пов'язані між собою. На розвиток стресостійкості особистості впливає велика кількість факторів. Автори вказують про важливість уміння людиною контролювати рівень напруги, щоб не завдавати шкоди власному організму [60,97,114].

За рівнем глобального тягаря захворювань як в Україні, так і в світі, основну проблему сучасної медицини становлять когнітивні порушення у осіб похилого віку, що включає деменції різного генезу, незважаючи на всі зусилля та затрати, які прикладаються системою охорони здоров'я [45,167].

Індивідуум, взаємодіючи в соціальному середовищі, зокрема і доглядач, майже завжди знаходиться в ситуаціях, що викликають потужну емоційну реакцію. Додатково психічну адаптацію порушують хронічна перевтома, напруженість, внутрішньо сімейні, побутові та робочі конфлікти [11,13,15,23].

Догляд за особою із деменцією, є надзвичайно потужним хронічним психоемоційним стресом для доглядачів за пацієнтами, у яких виявляється широкий спектр психопатологічних та психосоматичних змін. На думку М. Маркової сучасні дослідники наголошують, що емоційне напруження та його наслідки все ще недооцінюють клініцисти та науковці. Взаємодія сім'ї з психічно хворим членом родини та забезпечення необхідного сімейного догляду пов'язані зі значним психосоціальним стресом для її членів [45,78,142].

При психогенній патології до якої можна віднести порушення, пов'язані з доглядом за пацієнтами з деменцією встановлено, що в її основі лежить збій системи психічної адаптації у відповідь на тривалу

психотравматизацію. Її розвиток проходить через певну кількість стадій різних дисфункцій, що є вкрай невизначеними у сенсі прогнозу та нозологічної належності. Численні невротичні та психосоматичні симптоми, які супроводжують психосоціальну дезадаптацію переважно мають функціональний характер і здатні до повного чи часткового зворотнього розвитку при своєчасній діагностиці та адекватній корекції [3,13,34].

З погляду психології, дезадаптація є ознакою регресивного розвитку індивідуума на трьох рівнях: психофізіологічному, психологічному (особистісному) і соціально-психологічному (поведінковому). У такій системі всі соматичні, нервово-психічні та соціально-психологічні компоненти тісно взаємопов'язані. Зміна хоча б в одному з них викликає необхідність включення компенсаторних механізмів організму людини, при недостатності яких спостерігається виникнення дезадаптації [22,47,60].

Проблема дезадаптації доглядачів хворих на деменцію є актуальною, через те, що впливає на якість життя та спонукає до більших матеріальних затрат через необхідність постійного патронажу [71,165]. Останнім часом якість життя розглядається як одна з ключових характеристик стану людини, бо піддає оцінці фізичні, психічні й соціальні аспекти життєдіяльності, рівні його адаптації. Для пацієнта та доглядача оцінка його особистої якості життя у всіх сферах, набуває дуже вагомого значення, тому даний інтегральний показник є надзвичайно важливим у побудові цілісної та об'єктивної картини стану доглядача [23,33,133].

Під час прогресування хвороби пацієнта із деменцією, потреба у цілодобовому догляді зростає, що є чинником для постійного емоційного напруження і виснаження доглядачів. Виникають порушення адаптаційних процесів на вітальному та особистісному рівні, а також відчуття соціальної недостатності та реалізації, зниження здатності виконувати звичну роль у суспільстві, професійній сфері [13,57].

Схематично процес дезадаптації формується за принципом «замкненого кола», де тригером, зазвичай, є наявність стійкої психотравмуючої ситуації, у вигляді зміни місця праці, умов проживання або знайомого оточення. Наявність дезадаптації загострює уже існуючі психічні та соматичні розлади, що призводять до її прогресування. Порушення цілісності адаптаційної стійкості в умовах кризової ситуації відбувається на декількох рівнях: біологічному, психологічному, соціальному [132,152].

Факторами, що потенціюють високий рівень стресу у доглядачів-членів родини є: порушена поведінка та замкнутість у пацієнта, відсутність соціальної та родинної підтримки, вузький діапазон способів подолання стресу, відмова від використання активних способів вирішення проблем зменшення навантаження, негативна оцінка поточних взаємин з хворим та незадоволеність процесом догляду. Сучасна література досить докладно описує численні випадки та психосоматичні симптоми, що супроводжують психосоціальну дезадаптацію. Найбільш частими стійкими емоційними проявами, що зустрічаються у осіб, які доглядають є горе, сором, гнів, збентеження та самотність. Депресивні симптоми і сомато-вегетативні прояви мають негативний вплив на функціональні можливості доглядачів, роблять їх більш вразливими, невпевненими у собі. Вони потенціюють стереотипні думки про власні невдачі сімейного життя, необхідність «ламати стереотипний устаткований стиль життя», пошуки перспектив і т.п., що супроводжувалось негативними емоційними переживаннями і подальшим погіршенням адаптивності [72,74,75].

Велику частку доглядачів за пацієнтами з деменцією різного генезу становлять не тільки родичі, а й працівники закладів, що надають послуги спеціалізованого догляду.

У світовій практиці використовується поняття «послуги, пов'язані з деменцією», отримувачами яких можуть бути люди з деменцією та їх піклувальники, а надавачами – різні фахівці та парапрофесіонали. До них

відносять: медичні послуги, психологічну підтримку, послуги фінансового планування, соціальну підтримку та навчання для піклувальників, тренування когнітивних функцій у хворих, догляд за ними вдома та в умовах тимчасового перебування, постійного догляду, а також додаткові послуги, що пов'язані з супутніми захворюваннями [136].

В Україні послуги для даної категорії осіб подані в «Переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати» [65,81] та включають в себе паліативний та хоспісний догляд, а також цілодобовий або денний догляд вдома і натуральну допомогу.

У зв'язку з різним характером взаємодії та емоційної задіяності, що виникають в процесі догляду, виникають різні стресорні фактори. Для доглядачів, які надають допомогу на професійному рівні в літературних джерелах виділяють первинні та вторинні стресори. До первинних належать - поведінка особи, за якою здійснюється догляд та її потреба в сторонній допомозі, суб'єктивне відчуття стресу. Вторинні включають в себе конфлікт у професійній, сімейній та соціальній активності, зниження самооцінки, ослаблення відчуття контролю у власному житті, порушення самоіндентичності [55,57,131].

Під час обробки літературних джерел виявлено, що серед доглядачів, які отримують оплату за допомогу пацієнтам, поширеними психотравмуючими наслідками, при виконання ролі є прояви сформованого синдрому вигорання. Л. Юрьєвою описано дослідження проведене в 2022 році, у якому зі слів працівників психіатричної сфери, майже половина (47,1%) були із симптомами вигорання та рідко відчували себе щасливими на роботі. У 30% осіб виявлялася вербальна агресія та близько 10 % вдавалися до фізичної агресії [45,98,177].

Емоційне вигорання є вельми поширеним феноменом серед медичних та соціальних працівників які, з огляду на специфіку професії, залучені до психологічних та емоційних переживань. Вони вимушені

брати участь у розв'язанні широкого спектра проблем пацієнтів, включно з мікросоціальним, сімейним, професійним функціонуванням та адаптацією. Так як усі ці чинники мають варіабельний та довготривалий характер і поєднуються з ненормованим робочим графіком, браком достатнього відпочинку, піклувальники відчувають на собі всі реакції пацієнтів на фізичні й моральні страждання. Описані симптоми вигорання у доглядачів включають: уникнення друзів, членів сім'ї та інших близьких людей, втрату інтересу до того, що раніше приносило задоволення, почуття смутку, роздратованості, безпорадності, порушення апетиту, характеру сну, більш часте виникнення простудних захворювань, виникнення бажання заподіяти шкоду собі або людині, за якою доглядають, емоційне і фізичне виснаження [35,60,85].

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) професійне вигорання тлумачить, як синдром, що характеризується відчуттям зниження енергії або загального виснаження, підвищенням ментальної віддаленості від роботи або почуттям негативізму чи цинізму, зниженням ефективності діяльності. Водночас більше дев'яти європейських країн вважають вигорання визнаним медичним розладом і класифікують його під одним або кількома кодами МКХ-10 [1,81]. Попри визнання медичної і соціальної важливості емоційного вигорання, ця проблема залишається методологічно, клінічно та науково не розробленою. При диференціюванні вигорання від депресії та тривоги, лише кілька країн Європи систематично проводять дослідження, які зосереджуються виключно на виснаженні, тоді як інші аспекти залишаються недостатньо вивченими. Для більшої оптимізації необхідний комплексний підхід, який зрештою дасть змогу розробити ефективніші терапевтичні стратегії.

Результати отримані під час огляду сучасних літературних джерел показали, що у теперішній час більше уваги приділяється саме пацієнтам із деменцією, переважно із хворобою Альцгеймера чи судинною формою. Проблеми клініко-психосоціальної дезадаптації осіб, які доглядають за

хворими розкриті лише частково, що потребує подальшого вивчення і є основою для більш масштабніших досліджень. Адже доглядачам за пацієнтами з деменцією притаманні емоційні розлади переважно тривожно-депресивного регістру, виникнення дезадаптивної поведінки під час піклування, психосоціальна дезадаптація, порушення міжособистісних стосунків та деформація сімейної взаємодії. Стратегії її подолання залишаються недостатньо обгрунтованими та впровадженими в практику сфери охорони психічного здоров'я [6,28,29].

1.5. Принципи психопрофілактики, психокорекції та психотерапії непсихотичних психічних розладів у доглядачів за пацієнтами з деменцією різного генезу

Проаналізувавши сучасні літературні джерела, увагу привернуло, що значна увага приділяється пацієнту із деменцією: перебігу захворювання, тяжкості, симптомам та синдромам, особливостям догляду та соціальному функціонуванню. Досить багато людей з деменцією зберігають і позитивні риси особистості та особистісні якості, але в міру погіршення стану вони можуть відчувати деякі або всі перелічені нижче проблеми: втрату пам'яті, зниження швидкісних характеристик та продуктивності мислення, погіршення мови, порушення орієнтації, зміни особистості, труднощі в повсякденній діяльності, нехтування власними потребами, некогнітивні прояви (наприклад, апатія, депресія або психоз) і нехарактерну поведінку (наприклад, агресія, порушення сну або розгальмована статеві поведінка, хоча останнє не є типовою рисою деменції). При цьому зміни, що відбуваються з пацієнтом хворим на деменцію не можуть не впливати на доглядача, особливо у випадках, коли ця людина є близьким родичом, членом родини, рідною людиною. По мірі прогресування патології, доглядачі відчують відчуження, відгородження, зменшення контакту як

емоційного, так і міжособистісного, перестають розуміти пацієнта, часто просто не можуть «достукатися» до нього, його потреб та побажань. Подібна поведінка не може не впливати на повсякденну діяльність, соціальне функціонування, якість життя та не дозволяє адаптуватися доглядачу до нових змінених хворобою умов життя [107,114,121,143,144].

У переважній більшості країн Європи пацієнтами з деменцією опікуються не лише медичні працівники, а і соціальні служби. При цьому деменція зумовлює комплекс потреб і, особливо на більш пізніх етапах, високий рівень залежності і захворюваності. Такі потреби пацієнтів у догляді часто кидають виклик навичкам і здібностям осіб, які здійснюють догляд, і співробітників служб соціальної допомоги. У міру погіршення стану люди з деменцією можуть поставити перед особами, які здійснюють догляд, і співробітниками служб соціальної допомоги складні проблеми, включаючи агресивну поведінку, неспокійний стан і безцільне ходіння, труднощі з прийомом їжі, нетримання, маячні ідеї і галюцинації, а також труднощі з переміщенням, які можуть призвести до падінь і переломів. Вплив деменції на людину зазвичай супроводжується особистими обставинами, такими як зміна фінансового статусу і місця проживання або втрата близьких людей [2,4,41,62,102,160].

У європейських країнах доволі часто застосовують різноманітні заходи спрямовані на поліпшення життя людей із деменцією і осіб, які здійснюють догляд за ними. Зокрема, в Англії на даний момент, впроваджено програму «Повноцінне життя з деменцією: національна стратегія щодо деменції», метою якої є надання допомоги людям із деменцією, їх родинам, а також особам, які здійснюють догляд за ними, щоб вони мали змогу до повноцінного життя, незалежно від стадії хвороби або їх участі в системі медичної чи соціальної допомоги. Дана стратегія включає рекомендації, які охоплюють три основні тематичні напрями: підвищення обізнаності та розуміння, рання діагностика і допомога,

розвиток послуг для забезпечення повноцінного життя людей із деменцією [102,144].

В Австралії з 2018 року запроваджено стратегію «Ініціатива щодо деменції: зробити деменцію пріоритетом національної програми охорони здоров'я», що сприяє поліпшенню якості життя людей із деменцією, їх родин та осіб, які здійснюють догляд за ними. Вказаною програмою передбачено пакети медико-соціальної підтримки, підготовку персоналу, який здійснює догляд за людьми похилого віку, консультування щодо питань управління поведінкою при деменції, допомогу та інформацію для хворих та їх родин [148,172].

У той же час в Китаї розроблена програма підтримки для доглядачів за пацієнтами з деменцією. У ній передбачається, що пріоритетним напрямком є: підвищення обізнаності осіб, які здійснюють догляд про захворювання пацієнта; надання цілодобової психологічної підтримки, задля якої створена локальна гаряча лінія; впровадження відповідних економічних стимулів; вивчення можливості створення служб тимчасового перепочинку [150,159,172].

В дослідженнях Американської психологічної асоціації (АРА) 2020 року, наведено дані щодо залучення хворого на деменцію в роботу по дому, з урахуванням його фізичних можливостей та когнітивних здібностей. Отримані дані показали позитивні результати, але з досить не стійким результатом, однак, надало динамічні зміни в процесі супроводу пацієнта [149,166].

В Україні сучасна терапія непсихотичних психічних розладів включає не тільки подолання психопатологічних проявів, а і повну реабілітацію пацієнтів та повернення їх до повноцінного соціального функціонування. Основними принципами програми терапевтичних заходів є системний підхід, диференційованість та етапність. Системність передбачає обґрунтоване індивідуально підібране поєднання медичних, психологічних та соціальних втручань. Комплексність забезпечується

різноманітністю біологічних і соціальних впливів на хворого та спрямована на особистість пацієнта, покращення адаптаційних можливостей. Принцип етапності передбачає реалізацію реабілітаційних і профілактичних заходів на послідовних етапах: початковому, основному та профілактичному (підтримувальному). На початковому етапі комплекс терапевтичних заходів полягає у фармакологічному та психотерапевтичному лікуванні; на основному – власне реабілітація та реадаптація; заключний етап присвячується підтримувальним і профілактичним заходам [11,42,45].

Освітні заходи для доглядачів за пацієнтами є відносно стандартною практикою в реабілітаційних програмах але зазвичай ці програми не готують належним чином осіб, які виконують функцію догляду до проблем і ролей, з якими вони стикаються вдома. На думку Л. Юр'євої, Т. Шустерман заходи спрямовані на зміцнення психічного благополуччя із постійним наявним доступом до ефективних, науково обґрунтованих програм підтримки і освіти сприяють розвитку психічної стійкості, умінню управляти емоціями та психосоціальними взаємодіями. У осіб, у яких вже виявлені ознаки психосоціальної дезадаптації найбільш значущим є проведення комплексної психокорекції і адекватної фармакотерапії [45,98].

На сьогоднішній день, з позицій доказової медицини в фармакотерапії непсихотичних психічних розладів надається перевага антидепресантам групи селективних інгібіторів зворотнього захвату серотоніну (СІОЗС) та селективних інгібіторів зворотнього захвату серотоніну та норадреналіну (СІОЗСН). Ключовими питаннями терапії непсихотичних психічних розладів у доглядачів за пацієнтами із деменцією залишається порівняння та оцінка ефективності психотерапевтичних та фармакотерапевтичних методів [6,27,81].

Таким чином, висвітлені дані огляду літературних джерел свідчать про актуальність та своєчасність обраної теми дослідження, наявність

невирішених проблем, що стосуються як особливостей перебігу непсихотичної психічної патології у осіб, які здійснюють догляд за пацієнтами із деменцією, так і розробки сучасних методів їх реабілітації та профілактики.

Все вище наведене, обумовлює потребу у проведенні додаткових досліджень для з'ясування актуальних та сучасних проблем, що пов'язані із доглядом за пацієнтами із деменцією.

Висновки до розділу 1

Актуальність проблеми догляду за пацієнтами із деменцією різного генезу в Україні є вкрай важливою, виходячи із завдання відновлення і збереження психічного здоров'я населення в цілому, зменшення негативних медичних та психосоціальних наслідків непсихотичних психічних розладів.

Деменція є прогресуючим і незворотнім клінічним синдромом, що характеризується значним ураженням психічних функцій. Пацієнти із деменцією потребують догляду з боку родичів, медичних працівників, соціальних служб. Ці потреби пацієнтів у догляді часто дають виклик навичкам і здібностям осіб, які здійснюють догляд та впливають на їх звичний уклад життя, соціальне функціонування, якість життя, психічне здоров'я.

Перебіг непсихотичних психічних розладів тісно пов'язаний зі значним погіршенням психосоціального функціонування, порушенням адаптації, зниженням якості життя, але при цьому ступінь психосоціальної дезадаптації та впливу психопатологічної симптоматики на погіршення функціонування фахівцями, що надають психіатричну допомогу хворим, не враховується.

Психоосвіта, психокорекція, психотерапія, фармакотерапія пацієнтів, які здійснюють догляд за пацієнтами із деменцією становлять важливу і складну проблему сучасної психіатричної науки і практики. У

лікуванні пацієнтів з непсихотичними психічними розладами застосовується комплекс заходів, що включає психотерапевтичну та медикаментозну складову. Сучасна система лікування пацієнтів, які здійснюють догляд за пацієнтами із деменцією є недостатньо ефективною і потребує удосконалення, адже не враховує вплив перебігу та тяжкості деменції, навантаження під час догляду, рівень стресостійкості доглядача.

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

1. Животовська Л. В. Особливості емоційно-особистісної сфери членів родини, що доглядають за пацієнтами з деменцією / Л.В. Животовська, А.М. Скрипніков, О.В. Орлова, О.І. Шкідченко // Вісник проблем біології і медицини. – 2020. – Вип. 2, Т. (156) – С. 26–30.

2. Животовська Л. В. Особливості ресурсу соціальної адаптації у доглядачів за пацієнтами з деменцією / Л. В. Животовська, О. В. Орлова, Л. А. Боднар // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи», м. Полтава, 8 вересня 2022 р. Полтава. – 2022. – С. 18–20.

РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Загальна характеристика дизайну дослідження

У відповідності до мети дослідження та поставлених завдань на етапі скринінгу до даного дослідження було залучено 126 осіб, які доглядали пацієнтів з деменцією та мали скарги непсихотичного характеру, а також 126 осіб з діагнозом деменції у відповідності до МКХ-10, які потребували здійснення за ними постійного догляду. Постійний догляд – це форма догляду за особами з різними фізичними або психічними обмеженнями, що вимагає постійної присутності доглядача для надання необхідної допомоги та підтримки.

Догляд здійснювався як на професійній основі, так і на непрофесіоналами на підставах родинного зв'язку. Здійснення догляду на непрофесійній основі у даному дослідженні це спільне проживання надавача та отримувача послуги з догляду, пов'язаність спільним побутом, взаємними правами та обов'язками. У даному дослідженні догляд на непрофесійному рівні надавали - діти, онуки, близькі родичі, чоловік або дружина, племінники, тобто переважно члени родини та близькі родичі пацієнта. Догляд на професійній основі надавали особи, що мають відповідну фахову освіту у сфері медичних чи соціальних послуг. У даному дослідженні представлені наступними професіями: медична сестра (медичний брат), санітар (санітарка), соціальний працівник.

Всі доглядачі під час виконання та надання послуг із догляду (як на професійному, так і не непрофесійному рівні), мали скарги непсихотичного характеру та звернулися за консультативною допомогою до лікарів-психіатрів, неврологів, психологів, психотерапевтів та сімейних лікарів. Досить часто доглядачі зверталися саме до того лікаря-психіатра, послугами якого користувався пацієнт із деменцією. Таким чином, в результаті накопичення та аналізу емпіричних спостережень було сформовано гіпотезу щодо індукуючого впливу психопатологічної симптоматики асоційованої з

деменцією на формування непсихотичних психічних розладів у осіб, які контактують із хворими на деменцію.

На період проведення даного дослідження всі доглядачі та їх пацієнти проживали у місті Полтава чи Полтавській області, де і отримували медичну допомогу. Залучення осіб, які здійснюють догляд за пацієнтами з деменцією різного генезу до даного дослідження проводили у період з 2020 по 2021 рік. Під час опитування доглядачів встановлено, що більшість пацієнтів з деменцією різного генезу в анамнезі мали госпіталізацію до 4-го, 6 загальнопсихіатричного чи 7-го стаціонарного відділення надання геронтопсихіатричної допомоги Комунального підприємства «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги ПОР». На момент обстеження 100% пацієнтів з деменцією отримували амбулаторну медичну допомогу та догляд вдома, а також перебували на диспансерному обліку.

У відповідності до мети та поставлених завдань, з урахуванням наукової гіпотези було заплановано 7 послідовних етапів проведення наукового дослідження.

На першому етапі проводили скринінг частоти скарг та звернень доглядачів пацієнтів із деменцією різного генезу до лікарів-психіатрів, неврологів, психотерапевтів, клінічних психологів, сімейних лікарів за медичною допомогою:

- на кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету;
- Комунальному підприємстві «Полтавський обласний психоневрологічний диспансер Полтавської обласної ради»;
- Комунальному підприємстві «Полтавська центральна районна клінічна лікарня Полтавської міської ради»;
- Комунальному підприємстві «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги Полтавської обласної ради».

В результаті скринінгу у доглядачів за пацієнтами з деменціями різного генезу виявлено наступні скарги: дратівливість та напади гніву, відчуття горя

і скорботи, відчаю та безпорадності, сорому за поведінку хворого, почуття провини, самотність, виснажливість, втома, відчуття браку часу.

Дані скарги доповнювалися відомостями про порушення сімейних, сексуальних, партнерських, дружніх стосунків, погіршення професійного та особистісного статусу, погіршення якості життя та взаємовідносин з іншими членами родини, сусідами, друзями.

Результати скринінгу дозволили встановити, що у переважній більшості обстежених доглядачів за пацієнтами з деменціями різного генезу були встановлено не лише загальні ознаки психосоціальної дезадаптації, а й виражені її форми у різних сферах, виявлено порушення соціального функціонування, якості життя, діагностовано чи підтверджено неpsychотичні психічні розлади згідно критеріїв МКХ-10: неврастенію, розлади адаптації, тривожно-депресивні розлади, тривожні розлади.

У відповідності до поставленої мети та завдань дослідження сформовано критерії включення/виключення для участі у дослідженні з боку доглядача.

Критерії включення до дослідження з боку доглядача:

- повнолітні особи;
- письмова поінформована згода на участь у дослідженні;
- можливість перебувати з пацієнтом хворим на деменцію (не менш ніж 5 разів на тиждень, мінімум по 4 години на добу);

Критерії виключення до дослідження з боку доглядача:

- вік понад 60 років;
- наявність психотичного психічного розладу або деменції;
- залежність від вживання психоактивних речовин як на поточний період, так і в минулому;
- соматичні та неврологічні захворювання в стадії загострення або декомпенсації.

Другий етап дослідження передбачав вивчення історій хвороби пацієнтів із деменцією та проведення комплексного всебічного обстеження психічного, неврологічного та соматичного стану.

У відповідності до поставленої мети та завдань, наукової гіпотези дослідження сформовано критерії включення/виключення для пацієнтів з деменцією різного генезу за яким здійснюється догляд.

Критерії включення для пацієнтів із деменціями за якими здійснюється догляд:

- наявність КТ чи МРТ заключення від фахівця, що підтверджує діагностичні критерії деменції;
- діагноз деменції встановлений лікарем-психіатром чи лікарем-неврологом у відповідності до МКХ-10;
- тривалість захворювання не менше, як 6 місяців;
- наявність доглядача, який здійснює догляд на постійній основі (відвідує пацієнта не менше як 5 разів на тиждень, не менш як 4 години на добу або проживає разом із пацієнтом), доглядач може бути як членом родини або близькою людиною, так і особою, яка надає послуги професійно (медсестра, санітарка, соціальний працівник);
- усвідомлена поінформована згода від пацієнта із деменцією;
- усвідомлена поінформована згода від доглядача, який здійснює догляд за пацієнтом із деменцією;

Критерії виключення для пацієнтів із деменціями за якими здійснюється догляд:

- не підтверджений діагноз за допомогою КТ чи МРТ діагностики, не мають відповідного заключення фахівця;
- не мають документального підтвердження діагнозу деменції від лікаря-невролога чи лікаря-психіатра;
- недієздатні особи;
- особи, які не мають доглядача, який відвідує їх не менше як 5 разів на тиждень і не менше як по 4 години на добу, або проживає разом із пацієнтом;
- пацієнти із соматичною патологією у стані декомпенсації чи загострення;

- не можуть надати усвідомлену поінформовану згоду;
- відсутність поінформованої згоди доглядача, який здійснює догляд за пацієнтом із деменцією;
- ВІЛ-асоційована деменція.

Всім пацієнтам із деменціями передбачено проведення психодіагностичного обстеження за допомогою шкали оцінки психічного стану MMSE (Mini-Mental State Examination).

Прийняти участь у даному дослідженні виявили бажання 126 доглядачів та 126 пацієнтів із деменцією різного генезу.

За результатами скринінгового періоду дослідження із 126 осіб, які здійснювали догляд - у 9 (7,1%) діагностовано критерії виключення у вигляді відсутності бажання підписати поінформовану згоду, відсутності можливості перебувати з пацієнтом хворим на деменцію не менш ніж 5 разів на тиждень, мінімум по 4 години на добу, вік понад 60 років.

Пацієнти із деменцією мали критерії виключення у 13 (10,3%) випадках (недієздатність, неусвідомленість підписання поінформованої згоди, тяжкі соматичні захворювання у стадії декомпенсації) . Таким чином, остаточну вибірку даної роботи склали 104 пари, що складались із доглядача за пацієнтом з деменцією та особи з деменцією різного генезу.

Третій етап було присвячено формуванню груп дослідження. Доглядачі пацієнтів із деменцією були розподілені на 2 групи. *До першої групи* (Гр. I) належали близькі родичі пацієнтів, що мали родинні зв'язки (спорідненість зі спільного походження чи спорідненість, що заснована на шлюбі). *До другої групи* (Гр. II) належали професійні доглядачі, які є кваліфікованими співробітниками по догляду за пацієнтами з деменціями різного генезу та працюють у даній сфері (медичні сестри, молодші медичні сестри, соціальні працівники).



Рис. 2.1. Розподіл осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією різного генезу за групами

На четвертому етапі дослідження використовувався клініко-психопатологічний метод, що був застосований до доглядачів на загальноприйнятих засадах у психіатричному обстеженні пацієнтів шляхом інтерв'ю із подальшою верифікацією отриманих даних на підставі діагностичних критеріїв Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду [81]. Застосовувався також клініко-анамнестичний метод з метою ретельного вивчення загальних анамнестичних відомостей доглядачів (додаткову інформацію отримували із амбулаторних карток, консультаційних записів лікарів-спеціалістів, як медичних так і клінічних).

При проведенні дослідження використано анкету, орієнтовану на поглиблене вивчення анамнезу життя, зокрема наступні аспекти:

1. Демографічні дані про пацієнта: вік, стать, отримана освіта, сімейний стан, основна професія, професійна діяльність, статус зайнятості.

2. Інформація про соціально-побутові умови проживання, характер сімейних стосунків та їх склад, матеріальне забезпечення, основний вид джерела доходів.

3. Інформація про захворювання: вік початку захворювання, кількість амбулаторних звернень та госпіталізацій до стаціонару, тривалість захворювання, його тип перебігу, супутню соматичну патологію. (Додаток А)

П'ятий етап передбачав проведення психодіагностичного обстеження, яке дозволило визначити індивідуально-психологічні особливості доглядачів, наявність чи відсутність у них психосоціальної дезадаптації, її варіант та оцінку ступеню тяжкості, наявність емоційного вигорання, вплив догляду за пацієнтом з деменцією на якість життя доглядачів, їх психосоціальне функціонування, стресостійкість, рівень тривоги.

На шостому етапі дослідження розробили та здійснювали комплексну персоніфіковану реабілітаційну програму осіб, які доглядають за пацієнтами із деменцією різного генезу.

Сьомий етап було спрямовано на аналіз ефективності впровадженої програми реабілітації. Показниками ефективності програми визначено: поліпшення інтегративного показника якості життя, стабілізація психоемоційного стану та редукція непсихотичних психічних розладів, зниження рівня стресового навантаження під час догляду за пацієнтами з деменцією, покращення показників їх психосоціальної адаптації у різних сферах функціонування та профілактика синдрому вигорання.

2.2 Клініко-психопатологічна характеристика пацієнтів із деменціями різного генезу, за якими здійснюється догляд

Для реалізації поставленої мети та задач дослідження було обстежено 104 пацієнта із деменціями різного генезу. До дослідження залучено як жінок, так і чоловіків віком від 49 до 83 років. Усі пацієнти були юридично дієздатними та надали поінформовану згоду на участь у даному дослідженні.

Діагноз деменції всім пацієнтам, які були залучені до дослідження, встановлено лікарем-неврологом або лікарем-психіатром (залежно від провідної симптоматики) після всебічної оцінки на підставі задокументованих порушень пам'яті, когнітивних функцій та психічного стану. Пацієнти мають

відповідну підтверджуючу медичну документацію із зазначенням діагнозу у відповідності до МКХ-10: деменція при хворобі Альцгеймера (F00) - у 18 (17,3%) осіб, судинна деменція (F01) – у 42 (14,4%), деменція при інших хворобах, класифікованих в інших рубриках (F02) – у 15 (17,3%), неуточнена деменція (F03) – у 8 (7,7%), розлади особистості та поведінки внаслідок хвороби, ушкодження та дисфункції головного мозку (F07) - у 21 (20,2%). Встановлений діагноз для пацієнтів із деменціями різного генезу за якими здійснювався догляд у відповідності до МКХ-10 відображено на рис 2.2.

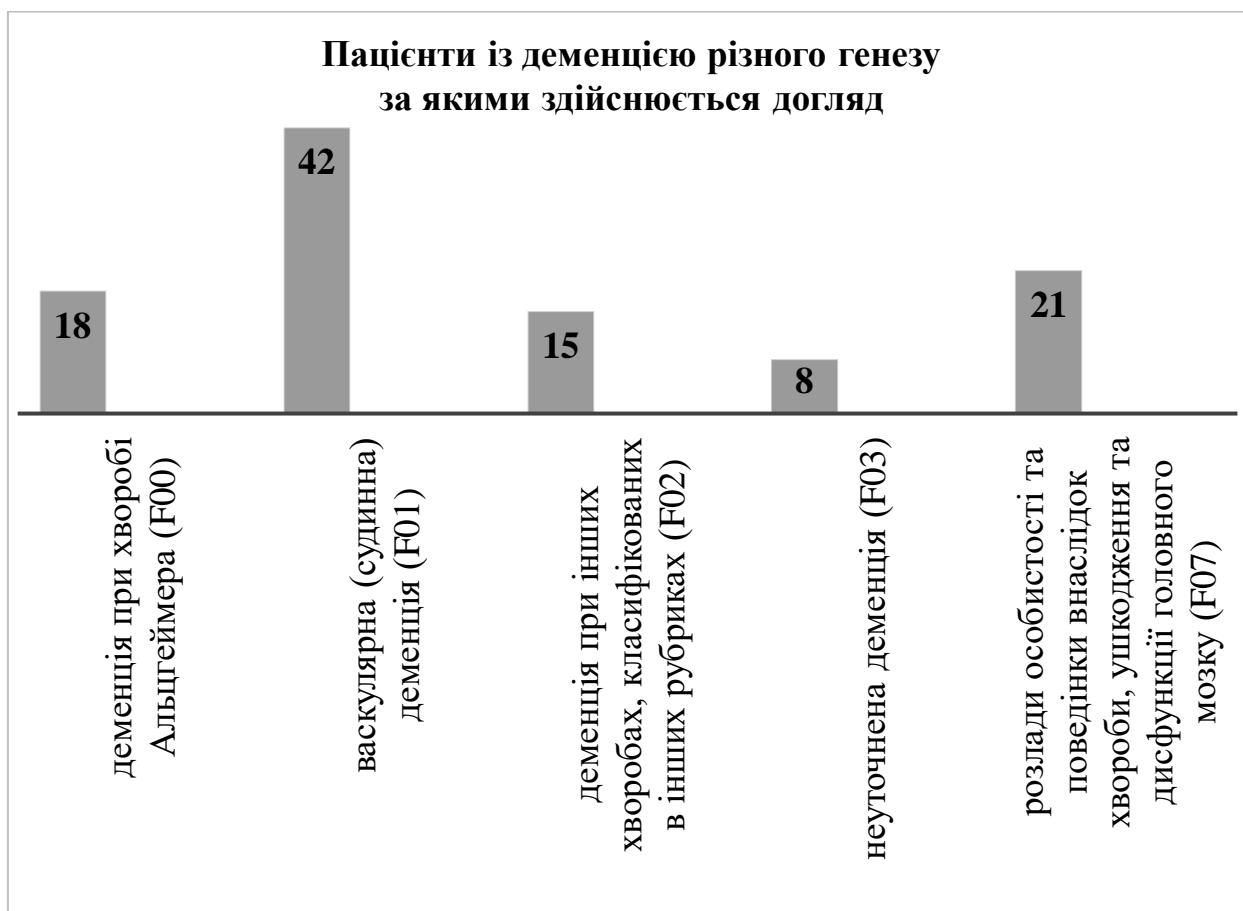


Рис. 2.2. Структурний розподіл діагнозів у пацієнтів із деменціями різного генезу

У відповідності до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги (УКПМД) «Деменція» № 736 від 19 липня 2016 року в Україні [81], найбільш широко використовується для діагностики деменцій

методи КТ та МРТ. Перший з них, який використовується близько 20 років, став з 2016 року обов'язковим методом обстеження хворих, які страждають на деменцію, насамперед тому, що це дослідження дає можливість ідентифікувати інші церебральні захворювання або травми головного мозку, які можуть бути відповідальними за розвиток когнітивних порушень.

Діагностичними маркерами підтвердження діагнозу деменції за альцгеймеровським типом виступали ознаки сумарної та регіональної атрофії речовини головного мозку, тобто зменшення об'єму речовини головного мозку, критерієм чого є індекси ступеня розширення субарахноїдальних просторів та шлуночкової системи по відношенню до об'єму мозкової тканини відповідних часток мозку (об'ємні індекси), а також величина лінійних шлуночкових індексів (передніх рогів, центральних відділів, задніх рогів та третього шлуночка).

Всі пацієнти з деменцією пройшли КТ чи МРТ обстеження, а також відповідні заключення фахівців. Перевагу надавали МРТ обстеженням, через можливість краще оцінити стан кори мозку, визначити патерни атрофії.

За допомогою анамнестичного методу вивчали та оцінили результати попередніх лабораторних обстежень пацієнтів із деменціями різного генезу, параметри функцій нирок, печінки, щитоподібної залози, цукру крові, рівень вітаміну В12 (фолієвої кислоти), що дало змогу оцінити соматичний стан пацієнта, сприяло виявленню супутньої соматичної патології та визначити відповідність критеріїв включення чи виключення до даного дослідження.

Під час проведення обстеження 104 пацієнтів виявлено, що неврологічна симптоматика у пацієнтів з різноманітними формами деменцій з'являлася вже на ранніх етапах хвороби та переважно досягала найбільшої вираженості на стадії важкої деменції. Неврологічна симптоматика у даних пацієнтів представлена переважно підкорковими порушеннями, у виді так званого сенільного тремору та старечих змін ходи (дрібнучої та човгаючої). Необхідно відзначити, що навіть на етапі вихідного стану при сенільній деменції не спостерігалось грубих неврологічних розладів (хапальні та оральні

автоматизми, аміостатичні синдроми або гіперкінези), притаманних кінцевому етапу пресенільної хвороби Альцгеймера.

Під час скринінгу для підтвердження чи спростування чинного діагнозу ми проводили повторний всебічний огляд пацієнта, що включав збір анамнезу життя та хвороби, оцінку когнітивних функцій і психічного стану, оцінку соціальної активності та якості життя обстежуваного, проводили фізикальний огляд, аналіз препаратів, які приймає пацієнт, з метою виявлення та мінімізації використання лікарських засобів, у тому числі безрецептурних, які можуть негативно вплинути на когнітивні функції.

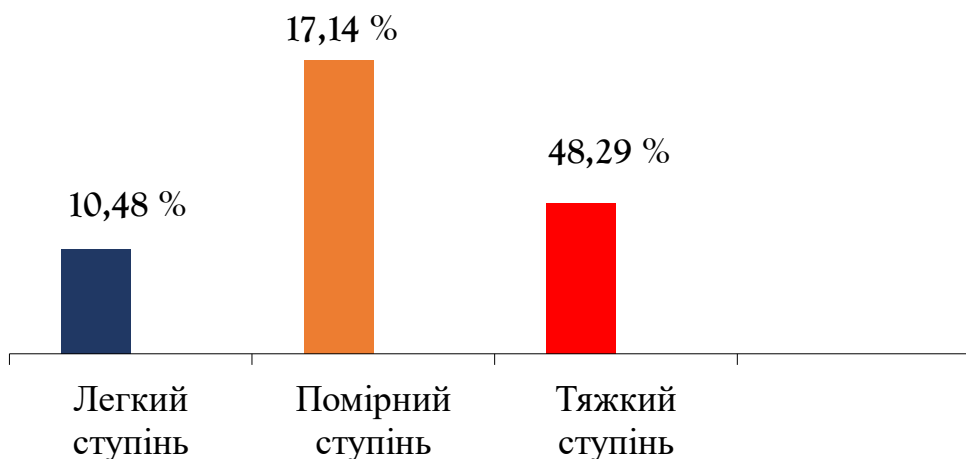
Клінічна оцінка когнітивних здібностей у даних пацієнтів включала: вивчення уваги, орієнтації, короткочасної і довготривалої пам'яті, мислення, гнозису, праксису, читання, письма, лічильних функцій, мови.

У відповідності до дизайну дослідження пацієнтам із деменціями проводили обстеження за допомогою шкали оцінки психічного стану MMSE (Mini-Mental State Examination). Доглядачів опитували за допомогою NPI (Neuropsychiatric Inventory). Застосування даного комплексу методик і клінічної шкали NPI у сукупності з клінічними даними дозволило оцінити тяжкість деменції та її клінічний тип у обстежених пацієнтів.

Mini-mental scale examination (MMSE) [124,81] це коротка структурована шкала оцінки когнітивних функцій, що дозволяла під час дослідження виявити клінічно виражену деменцію (оцінка нижче 16 балів) а також легке зниження когнітивних функцій (від 24 до 16 балів) при максимальному показнику 30 балів. Оцінка вище 28 балів відповідає віковій нормі, а діапазон 25 - 28 балів може свідчити про легке зниження інтелектуально-мнестичних функцій. При аналізі результатів потрібно зважати на освітній рівень пацієнтів і культуральні відмінності.

За результатами Mini-mental scale examination (MMSE) у 104 пацієнтів з деменціями, за якими здійснювався догляд підтверджено наявність когнітивних порушень та діагностовано наступні ступені когнітивного дефіциту Отримані дані згруповані та висвітлено на рис. 2.3. :

- 17,14 % – легкий ступінь когнітивного дефіциту;
- 48,57 %- помірний ступінь когнітивного дефіциту;
- 24,76 % - пацієнтів – тяжкий ступінь деменції.



■ Ступені когнітивного порушення у пацієнтів з деменцією

Рис. 2.3. Ступені вираженості когнітивних порушень за результатами MMSE у пацієнтів з деменцією різного генезу

Шкала NPI є надійним інструментом для оцінки поширеності психопатологічних та поведінкових порушень на етапах розвитку деменції та застосовується у клінічній практиці українських психіатрів. Шкала Neuropsychiatric Inventory (NPI) застосована з метою оцінювання психопатологічних порушень у пацієнтів з хворобою Альцгеймера та іншими нейродегенеративними захворюваннями, шляхом опитування їх доглядачів. Окрім оцінки стану пацієнтів із деменцією, дана шкала також дозволяє оцінити рівень дистресу, який виникає у зв'язку із цим у їхніх доглядачів.

Дана шкала є валідним та надійним інструментом, що підтверджено у нейровізуалізаційних та патологоанатомічних дослідженнях [61] та має адаптовану версію для проведення досліджень в Україні. У NPI включено оцінку 10 поведінкових і двох нейровегетативних типів порушень:

маячення, галюцинацій, ажитації/агресії, депресії/дисфорії, тривоги, ейфорії, апатії, розгальмованості/розбурханості, дратівливості/лабільності настрою, аберантної (неадекватної) рухової поведінки, порушень сну та нічної поведінки, порушень апетиту і харчової поведінки [36,53,61,95,99].

Отримані дані дозволили підтвердити відповідність діагнозу пацієнтів за МКХ-10, верифікувати критерії включення та виключення для пацієнтів у даному науковому дослідженні.

Для визначення психопатології хворих на деменцію і стресового навантаження на їх доглядачів застосовано методику NPI. Отримані результати систематизовано та висвітлено на табл. 2.1.

За оцінкою сімейних доглядачів, найбільш поширеними нейropsихіатричними симптомами у пацієнтів з деменцією були: апатія 50 (86,2%), тривога 29 (50,0%), дратівливість 23 (39,7%). В той час, як ейфорія 7 (12,1%) та галюцинаторні порушення 6 (10,3%) мали найменшу поширеність. Їх середньогруповий показник частоти×тяжкості нейropsихіатричних симптомів у пацієнтів з деменцією становив $21,37 \pm 1,91$.

У хворих на деменцію, за якими виконували функцію догляду професійні доглядачі, найрозповсюдженішими нейropsихіатричними симптомами були: розгальмованість 41 (89,1%), дратівливість 35 (76,1%), маячення 23 (50,0%). Найменш поширеними були: ейфорія 9 (19,6%), порушення апетиту та нічної поведінки 9 (19,6%). Середньогруповий показник частоти×тяжкості нейropsихіатричних симптомів у пацієнтів з деменцією становив $42,37 \pm 2,21$.

Таблиця 2.1.

Психопатологічна характеристика хворих на деменцію і стресове навантаження їх доглядачів

Симптоми	Сімейні доглядачі (n=58), %	Індекс частоти×тяжкості нейропсихіатричних симптомів у пацієнтів з деменцією	Рівень дистресу доглядача	Професійні доглядачі (n=46), %	Індекс частоти×тяжкості нейропсихіатричних симптомів у пацієнтів з деменцією	Рівень дистресу доглядача
Маячення	12 (20,7%)	4,01±0,30	4,25±0,14	23 (50,0%)	7,26±0,23	2,30±0,14
Галюцинації	6 (10,3%)	3,67±0,54	4,00±0,25	9 (19,6%)	6,67±0,64	2,22±0,16
Ажитація	11 (19,0%)	4,45±0,33	3,50±0,35	18 (39,1%)	5,50±0,28	2,39±0,17
Депресія	17 (29,3%)	7,15±0,30	4,88±0,33	13 (28,3%)	7,77±0,21	3,23±0,44
Тривога	29 (50,0%)	8,00±0,21	4,24±0,14	19 (41,3%)	8,11±0,25	3,42±0,20
Ейфорія	7 (12,1%)	2,14±0,44	2,57±0,40	9 (19,6%)	3,36±0,23	0,93±0,13
Апатія	50 (86,2%)	8,34±0,22	2,64±0,29	41 (89,1%)	10,17±0,25	1,02±0,07
Розгальмованість	11 (19,0%)	5,27±0,32	4,45±0,33	25 (54,3%)	7,88±0,21	3,20±0,23
Дратівливість	23 (39,7%)	6,00±0,49	4,00±0,25	35 (76,1%)	8,57±0,25	3,51±0,13
Неадекватна рухова поведінка	10 (17,2%)	2,90±0,33	2,60±0,57	15 (32,6%)	4,00±0,25	1,53±0,38
Порушення сну та нічної поведінки	11 (19,0%)	6,18±0,40	4,18±0,13	23 (50,0%)	6,48±0,30	3,26±0,10
Порушення апетиту та нічної поведінки	12 (20,7%)	3,50±0,35	2,75±0,41	9 (19,6%)	5,33±0,56	1,67±0,47

Середньогруповий показник рівню дистресу доглядача у групі сімейних доглядачів становив $11,56 \pm 2,35$, а для другої групи професійних доглядачів склав $7,59 \pm 1,54$. Отримані дані згруповано та подано у табл. 2.2.

Таблиця 2.2.

Середньогрупові показники коефіцієнтів частоти×тяжкості
нейропсихіатричних симптомів хворого на деменцію та дистресу доглядача

Середньогрупові показники коефіцієнтів частоти×тяжкості нейропсихіатричних симптомів хворого на деменцію та дистресу доглядача	
Сімейні доглядачі (n=58)	
Середньогруповий показник частоти×тяжкості нейропсихіатричних симптомів у пацієнтів з деменцією	Середньогруповий показник рівня дистресу доглядача
21,37±1,91	11,56±2,35*
Професійні доглядачі (n=46)	
Середньогруповий показник частоти×тяжкості нейропсихіатричних симптомів у пацієнтів з деменцією	Середньогруповий показник рівня дистресу доглядача
42,37±2,21	7,59±1,54**

Примітка: * - відмінності показників є достовірними при $p < 0,05$

** - відмінності показників є достовірними при $p < 0,01$

Таким чином, у групі сімейних доглядачів частота та тяжкість нейропсихіатричних симптомів у пацієнтів з деменцією була достовірно нижчою і в той же час сімейні доглядачі переживали вищий рівень дистресу ніж їх професійні колеги.

Професійні доглядачі здійснювали догляд за пацієнтами із більш вираженою частотою та тяжкістю нейропсихіатричних симптомів деменції, що можна пояснити звертанням до послуг професійних доглядачів на пізніх стадіях розвитку деменції. Але на цьому тлі, їх самооцінка дистресу що вони

переживають при виконанні професійних обов'язків, була нижчою ніж у доглядачів, які здійснюють догляд за важкохворим родичем із деменцією.

2.3. Соціально-демографічна характеристика осіб, що доглядають за пацієнтами із деменцією

Відповідно до завдань дослідження із дотриманням принципів етики та деонтології проведено комплексне обстеження доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу – 104 особи.

Виокремлено дві групи: до першої (Гр. I) увійшли родичі першого та другого ступеню спорідненості (доньки/сини, брати/сестри, онуки), до другої (Гр. II) – професійні доглядачі, які надавали послуги на професійному рівні (сестра медична/брат медичний, санітар/санітарка, соціальний працівник). Характеристика доглядача відображена в табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Розподіл по групам доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу

Доглядачі за пацієнтами із деменцією різного генезу			
Родичі пацієнта із деменцією першого та другого ступеню спорідненості		Професійні доглядачі	
Гр. I (n=58)		Гр. II (n=46)	
Донька/син	32 (52,2%)	Сестра медична/ брат медичний	23 (50,0%)
Сестра/брат	14 (24,1%)	Санітар/санітарка	13 (28,3%)
Онучка/онук	12 (20,7%)	Соціальний працівник	10 (21,7%)

Під час обстеження встановлено, що догляд за пацієнтами із деменцією різного генезу здійснювали у даному дослідженні переважно жінки, які мали як родинні зв'язки із пацієнтом, так і надавали послуги на професійному рівні. За

результатами обстеження встановлено, що за гендерними відмінностями переважну кількість доглядачів склали жінки (96,2%).

За допомогою соціально-демографічного методу вивчено розподіл респондентів за місцем проживання, віком, статтю, сімейним станом, рівнем освіти, професійною діяльністю, досвідом догляду за пацієнтами із деменцією різного генезу.

Під час дослідження виявлено, що значної відмінності між міськими та сільськими мешканцями у переважній більшості доглядачів за пацієнтами не виявлено: у місті проживали – 54 (51,9%) осіб, у сільській місцевості – 50 (48,1%) доглядачів. Серед обстежених Гр. I переважна кількість були жителі міста – 34 (58,6%), села – 24 (41,4%) осіб, а в Гр. II – 20 (43,5%) та 26 (56,5%) відповідно. За гендерними ознаками переважали жінки у Гр. I - 56 (96,6%), у Гр. II - 44 (95,7%), чоловіки - 2 (3,4%) та 2 (4,3%) відповідно.

Віковий діапазон обстежених доглядачів коливався у межах від 18 до 60 років включно. Враховуючи розподіл по групам у Гр. I спостерігалися наступні результати: з 18 до 29 років - 18 (31,1%) осіб; з 30 до 39 років - 22 (37,9%); з 40 до 49 років - 10 (17,2%); від 50 до 60 років - 8 (13,8%). У доглядачів Гр. II - 18 - 29 років - 20 (43,5%) осіб; 30 - 39 років - 14 (30,4%); 40 - 49 років - 8 (17,4%); 50 - 60 років - 4 (8,7%), зображено на рис 2.4.

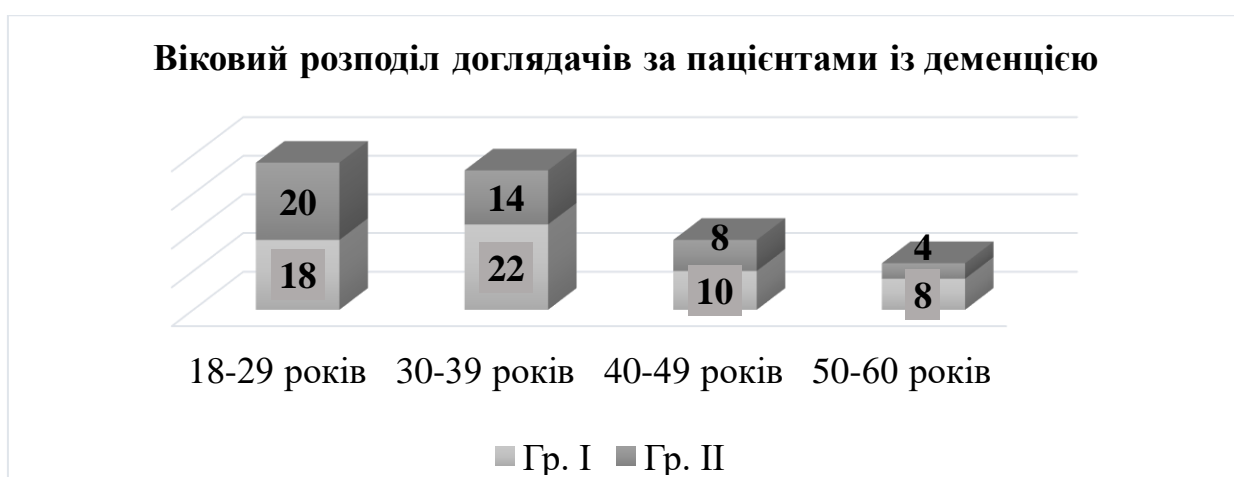


Рис. 2.4. Розподіл вікових характеристик доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу

Сучасні дослідження демонструють, що суттєвий вплив на психологічне та соціальне благополуччя має сімейний стан доглядачів, саме тому ми прагнули ретельно вивчити та оцінити дані показники. За нашими даними під час проведеного дослідження встановлено, що у шлюбних відносинах перебували - 27 (46,6%) осіб, які входили до Гр. I, розлучених - 13 (22,4%), у парі - 11 (19,0%), самотніх - 7 (12,0%). В Гр. II одруженими були - 24 (52,2%) доглядачів за пацієнтами, розлученими - 11 (23,9%), у парі - 8 (17,4%), самотніми - 3 (6,5%). Це відображено на рис. 2.5.



Рис. 2.5. Характеристика сімейного стану доглядачів за пацієнтами з деменцією

Вивчення освітнього цензу обстежених доглядачів показав, що неповну середню освіту мали - 7 (12,1%) осіб Гр. I та 2 (4,3%) Гр. II, середню - 10 (17,2%) і 11 (23,9%), середню спеціальну - 16 (27,6%) та 12 (26,1%) відповідно.

Неповну вищу - 13 (22,4%) доглядачів Гр. I, 8 (17,4%) - Гр. II, вищу - 12 (20,7%) та 13 (28,3%) відповідно.

Під час опитування доглядачів досліджувався рівень зайнятості в професійній діяльності, згідно висновків якого, було констатовано, що серед респондентів Гр. I працюючими були – 27 (46,6%) осіб, працюючими неповний робочий день (від 2 до 4 годин) – 15 (25,9%), пенсіонерами – 10 (17,2%), безробітними – 6 (10,3%). Серед доглядачів Гр. II – працювали – 26

(56,5%), неповний робочий день (від 2 до 4 годин) – 13 (28,3%), пенсіонери – 6 (13,0%) та 1 (2,2%) – безробітній. Результати відображені на рис.2.6.

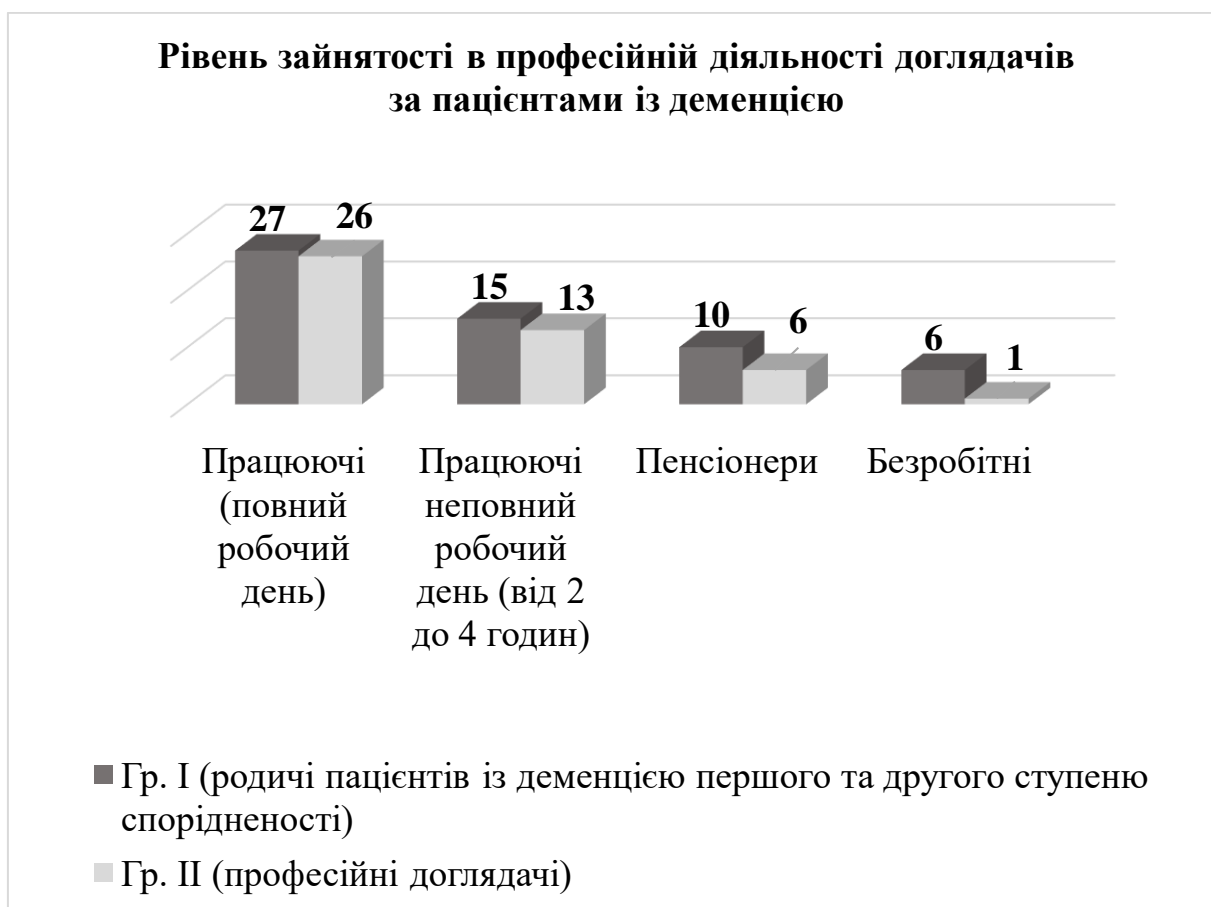


Рис. 2.6. Характеристика рівня зайнятості в професійній діяльності доглядачів за пацієнтами з деменцією

Важливим параметром під час дисертаційного дослідження було встановлення тривалості догляду за пацієнтом із деменцією. Виявлено, що доглядачі Гр. I мали досвід до 2 років - 23 (39,7%) особи, від 3 до 5 років - 18 (31,0%), від 6 до 10 років - 10 (17,2%), від 11 до 15 років - 7 (12,1%). Доглядачі Гр. II до 2 років - 11 (23,9%), від 3 до 5 років - 6 (13,0%), від 6 до 10 років - 12 (26,1%), від 11 до 15 років - 6 (37,0%). Дані зображені на рис. 2.7.

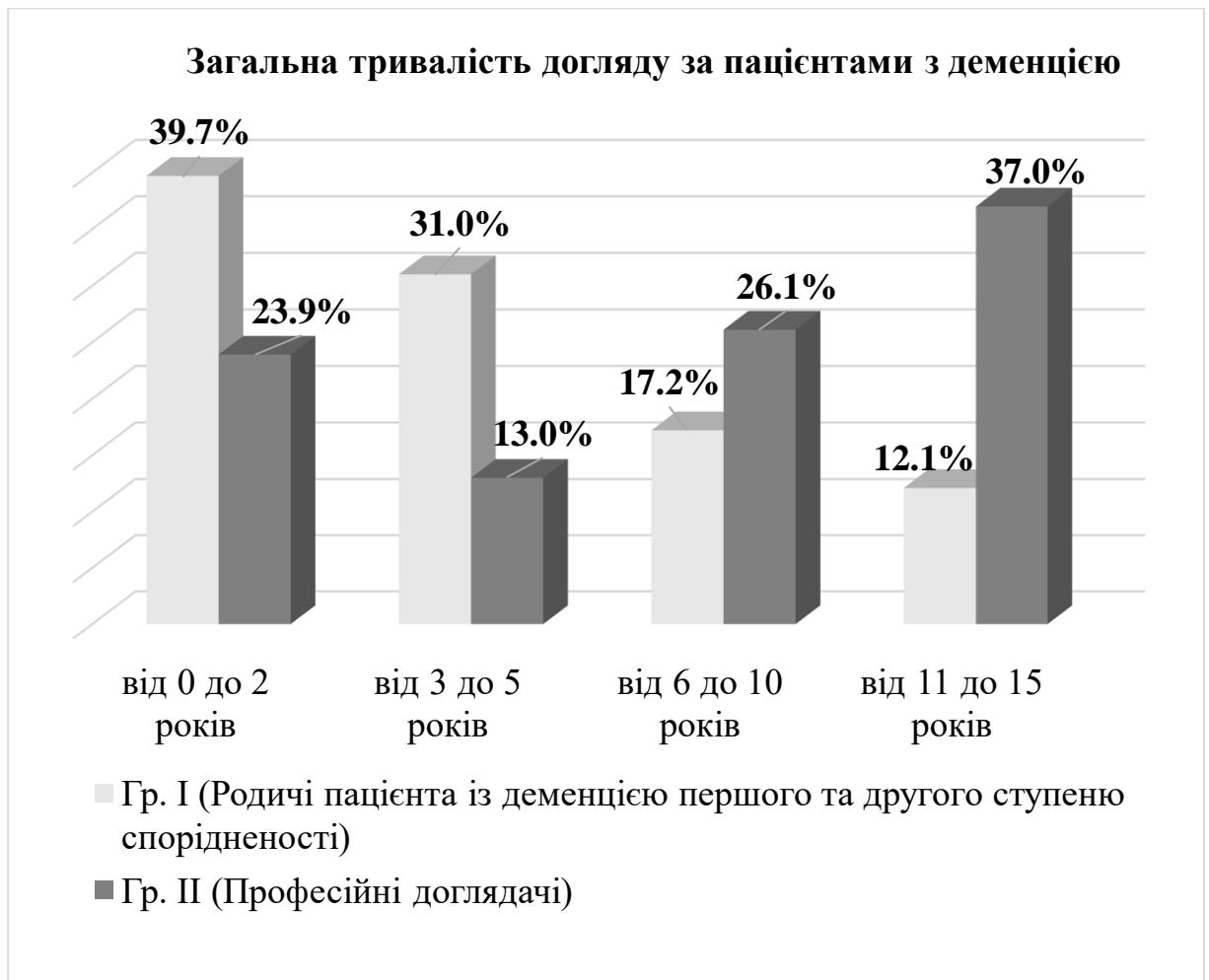


Рис. 2.7. Тривалість зайнятості по догляду за пацієнтами із деменцією

2.4. Методи дослідження

Для досягнення мети і реалізації завдань даного дослідження були використані наступні методи: інформаційно-аналітичний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психометричний, психодіагностичне дослідження та статистичні методи математичної обробки отриманих результатів.

Усі доглядачі за пацієнтами із деменціями різного генезу, які перебували під нашим спостереженням, пройшли всебічне комплексне анамнестичне, соціологічно-демографічне, клініко-психопатологічне, психодіагностичне обстеження. Клініко-психопатологічне обстеження включало вивчення скарг пацієнта, анамнезу життя та хвороби, дослідження соматичного, неврологічного та психічного стану здоров'я. Особливу увагу приділяли

вивченню особливостей догляду за пацієнтом із деменцією (тривалість, інтенсивність, допомога з боку інших членів родини).

Соціально-демографічний метод дослідження полягав у фіксації соціальних та демографічних показників відповідно до дизайну науково-дослідної роботи. Для зручності обстеження та подальшої обробки отриманих матеріалів розроблено та апробовано спеціальну анкету-опитувальник «Опитувальник для осіб, які доглядають пацієнтів із деменцією», до якого вносили паспортні дані, ретельні загальні анамнестичні відомості, що включали: спадковість, біографічні дані, стан пацієнта на момент обстеження: соматичний, неврологічний та психічний.

Із соціальних характеристик вивчали та вносили до опитувальника рівень освіти доглядача, тривалість догляду за пацієнтом із деменцією, склад сім'ї, сімейні стосунки, загальний склад сім'ї, кількість дітей, наявність сторонньої допомоги по догляду за пацієнтом, стаж та тривалість трудової діяльності, соціальні зв'язки, житлово-побутові умови, матеріальні джерела (джерела прибутків). Досить значна увага приділялася питанням вибору професії професійного доглядача, задоволеність нею.

У відповідності до анкети-опитувальника сформовано спеціальну систему бесід, що дозволяла одержати всебічну інформацію про досліджувану особистість, виразність її рис, визначити провідні напрямки проблематики.

Клінічні бесіди проводили особисто з кожним пацієнтом окремо в індивідуальній формі. Під час даного опитування обов'язково висвітлювались питання, необхідні для складання розгорнутої психологічної характеристики обстежених, їх стресостійкості, виявлення проявів вигорання. Додаткову інформацію одержували переважно при розмові з обстежуваним особисто і близьких родичів, членів родини.

Анкета-опитувальник «Опитувальник для осіб, які доглядають пацієнтів із деменцією» побудована таким чином, що до неї вносили інформацію отриману від осіб над якими здійснюють догляд (декілька питань, які спрямовані на наявність вигорання, порушення адаптивних та захисних

механізмів доглядача). У спеціальний розділ анкети-опитувальника вносили дані щодо соматичного стану та показники дослідження неврологічного статусу.

Клініко-психопатологічне обстеження включало вивчення соматичного, неврологічного та психічного статусу з використанням стандартизованого опитування. Проведено аналіз зв'язків між наявністю психосоціальної дезадаптації, психопатологічних проявів у обстежених доглядачів та тривалістю догляду і клінічними проявами деменції пацієнта за яким здійснюється догляд.

Клініко-психопатологічний метод ґрунтувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження пацієнтів і передбачав структуроване інтерв'ю (збирання скарг, анамнезу). Клініко-психопатологічне обстеження передбачало вивчення симптомів, синдромів з їх психопатологічною інтерпретацією та подальшою верифікацією клінічного діагнозу відповідно до критеріїв МКХ-10.

Психометричні методи були покликані встановити причинно-наслідкові зв'язки між виявленими особливостями і симптомами в рамках психічного статусу обстежених пацієнтів. Обрані методики доповнювали клініко-психопатологічне дослідження та застосувалися з метою отримання кількісної оцінки клінічних показників. До їх складу увійшли:

- опитувальник виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R;
- шкала психосоціальної дезадаптації Л.О. Герасименко;
- опитувальник самооцінки критичних життєвих подій Т. Холмса, Р. Рея;
- опитувальник якості життя SF-36;
- шкала реактивної і особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна.
- шкала «Догляд на дому», BSFC;
- шкала «Професійне вигорання» (Maslach Burnout Inventory, MBI);
- шкала загального клінічного враження CGI-S;
- шкала загального клінічного враження про покращення стану CGI-I.

Для вивчення особливостей психопатологічної симптоматики у дослідженні використовували опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R, *Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R*, Леонарда Дерогатиса, адаптований Дембіцьким С., Середою Ю. (2015) [17].

Основне призначення даної шкали полягає у оцінці паттернів психологічних ознак як у осіб із психічною патологією, так і здорових людей. В основу методики покладено 9 провідних симптоматичних розладів, як результат комплексного клінічного, емпіричного та аналітичного дослідження.

Бланк шкали SCL-90-R - містить коротку інструкцію та 90 пунктів, які заповнює сам доглядач. Кожне із 90 питань оцінюється за п'ятибальною шкалою, де 0 відповідає позиція «зовсім немає», а 4 - «дуже сильно». Респонденту потрібно обвести номер тієї відповіді, яка найбільш точно описує ступінь дискомфорту або стривоженості у зв'язку з тією чи іншою проблемою протягом останнього тижня, включаючи поточний день. Згідно інтерпретації опитувальника усі 90 тверджень згруповані у 12 шкал. Перші 9 шкал є базовими, останні 3 - додаткові шкали другого порядку. Результати методики SCL-90-R інтерпретовані на трьох рівнях: загальна вираженість психопатологічної симптоматики, вираженість окремих шкал та вираженість окремих симптомів. Таким чином, індекс є найбільш інформативним показником, що відображає рівень психічного дистресу індивідуума. Індекс відображає широту діапазону симптоматики. Інформація, яку ми отримуємо під час виконання даної методики надає нам найбільш значиму та валідну картину дистресу.

Шкалу загального клінічного враження (Clinical Global Impression Scale - CGI-S, 1976) [1] використовували з метою оцінки тяжкості психічного захворювання пацієнта на момент обстеження. Вона складається із трьох субшкал, які відображають оцінку тяжкості стану пацієнта, загальний його ступінь покращення та субшкали індексу ефективності, що розраховується по балам ступеня терапевтичного ефекту та ступеня вираженості побічної дії

препарату. Враховуючи мету даного дослідження, було застосовано дві субшкали.

Шкала загального клінічного враження про покращення стану (Clinical Global Impression - Improvement scale, CGI-I, 1976) [1] була використана для дослідження динаміки стану пацієнта під час терапії. CGI-I є 7-бальною шкалою, що потребувала від лікаря оцінки стану пацієнта в бік покращення або погіршення у порівнянні з початковим станом.

«Шкала психосоціальної дезадаптації» за Л.О. Герасименко, (2016) [10; 14] застосовувалась з метою діагностики психосоціальної дезадаптації у доглядачів. Дана шкала використовується для діагностики психосоціальної дезадаптації, визначення варіантів психосоціальної дезадаптації залежно від домінуючого ураження певних сфер діяльності, визначення сфер порушення адаптації та встановлення ступеня тяжкості порушення дезадаптації, а також може застосовуватися у наукових дослідженнях для побудови програм терапевтичних і реабілітаційних заходів з огляду на діагностовану структуру і тяжкість порушень адаптивних процесів; при коригуванні програм медико-соціальної допомоги населенню, у цільових програмах соціальної спрямованості на муніципальному і загальнодержавному рівнях.

Шкала заповнюється досліджуванним і складається з шести блоків, які відповідають основним напрямкам психосоціального функціонування: сімейний, виробничий (службовий), економічно-майновий, комунікативний, інформаційний. В їх основу покладено наступні визначення:

Сімейна дезадаптація - стан порушеної адаптації індивіда до навколишнього соціального середовища під впливом факторів сімейних відносин.

Сексуальна дезадаптація – порушення стереотипу сексуальної поведінки в результаті якого виникає незадоволення статевим життям з боку одного або обох партнерів, або ж дисгармонія стосунків між ними.

Виробнича (службова) дезадаптація - це стан порушеної адаптації індивіда до навколишнього соціального середовища під впливом факторів професійної діяльності.

Економічно-майнова дезадаптація – стан порушеної адаптації індивіда до оточуючого соціального середовища під впливом економічних факторів.

Комунікативна дезадаптація – порушення психологічних механізмів пристосування до нових умов міжособистісного спілкування і соціальної ситуації розвитку, що призводить до порушення емоційного реагування на процес спілкування та ізоляваності.

Інформаційна дезадаптація - це стан порушеної адаптації індивіда до навколишнього соціального середовища під впливом інформаційних факторів.

Під змішаною дезадаптацією мається на увазі стан порушеної адаптації індивіда до навколишнього соціального середовища під впливом комплексу факторів.

До кожного блоку входить десять тверджень з визначеної тематики, які пацієнт при ствердній відповіді відмічає одним балом, при негативній – нуль балів.

Таким чином визначається ступінь порушення психосоціальної дезадаптації у кожній з визначених сфер діяльності відповідно до кількості балів:

- 0 – 1 бал – адаптованість;
- 2 – 3 бали – межовий стан, група ризику дезадаптації;
- 4 – 6 балів – легкої тяжкості дезадаптація;
- 7 – 9 балів – середньої тяжкості дезадаптація;
- 10 – 12 балів – тяжка дезадаптація.
- Декілька піків (4 і більше балів) – змішана дезадаптація.

У разі виділення декількох піків встановлюється змішаний тип дезадаптації, тобто стан порушеної адаптації індивіда до навколишнього соціального середовища відбувався під впливом комплексу факторів.

Соціально адаптований індивід - людина, здатна до самосвідомості і рольової поведінки, до самоконтролю і самообслуговування, до адекватних зв'язків з оточуючими у повному обсязі.

Індивід із ризиком соціальної дезадаптації - людина, в неповному обсязі здатна до самосвідомості і рольової поведінки, до самоконтролю і самообслуговування, до адекватних зв'язків з оточуючими.

Соціально дезадапований індивід - індивід, не здатний до самосвідомості і рольової поведінки, до самоконтролю і самообслуговування, до адекватних зв'язків з оточуючими.

У випадку діагностики психосоціальної дезадаптації, переважно мова іде про змішані варіанти відповідних станів, коли відбувається порушення одразу декількох сфер функціонування. Загальна тяжкість змішаної психосоціальної дезадаптації оцінюється наступним чином:

- від 4 до 24 балів – легка загальна тяжкість;
- від 25 до 48 балів – середня тяжкість;
- 49 балів і вище – тяжкий варіант психосоціальної дезадаптації, тотальна дисфункціональність усіх основних сфер діяльності.

Як метод психодіагностики стресу і стресостійкості застосовано опитувальник самооцінки критичних життєвих подій та соціальної адаптації (Social Readjustment Rating Scale (SRRS), Т. Холмса, Р. Рея (*Holmes, Rahe*, 1967) [94].

Стресостійкість - це здатність витримувати певні психофізичні навантаження та переносити стреси без значимої шкоди для організму і психіки. Стресостійкість особистості прямо пов'язана з умінням людини пристосовуватися до життя і гнучко реагувати на зміни життєвих обставин. Знижений адаптаційний потенціал є психологічним чинником, що зумовлює виникнення стресу й загострення кризових переживань. Стрес стає небезпечним, коли супроводжується сильним напруженням, хвилюванням, тривогою, страхом. Тривала стресова ситуація негативно позначається на

стосунках людини зі своїми близькими, провокує втрату працездатності, хронічне безсоння і головний біль, призводить до психосоматичної патології.

Способи реагування на стрес-чинники, як і способи подолання стресового напруження, також дуже різноманітні та багаторівневі. По-справжньому індивідуально значущим стресором стає саме той подразник, з яким особа не може подолати, адаптуватися до умов, що перевищують її особистісні можливості. Чим більше внутрішньо гнучкою є людина, тим легше їй протистояти стресорові, зберігаючи контроль над своїми реакціями, швидше та ефективніше адаптуватися до нових умов. Кількість, інтенсивність і тривалість стресів, нездатність доглядача пацієнтів із деменцією різного генезу та вчасно їх долати впливають на формування психосоціальної дезадаптації, синдрому емоційного вигорання, виникнення психосоматичної патології, погіршують психічний стан загалом.

Американські вчені Д. Холмс і К. Рей з огляду на результати свого експериментального дослідження дійшли висновку, що наслідки стресу для особистості визначаються не лише її індивідуальними особливостями, а й частотою і силою впливу самих стрес-чинників. На підставі свого дослідження вони склали шкалу, в якій кожній життєвій події відповідає певна кількість балів залежно від ступеня її стресогенності (Holmes, Rahe, 1967).

При цьому як стресогенні розглядаються не лише негативні події (наприклад, проблеми у відносинах, зміна стану здоров'я членів сім'ї), а й події, що належать до розряду приємних (видатне особисте досягнення, одруження). Враховуючи, що особи, які здійснюють догляд за пацієнтами із деменцією різного генезу як члени родини, так і на професійних засадах зазнають впливу стресових факторів у коротко- та довгостроковому періоді проведено самооцінювання доглядачами актуального рівня стресу за останній рік.

Бланк тесту містить список 50 подій повсякденного життя за останній рік, які мають різноманітне емоційне забарвлення та значущість і оцінюються в балах за такою градацією: велика опірність стресу (сума балів до 150),

значна (сума балів від 150 до 199), порогова (сума балів від 200 до 299), низька (сума балів більше ніж 300).

Оцінка якості життя доглядачів здійснювалася за допомогою опитувальника SF-36 (The Short Form-36, 1992) [82].

Показники якості життя повною мірою залежать від фізичного та психоемоційного стану особистості, отож доглядачі за пацієнтами із деменцією різного генезу, знаходячись у постійній психоемоційній напрузі та зазнаючи надмірного фізичного навантаження, належать до «групи ризику». Психодіагностичне обстеження включало застосування опитувальника (SF-36, 1992), що дозволяло нам оцінити не лише психічний стан, а і психологічне благополуччя доглядачів, на який мають значний вплив емоційне, фінансове та соціальне благополуччя.

Якість життя - це перш за все, співвідношення становища індивідуума у суспільстві в контексті культури, систем цінностей оточуючого середовища та цілей самого індивідуума, його можливостей і ступеня загальної влаштованості, що має взаємозв'язок з психосоціальною дезадаптацією [23,57,80,126].

Дана методика надала нам можливість з'ясувати провідні точки мішені для психотерапевтичного впливу для осіб, які здійснюють догляд за пацієнтами із деменцією різного генезу.

Оцінка ЯЖ за допомогою опитувальника SF-36 складається із 36 питань (додаток № 1), об'єднаних у 8 шкал та 2 інтегральних показники. Аналізуються шкали: фізичне функціонування (PF), рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP), інтенсивність болю (BP), загальний стан здоров'я (GH), життєва активність (VT), соціальне функціонування (SF), рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RE), психічне здоров'я (MH). Опитувальник заповнюється пацієнтами самостійно.

Фізичне функціонування (Physical Functioning - PF) відображає ступінь, при якій фізичний стан обмежує виконання фізичних 8 навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом по сходах, перенесення ваги і т.п.).

Низькі показники за цією шкалою вказують на те, що фізична активність пацієнта значно обмежується станом його здоров'я.

Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (Role Physical Functioning - RP), відповідає впливу фізичного стану на повсякденну рольову діяльність (роботу, виконання повсякденних обов'язків). Низькі показники за цією шкалою свідчать, що повсякденна діяльність значно обмежена фізичним станом пацієнта.

Інтенсивність болю (Bodily Pain - BP) характеризує вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу по дому і поза домом. Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що біль значно обмежує активність пацієнта.

Загальний стан здоров'я (General Health - GH) допомагає оцінити хворим свій стан здоров'я зараз і перспективи лікування. Чим нижчий бал за цією шкалою, тим нижча оцінка стану здоров'я.

Життєздатність (Vitality - VT) характеризує відчуття пацієнтом повноти сил і енергії або, навпаки, знесилення. Низькі бали вказують на стомленість пацієнта, зниження життєвої активності.

Соціальне функціонування (Social Functioning - SF) визначається ступенем, в якому фізичний або емоційний стани обмежують соціальну активність (спілкування). Низькі бали свідчать про значне обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування у зв'язку з погіршенням фізичного та емоційного стану.

Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (Role Emotional - RE), передбачає оцінку ступеня, в якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи великі витрати часу та зменшення обсягу роботи, зниження її якості тощо). Низькі показники за цією шкалою інтерпретуються як обмеження у виконанні повсякденної роботи, обумовлене погіршенням емоційного стану.

Психічне здоров'я (Mental Health - MH), характеризує настрій, наявність депресії, тривоги та є загальним показником позитивних емоцій. Низькі

показники свідчать про наявність депресивних, тривожних переживань, психічне неблагополуччя.

Підсумок і кодування відповідей проводиться стандартизовано, де показники кожної шкали варіюють між 0 і 100 (100 - повне здоров'я). Перед підрахунком показників 8 шкал проводиться перекодування відповідей (перерахунок необроблених балів опитувальника у бали ЯЖ), потім для отримання значень кожної шкали - підсумок перекодованих відповідей. Розрахунок балів ЯЖ за кожною шкалою проводиться за формулою $[E - \text{Min}] / [\text{Max} - \text{Min}] * 100$, де: E-сумарний рахунок шкали, Min-мінімально-можливе значення, Max-максимально-можливе значення шкали. Для кожної шкали респондента по всіх шкалах розраховується Z-рахунок по відношенню різниці значення кожної шкали з його середнім значенням в популяції до стандартного відхилення. Чим вище значення показника, тим краща оцінка за вибраною шкалою.

Оцінювання за шкалою:

- 0 - 20% - низький показний якості життя;
- 21 – 40 % - знижений показний якості життя;
- 41 – 60 % - середній показний якості життя;
- 61 – 80 % - підвищений показний якості життя;
- 81 – 100 % - високий показний якості життя.

Шкала реактивної і особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна – State-Trait Anxiety Inventory, STAI (1970) [48].

Методику Ч. Спілбергера в адаптації Ю.Л. Ханіна [91] використовували для дослідження ситуаційної та особистісної тривоги доглядачів. Отримані показники відображали з одного боку реакцію доглядача на хворобу близької людини, її переживання за життя та здоров'я родича, а з іншого – характеризували вираженість особистісної предиспозиції до виникнення реакції тривоги на необхідність змінювати свій постійний життєвий уклад, відмову від своїх звичок, стереотипів, а часто і професійної діяльності.

Дана методика застосована у якості надійного, валідного та інформативного інструменту для вимірювання тривожності як властивості особистості загалом та як стану у певний конкретний момент часу (минулому, теперішньому, майбутньому) Під особистісною тривожністю малась на увазі відносно стійка індивідуальна характеристика, риса, що дає уявлення про схильність даного доглядача до тривожності, тобто до схильності сприймати достатньо широке коло ситуацій як загрозливі і реагувати на ці ситуації появою стану тривожності різного рівня [11,15,86].

Як реактивна диспозиція, особистісна тривожність «активізується» при сприйнятті певних «небезпечних» стимулів, пов'язаних із специфічними ситуаціями загрози індивіда.

Високий показник особистісної тривожності дає уяву про високу імовірність появи стану тривожності у суб'єкта у ситуаціях, де мова йде про зміни стану здоров'ї пацієнта із деменцією за яким здійснюється догляд, особливо, коли це стосується родича доглядача. Дана група доглядачів (перша група), як правило, потребує консультативної допомоги психологів, психотерапевтів, психіатрів. Доглядачі із низьким рівнем тривоги, навпаки, не схильні розцінювати загострення хвороби пацієнта, як негативний вплив на виконання їх професійних обов'язків. Імовірність виникнення у них стану тривожності значно нижча, хоч і не виключена у окремих особливо важливих та суб'єктивно значимих ситуаціях.

Реактивна тривожність як стан характеризується суб'єктивним переживанням емоційного напруження, неспокою, стурбованості, знервованості та занепокоєності, що супроводжуються активацією вегетативної нервової системи. Стан тривожності як емоційної реакції на стресову ситуацію може мати різноманітну інтенсивність та є достатньо динамічним та мінливим у часі. Високий показник реактивної тривожності непрямо свідчить про виразне психоемоційне напруження пацієнта. Такий показник чутливо реагує на зміни психоемоційного стану доглядача, що

робить його одним із найбільш зручних для оцінки ефективності в рамках проведення психокорекційної та психотерапевтичної роботи.

Всі вищевикладені методики застосовувались у повному обсязі для доглядачів як першої, так і другої групи. Діагностовані розлади та виявлені особливості психічної діяльності оцінювались на предмет їх зв'язку з непсихотичними психічними порушеннями, розладами особистості, акцентуаціями характеру, початковими стадіями психічних захворювань.

З метою деталізації клініко-психопатологічних особливостей у доглядачів першої групи (з родинним зв'язком) застосовано шкалу «Догляд на дому» (BSFC: Burden Scale for Family Caregivers, 2015) [111], а другої групи (професійних доглядачів) методику «Професійне вигорання» (Maslach Burnout Inventory, MBI) в адаптації Н.Є. Водоп'янової (2009) [154]. Дані методики застосовано для визначення провідних мішеней психокорекційного та психотерапевтичного впливу у відповідних групах.

Шкала «Догляд на дому» (BSFC: Burden Scale for Family Caregivers, 2015) дозволила оцінити тягар емоційного та фізичного здоров'я доглядачів за пацієнтами із деменцією серед доглядачів із родинним зв'язком та була покликана встановити провідні мішені психотерапії та психокорекції [58,72,111].

Члени сім'ї відіграють важливу роль у наданні допомоги по догляду за пацієнтами із деменцією. Вплив стресорів на членів сім'ї, які доглядають за фізично або психічно хворою людиною, називають тягарем для опікуна. Це важливе занепокоєння, яке ставатиме ще більшим у зв'язку із неминучим старінням населення. Медичні сестри громадського здоров'я, соціальні працівники, професійні доглядальниці та медсестри вдома, які надають допомогу пацієнтам із деменціями різного генезу повинні вміти розпізнавати фактори, пов'язані з тягарем осіб, які доглядають, щоб ефективно надавати допомогу своїм пацієнтам і їх сім'ям.

Таким дослідницьким інструментом, є шкала BSFC: Burden Scale for Family Caregivers, 2015. BSFC є перевіреним і доступним інструментом 20-ю

мовами, включаючи українську [111], який дозволив оцінити навантаження на емоційне та фізичне здоров'я доглядачів за пацієнтами із деменцією серед доглядачів із родинним зв'язком. Шкала має підвищену надійність в оцінці загального суб'єктивного тягара, тому отриманий бал свідчить про його наявність та тяжкість. Підвищена внутрішня узгодженість, вказана альфа-індексом Кронбаха 0,92, була підтверджена для шкали в цілому [155,158,171].

Дана анкета-опитувальник робить можливим збирати інформацію щодо навантаження на родичів-доглядачів за однією схемою. Родичу-доглядачу запропоновано надати відповіді на 28 питань, які найбільш відповідає поточній ситуації. Під поточною ситуацією мається на увазі зміна стану хвороби або захворювання родича (чи близької людини). Приведені нижче твердження стосуються переважно різноманітної допомоги, яку надає сімейний доглядач. Мова йде про психосоціальну підтримку, нагляд або догляд за хворим. Тлумачення сумарного показника BSFC залежить від захворювання, яке стало причиною опіки. Тлумачення при слабоумстві (деменції) проводять за таблицею 2.4.

Таблиця 2.4. Тлумачення сумарного показника BSFC при деменції

Сумарний показник BSFC	Навантаження	Ризик психосоматичних скарг	Доля у референтній вибірці (N = 1236)
0 – 35	невелике або низьке	не підвищений ^{a)}	33,8 %
36 – 45	середнє	підвищений ^{b)}	25,3 %
46 – 84	високе або дуже високе	дуже високий ^{c)}	40,9 %

^{a)} при сумарних показниках BSFC від 0 до 35 ступінь загальних соматичних скарг (Гіссенський опитувальник соматичних скарг) (Gießener Beschwerdebogen GBB-24) відповідає очікуваним показникам серед

загального населення, тобто 50% опитаних мають відсотковий ранг (BP) фізичних скарг ≤ 50 та 50% опитаних мають BP > 50

б) при сумарних показниках BSFC від 36 до 45 74% опитаних мають рівень фізичних скарг вище середнього (BP > 50).

в) при сумарних показниках BSFC від 46 до 84, 90% опитаних мають рівень фізичних скарг вище середнього (BP > 50).

Рівень емоційного вигорання у доглядачів за пацієнтами із деменцією оцінювали за допомогою методика «Професійне вигорання» (*Maslach Burnout Inventory, MBI*) в адаптації Н.Є. Водоп'янової (2009) [154]. Дана методика надавала нам змогу діагностувати наявність емоційного вигорання та визначити його у осіб, які здійснюють догляд за пацієнтами із деменцією на професійній основі: медичні сестри чи брати, професійні доглядальниці, соціальні працівники. Пандемія спричинена COVID-19 та її наслідки спричинили відчутне підвищення розладів пов'язаних з депресією, тривожністю та вигоранням [70,102,104,145,154]. Враховуючи отримані дані під час огляду літературних джерел, під час проведення дослідження синдрому вигорання у доглядачів пацієнтів із деменцією різного генезу, у діагностичній бесіді ми звертали увагу на основні його складові та враховували їх при обстеженні пацієнтів:

- *Втрата енергійності та емоційне виснаження.* Клінічним проявом є слабкість, що виникає через надмірну завзятість, цілеспрямованість у роботі протягом тривалого часу та найбільш негативно впливає на здоров'я, стосунки, роботу. Подібні порушення ми розпізнавали за наступними ознаками: втома вже від самої думки про роботу/місце праці; порушення сну через неперервні думки про роботу; відчуття виснаженості, низька продуктивність трудової діяльності.

- *Деперсоналізація* - стан відчуження від себе самого, невисока залученість у своє життя (спостереження за своїм життям начебто збоку),

відчуття відсутності контролю над подіями і ситуаціями, які відбуваються у житті людини на фоні низької здатності до емпатії, турботи та співчуття.

Характерними ознаками були: негативне, цинічне ставлення до колег, негативні почуття до пацієнта; почуття провини; відмежування від соціальних контактів, втеча «у равликову хатку»; поведінка уникання.

- *Зниження відчуття успішності та низька діяльна продуктивність.* Надмірно високе відчуття марності від докладених зусиль, знецінення, а також впевненість у тому, що «нічого не змінюється» і «це нікому не потрібно», «ніхто цього не оцінить». Доглядач, який страждає на вигорання часто відчуває себе безпорадним, спустошеним, його продуктивність значно знижується, а енергія і мотивація вичерпується і нівелюються.

Синдром емоційного вигорання відзначався переважно для осіб, які мали тривалій досвід роботи та працювали у сфері надання послуг по догляду не менш як 10 років, що підтверджує теорію дослідників з даного напрямку. Вигорання – процес, що відбувається досить повільно та досягає значних проявів у період від 10 до 20 років [35,39,45,85]. В даному контексті емоційне вигорання нами трактується, як синдром фізичного й емоційного виснаження, що виникає на фоні стресу, викликаного міжособистісним спілкуванням, а також описується втратою особистістю позитивних почуттів, розуміння і співчуття щодо суб'єктів діяльності та колег по роботі, розвитком низької самооцінки та негативного ставлення до своєї роботи. Доглядачі пацієнтів із деменцією різного генезу другої групи відзначили, що провідними причинами підвищеного стресу і, як наслідок, вигорання працівники під час пандемії COVID-19 були: високий рівень невизначеності пов'язаний із доглядом (масочний режим, відвідування хворого вдома, контакт із іншими пацієнтами тощо), невідповідність персоналу до роботи у змінених умовах, страх за своє життя, рідних та пацієнтів. Таким чином, в результаті таких причин професійні доглядачі пацієнтів із деменцією різного генезу опинилися у стані хронічного стресу, що виснажував фізичні та емоційні ресурси організму.

Відомо, що подібний стрес – це психічні і фізіологічні зміни, яких зазнає тіло, коли ми стикаємося із загрозою. Сформована еволюцією адаптивна реакція, що допомагає нам у ситуаціях високої загрози. Вона покликана мобілізувати наше тіло та психіку заради ефективних дій (виживання). Однак, коли «загрози» є постійними – як от висока відповідальність у проекті, необхідність спілкуватися з неприємними людьми, постійна потреба «тримати форму», високий рівень очікувань, висока завантаженість, сфокусованість на конкретній діяльності у таких випадках доглядачі ставали заручниками хронічного стресу, що призводило до постійної активної реакції на стрес, що тягне за собою виснаження, фізіологічних і поведінкових змін, емоційної занедбаності та вигорання [85,90,107].

До даної шкали належать 22 твердження, які складаються у три вищенаведені шкали. На кожне із тверджень респондент відповідає по шкалі від 1 до 7, де 1 – це «ніколи», а 7 – «щодня». Шкала дозволяє визначити порушення за трьома напрямками «емоційне виснаження», «деперсоналізація», «редукція особистих досягнень». Чим більша сума балів з кожної шкали окремо, тим більше в опитуваного виражені різні сторони вигорання. Про важкість «вигорання» свідчить сума балів усіх шкал.

За даними досліджень за вересень 2020 року від Mental Health America виявлено, що 93% медичних працівників переживають стрес, а 76% повідомляють про 54% виснаження та вигорання. Медичні працівники, які є доглядачами пацієнтів із деменцією різного генезу не є винятком, адже причинами підвищеного стресу і, як наслідок емоційного вигорання є: високий рівень фізичного та емоційного навантаження, постійне емоційне напруження та надання послуг у системі «людина-людина», виконання своїх професійних обов'язків по догляду за хворим на деменцію, раптовість пандемії та невідповідність всієї медичної спільноти до викликів спричинених пандемією COVID-19, зростання рівня тривоги як особистісної, так і реактивної під час виконання своїх професійних обов'язків, перебувають в інтенсивному міжособистісному контакті з пацієнтами і, відповідно, постійно

перебувають в емоційному стресовому середовищі під час того, як надають професійну допомогу по догляду [45,98,163,177,178].

Розлад виснаження був прийнятий як офіційний діагноз у версії 10-го перегляду МКХ, акредитований при діагностиці (код F43.8A). Він характеризується симптомами психічної та фізичної втоми (щонайменше протягом 2 тижнів), спричиненої впливом психосоціальних стресових факторів, які мали вплив протягом щонайменше шести місяців до встановлення діагнозу. На сьогоднішній день, ВООЗ прийняла за основу для внесення даного синдрому до 11-ї редакції Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11). У МКХ-11 вигорання не класифікується як медичний стан, а належить до професійних явищ [173] і описаний розділі: «Фактори, що впливають на стан здоров'я або контакт зі службами системи охорони здоров'я».

Згідно з МКХ-11, вигорання - це синдром, що виникає внаслідок хронічного стресу на робочому місці. Таким чином, за допомогою методики «Професійне вигорання» (Maslach Burnout Inventory, МВІ) в адаптації Н.Є. Водоп'янової ми прагнули дослідити наявність синдрому вигорання та врахувати встановлені мішені у реабілітаційному процесі для доглядачів другої групи. Таким чином було виявлено точки-мішені для застосування того чи іншого виду психокорекції чи психотерапії.

2.5. Статистичні методи дослідження

Для розв'язання поставлених завдань під час виконання дисертаційної роботи застосовано традиційні методи параметричної та непараметричної статистики за допомогою пакета статистичного оброблення інформації Statistica Electronic Futures 6,0 та програмного пакета Excel.

За допомогою методів параметричної статистики перевіряли розподіл кількісних ознак, за нормального розподілу даних використовували основні статистичні характеристики, а саме: середнє значення (М) для визначення

центральної тенденції; стандартну похибку середнього значення (m) для точності оцінки середньої, довірчий інтервал (ДІ) для визначення 95% інтервалу середньої. Необхідний обсяг спостережень для абсолютних величин визначали за формулою: $n=t^2*\sigma^2 / \Delta^2$, де: n – кількість спостережень; t – довірчий коефіцієнт; σ – середнє квадратичне відхилення; Δ – максимальна помилка, яка допускається для даного дослідження.

Для порівняння середніх значень нормально розподіленої ознаки в двох групах використовувався критерій Стьюдента, статистика t котрого обчислювали за формулою:

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{s\sqrt{1/n_1 + 1/n_2}} = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{n_1 + n_2}{n_1 n_2} \cdot \frac{(n_1 - 1)s_1^2 + (n_2 - 1)s_2^2}{n_1 + n_2 - 2}}}$$

де n_1, n_2 – кількість спостережуваних в порівнюваних групах відповідно, \bar{x}_1, \bar{x}_2 – середні значення досліджуваної ознаки, а s_1^2, s_2^2 – незміщені оцінки її дисперсії.

Гіпотези щодо рівності генеральних середніх перевіряли з використанням двостороннього критерію Стьюдента- Фішера (t):

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}$$

Визначення t -критерію дозволило знайти ймовірність того, що середні значення кількісних ознак належать до однієї й тієї ж сукупності. При вірогідності, що становить $p < 0,05$, то отримані вибірки належать до двох різних сукупностей, оскільки їхні середні значення достовірно відрізняються. Навпаки, якщо знайдена ймовірність вища за $0,05$, то ці вибірки належать до однієї сукупності, оскільки немає достовірної різниці між їхніми середніми значеннями.

Порівняння відносних, або виражених у відсотках, величин виконували за допомогою критерію χ^2 (хі-квадрат). Для ідентифікації факторів ризику, що достовірно асоціюються з розвитком певних станів, застосовано простий логістичний регресійний аналіз [162].

Розроблена програма дослідження, обраний методичний інструментарій і обсяги забезпечили розв'язання поставлених завдань, отримання достовірних статистичних результатів, що покладено в основу наукового дисертаційного дослідження.

Висновки до розділу 2.

За результатами остаточної вибірки даної роботи до дослідження залучено 104 пари, що складались із доглядача за пацієнтом з деменцією та особи з деменцією різного генезу.

У результаті накопичення та аналізу емпіричних спостережень було сформовано гіпотезу щодо індукуючого впливу психопатологічної симптоматики асоційованої з деменцією на формування непсихотичних психічних розладів у осіб, які контактують із хворими на деменцію. Дизайн дослідження сформовано виходячи з гіпотези роботи та заплановано 7 послідовних етапів проведення наукового дослідження.

На першому етапі проводили скринінг частоти скарг та звернень доглядачів пацієнтів із деменцією різного генезу до лікарів-психіатрів, діагностовано чи підтверджено непсихотичні психічні розлади згідно критеріїв МКХ-10.

Другий етап дослідження передбачав вивчення історій хвороби пацієнтів із деменцією та проведення комплексного всебічного обстеження їх психічного, неврологічного та соматичного стану. Для визначення психопатології хворих на деменцію і стресового навантаження на їх доглядачів застосовано методику NPI: за оцінкою сімейних доглядачів, середньогруповий показник частоти і тяжкості нейропсихіатричних симптомів за шкалою NPI у пацієнтів з деменцією, якими вони опікувались, становив $21,37 \pm 1,91$. У хворих, за якими виконували догляд професійні доглядачі, він був достовірно вищим і становив $42,37 \pm 2,21$. У той же час середньогруповий показник рівня дистресу, визначений шляхом самооцінки

за методикою NPI, для сімейних доглядачів становив $11,56 \pm 2,35$, а для групи професійних доглядачів складав $7,59 \pm 1,54$.

Третій етап - присвячено формуванню груп дослідження. Доглядачі пацієнтів із деменцією були розподілені на 2 групи: до першої групи належали 58 осіб, близькі родичі пацієнтів, що мали родинні зв'язки, а до другої групи належали 46 осіб, професійні доглядачі, які є кваліфікованими співробітниками по догляду за пацієнтами з деменціями.

На четвертому етапі дослідження заплановано застосування клініко-психопатологічного методу. На п'ятому етапі психометричні методи доповнювали клініко-психопатологічне дослідження, що дозволило визначити наявність чи відсутність психосоціальної дезадаптації, її варіант та оцінку ступеню тяжкості, наявність емоційного вигорання, вплив догляду за пацієнтом з деменцією на якість життя доглядачів, їх психосоціальне функціонування, стресостійкість, рівень тривоги. Шостий етап дослідження – розробка комплексної програми реабілітації. Катамнестичне обстеження доглядачів за пацієнтами із деменцією через 6 місяців відповідало сьомому етапу дослідження та довело ефективність впровадженої програми реабілітації.

Виходячи з вищевикладеного, можна стверджувати, що методологічна база і методичний матеріал, який був використаний у дисертаційному дослідженні, цілком відповідає меті та завданням.

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

1. Орлова О. В. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 117285. Науковий твір «Анкета: «Опитувальник для осіб, які доглядають пацієнтів із деменцією»: літературний письмовий твір наукового характеру; Дата реєстрації 20.03.2023 // Авторське право: офіційний бюлетень. – 2023. – С. – 4.

2. Животовська Л. В. Особливості стресостійкості осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією / Л. В. Животовська, О.В. Орлова, Д.І. Бойко, К.В. Гринь // Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції «Охорона та захист здоров'я людини в умовах сьогодення», м. Київ, 6–7 листопада 2020 р. – Київ: Київський медичний науковий центр. – 2020. – С. 29–32.

3. Орлова О. В. Психічні та поведінкові розлади у пацієнтів із деменцією як передиспозиція для психоемоційних порушень сімейних опікунів / О.В. Орлова, Л.В. Животовська, В.В. Борисенко, О.А. Казаков// Збірник тез наукових робіт Всеукраїнська науково-практична конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я» м. Полтава, 27 травня 2022. - Полтавський державний медичний університет. – С. 28-30.

4. Orlova O. V. Factors influencing the psycho-emotional state of caregivers in patients with dementia during a coronavirus pandemic // O.V. Orlova, L.V. Zhyvotovska, Y.O. Fisun, O.A. Kazakov // Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю "Полтавські дні громадського здоров'я" присвячена 100-річчю заснування ПДМУ, 28 травня, 2021. Wiadomości Lekarskie – P.1531.

РОЗДІЛ 3. КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДОГЛЯДАЧІВ

Клініко-психопатологічний метод використовувався на загальноприйнятих підходах у психіатричному обстеженні із подальшою верифікацією отриманих даних на підставі діагностичних критеріїв МКХ-10 та відповідав *четвертому етапу* дизайну даного дослідження. Діагностовані психічні порушення у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу вивчались на рівні аналізу окремих симптомів, синдромів та на нозологічному рівні.

Під час проведення клініко-психопатологічного обстеження пацієнтів обох груп встановлено, що спостерігалось переважання поширеності клінічних ознак у першій групі доглядачів. Отримані дані систематизовано та наведено у таблиці 3.1. порівняння клініко-психопатологічних проявів.

Таблиця 3.1.

Порівняльна характеристика поширеності клініко-психопатологічних проявів у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу

Клінічні прояви	Сімейні доглядачі (n=58)		Професійні доглядачі (n=46)	
	Абс.	%	Абс.	%
1. Фізична втомлюваність	18	31,0	12	26,1
2. Психічна втомлюваність	19	32,8	21	45,7
3. Зниження працездатності	6	10,3	18	39,1
4. Дратівливість	12	20,7	6	13,0
5. Плаксивість	12	17,2	11	29,3

6. Інсомнія	21	36,2	8	17,4
7. Розлади пам'яті	9	15,5	6	13,0
8. порушення уваги	14	24,1	17	37,0
9. Зниження настрою	14	24,1	9	19,6
10. Знижена самооцінка	4	6,9	3	6,5
11. Загальмованість	9	15,5	2	4,3
12. Емоційна лабільність	7	12,1	15	32,6
13. Тривога	16	27,6	11	29,3
14. Обсесії	12	20,7	1	2,2
15. Метеочутливість	6	10,3	9	19,6
16. Агравация	2	3,4	3	6,5
17. Іпохондричність	10	17,2	4	8,7
18. Парестезії	5	8,6	10	21,7
19. Ідеаторна загальмованість	6	10,3	9	19,6
20. Головні болі	14	24,1	15	32,6
21. Запаморочення	8	13,8	11	23,9
22. Кардіалгії	11	19,0	14	30,4
23. Коливання АТ:	6	10,3	16	34,8
- гіпертензія	4	6,9	9	19,6
- гіпотензія	5	8,6	7	15,2
- лабільність	4	6,9	6	13,0
24. Задуха	7	12,1	11	23,9

25. Нудота, блювання	14	24,1	7	15,2
26. Порушення апетиту	13	22,4	15	32,6
27. Диспепсія	11	19,0	10	21,7
28. Дизурія	0	0	0	0
29. Гіпергідроз	14	24,1	11	23,9
30. Вегето-судинні пароксизми	16	27,6	21	45,7
31. Зниження лібідо	14	24,1	11	23,9
32. Дисменорея	4	6,9	2	4,3

Примітка: *- при порівнянні показників в основній групі та групі порівняння відмінності достовірні при $p < 0,05$.

Клініка психопатологічних розладів у першій групі мала значно меншу клінічну тяжкість виявлених симптомів. Статистично достовірні відмінності при порівнянні першої і другої груп спостерігались стосовно наступних клінічних ознак: інсомнія ($p < 0,005$), обсесії ($p < 0,01$) переважали у сімейних доглядачів у порівнянні із професійними доглядачами.

Клініка психопатологічних розладів у другій групі мала значно меншу поширеність виявлених симптомів. Статистично достовірні відмінності при порівнянні першої і другої груп спостерігались стосовно наступних клінічних ознак: зниження працездатності ($p < 0,001$), емоційна лабільність ($p < 0,005$), коливання артеріального тиску ($p < 0,005$) - переважали серед професійних доглядачів.

За наведеними та систематизованими даними таблиці 3.1. клінічна картина у обстежених нами доглядачів другої групи (професійні доглядачі)

характеризувалась домінуванням астенічної симптоматики з різноманітними проявами соматизації і депресивним забарвленням.

У першій групі провідними скаргами доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу були відчуття горя та скорботи, відчаю та безпорадності, сором за поведінку хворого, дратівливість та напади гніву, почуття провини, самотність, виснажливість, втома, відсутність часу для себе та інших членів родини. За результатами нашого дослідження відчуття горя і скорботи, відчаю та безпорадності — доволі, розповсюджений психологічний стан членів сім'ї, які дізналися про тяжку прогресуючу хворобу свого близького родича чи члена сім'ї. Подібні відчуття відзначалися у пацієнтів, які належали до першої групи та мали відповідно родинні зв'язки із пацієнтом з деменцією різного генезу. Скарги щодо відчуття горя і скорботи, відчаю та безпорадності відзначалися переважно на початковій стадії хвороби у 50 (86,2%) випадків родича.

Частина опитуваних доглядачів - 39 (67,2%) мали думку, що потрібно прийняти це як кару та тягар, змиритися зі своєю важкою долею. Таким чином, доглядачі занурювалися у хворобу родича та перекладали на себе відповідальність за її перебіг та тяжкість.

У першій групі доглядачі за пацієнтами із деменцією різного генезу доволі часто відзначали, що відчувають сором за поведінку родича – 28 (49,3%), його гнів, прояви хворобливого стану, непристойні висловлювання та напади агресії при сторонніх людях, маячні висловлювання (маячення втрати, зубожіння). У таких випадках, за умови розгорнутої клінічної картини у пацієнта та тривалого догляду за ним, сором переслідує родичів пацієнтів, оскільки їм боляче за свою безпорадність перед хворобою.

Час від часу у них з'являються негативні почуття до хворого, сором перед оточуючими за його не адекватні ситуації вчинки, а іноді сором перед хворим на деменцію за своє збентеження. Ніяковіння перед оточуючими через поведінку хворого на початку догляду відчували майже всі доглядачі за пацієнтами із деменцією різного генезу - 54 (93,1%).

Однією з характерних ознак доглядачів першої групи були скарги на відчуття самотності, обумовлені як втратою емоційного контакту із хворим на деменцію родичем, так і по причині обмеження соціальних та професійних контактів. Доглядачі за пацієнтами із деменцією різного генезу догляду через хворобу родича часто вимушені були полишити свою основну роботу, що змінювало їх усталене коло спілкування, робило їх самотніми, «прив'язаними» до пацієнта, яким вони опікуються.

Самотність особливо гостро відчувається соціально активними людьми, які змушені залишити улюблену роботу і громадську діяльність, щоб здійснювати догляд за родичом із деменцією. Організація сімейних зустрічей і дружніх вечірок також є певною проблемою, оскільки пацієнти із деменцією не витримують присутність значної кількості людей.

За результатами аналізу скарг, у 51 (87,9%) доглядачів присутнє відчуття провини перед родичом, яким вони опікуються за те, що вони не здатні максимально ефективно виконувати свої обов'язки, вплинути на перебіг хвороби. Намагаючись подолати відчуття провини вони «жертвовно» відмовляються від особистого життя, роботи, соціальних контактів. Постійне перебування із пацієнтом хворим на деменцію звужує соціальне оточення, змінює уявлення про звичне і нормальне спілкування. У 50 (86,2%) випадків доглядачі, які здійснюють догляд за пацієнтами із деменцією різного генезу перестають підтримувати соціальні контакти та уникають суспільного життя, переважну більшість часу проводячи вдома.

Доглядачам першої групи також притаманні були і скарги на надмірне фізичне 53 (91,4%) та психологічне 55 (94,8%) навантаження, оскільки окрім доволі тяжкої фізичної праці по догляду за пацієнтом із прогресуванням деменції потрібно брати на себе відповідальність за повсякденні та фінансові обов'язки хворого: сплату комунальних рахунків, домашнє господарство, приготування їжі, підтримання особистої гігієни пацієнта.

У разі відсутності сторонньої допомоги чи допомоги інших членів сім'ї подібне зростання кількості обов'язків у доглядача призводить до постійного

стресу та втоми. Результатом хронічної втоми, стресу, порушення графіку режиму праці й відпочинку є виникнення симптомів загального виснаження нервової системи — дратівливості, конфліктності та нападів гніву. Роздратування, сімейні конфлікти та гнів виникали у доглядачів першої групи, які тривалий час самотійно без сторонньої допомоги доглядали пацієнтів із помірним та тяжким перебігом деменції. За даними анамнезу, виникнення даної симптоматики у доглядачів збігалось зі стадією клінічно виражених проявів хвороби (переходу стадії помірної деменції) у хворих на деменцію.

Доволі розповсюдженою скаргою серед доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу *першої групи* було порушення сну 35 (60,3%): часті недосипання через необхідність виконувати процедури по догляду за пацієнтом, пробудження, обумовлені нічною поведінкою хворого, неможливість заснути через думки, що заважають та тривожать. Притаманні також і скарги на порушення емоційної сфери 34 (58,6%): зниження настрою, невмотивована тривога, надмірна тривога за стан пацієнта та правильність виконання процедур по догляду (вірність виконання лікарських призначень, їх точність та вчасність).

Доглядачі *першої групи* висловлювали скарги на головний біль 14 (24,1%), запаморочення 8 (13,8%), епізодичне підвищення 4 (6,9%) та коливання артеріального тиску 6 (10,3%), нудоту, блювання 14 (24,1%), відчуття спазму чи клубка у горлі 5 (8,6%), больові відчуття у спині 5 (8,6%), гіпергідроз 14 (24,1%).

Для доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу, які надавали свої послуги на професійному рівні, та належали до *другої групи*, провідними скаргами були емоційне виснаження 33 (71,7%), втрата бажання продовжувати свою професійну діяльність 22 (47,8%), втома від одноманітної роботи, що не приносить задоволення 15 (32,6%), втрата комунікації з пацієнтами через їх хворобу 13 (28,3%), відчуття знецінення їх праці, професійної діяльності 25 (54,3%).

Доглядачі другої групи повідомляли, що досить важко продовжувати свої професійні обов'язки, якщо при погіршенні стану хворий на деменцію перестає розуміти, в чому сенс діяльності осіб, які його доглядають. Це один із основних факторів, що емоційно впливає на доглядачів – чим менше цінують те, що вони роблять, тим гірше вони почуваються.

Серед скарг, про які повідомляли доглядачі другої групи, часто відзначались згадки про відсутність задоволення від виконання своїх професійних обов'язків 24 (52,2%). Подібні скарги виникали саме у тих доглядачів, які не могли знайти сенс у тому, що вони роблять. Професійні доглядачі, які вбачали сенс у своїй професійній діяльності та одержували від неї моральне задоволення, не страждали від стресу та не висловлювали скарг подібного характеру.

Доглядачі даної групи відзначали, що при перевантаженому графіку роботи (збільшення змін на місяць, додаткова кількість пацієнтів, зростання робочого часу, тяжкість стану пацієнтів) виникали скарги на фізичну втому, психологічне виснаження у переважній більшості випадків 35 (76,1%).

Досвід роботи доглядача також впливав на формування тих чи інших скарг, як психічного, так і соматичного характеру. Особи, які працювали доглядачами не більше 5 років, мали поодинокі епізодичні скарги несистематизованого характеру, що стосувалися переважно періоду адаптації до роботи, умов праці, своїх обов'язків доглядача.

На цьому тлі виникали донозологічні прояви психосоціальної дезадаптації, що, як правило, не діагностуються і як наслідок, професійні доглядачі не отримували адекватної психологічної допомоги. Результатом є те, що через деякий індивідуально обумовлений період (від 2-х до 5 років) розвивалась оформлена психосоціальна дезадаптація.

Професійні доглядачі за пацієнтами із деменцією різного генезу досвід роботи яких складав від 5 до 10 років, висловлювали скарги на роздратування, знецінення вагомості професійної діяльності пацієнтами та їх родичами,

фізичну втому, особливо при наднормовому навантаженні та зростанні робочих годин на місяць.

Синдром емоційного вигорання можна розглядати як маркер проявів несихотичних психічних розладів у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу. Синдром емоційного вигорання розцінюється як стрес-реакція у відповідь на низку зовнішніх і внутрішніх чинників та передумов. Для доглядачів другої групи синдром емоційного вигорання ототожнюється із дистресом у його крайньому прояві, але мить, коли стрес переходить у вигорання, чітко визначити неможливо.

Подібну симптоматику ми відзначали серед професійних доглядачів із професійним стажем роботи по догляду за пацієнтами із деменцією різного генезу понад 10 років. Домінуючим компонентом синдрому є резистентність, особливо на доклінічному рівні.

Таким чином, ми змогли виокремити наступні провідні скарги для професійних доглядачів із тривалістю роботи у даній сфері понад 10 років: почуття виснаження чи втоми, що призводило до порушення сну, проблеми із концентрацією уваги, відчуття негативу та цинізму відносно ситуацій, пов'язаних із роботою, відірваність від колективу, відсутність мотивації, негативне сприйняття реальності, зниження професійної ефективності в результаті чого з'являлося відчуття неспроможності, сумніви у власних здібностях та компетентності.

Окрім скарг психічного характеру, професійні доглядачі, які належали до другої групи з досвідом роботи понад 10 років, мали в анамнезі значну кількість скарг соматичного характеру, у переважної більшості осіб спостерігалася клінічно підтверджена психосоматична патологія у стадії ремісії, вони часто перебували на лікарняних листах з тимчасовою непрацездатності. У таких доглядачів в анамнезі та у стадії ремісії спостерігалися: гіпертонічна хвороба 3 (6,5%), бронхіальна астма 1 (2,2%), цукровий діабет 2 (4,3%), ожиріння 5 (10,9%), псоріаз 1 (2,2%), екзема 1 (2,2%), гіпотиреоз 1 (2,2%).

Клінічна картина психопатологічних розладів доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу в обох групах представлена наступними психопатологічними синдромами: тривожно-депресивним, депресивно-іпохондричним, тривожно-фобічним, депресивним, астено-депресивним, астеничним, тривожно-астеничним, астено-іпохондричним та астено-агрипнічним. Отримані результати систематизовано у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

Провідні психопатологічні синдроми у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу обох груп

Психопатологічні синдроми	Доглядачі із родинним зв'язком (сімейні доглядачі) (Гр. I, n=58) % ± m %	Професійні доглядачі (Гр. II, n=46) % ± m %
Тривожно-депресивний	20,7 ± 3,8*	6,5 ± 2,5
Депресивно-іпохондричний	15,5 ± 4,1*	4,3 ± 1,6
Тривожно-фобічний	13,9 ± 3,6*	2,2 ± 1,1
Депресивний	17,2 ± 2,1*	4,3 ± 1,6
Астено-депресивний	10,3 ± 3,2	23,9 ± 2,5*
Астеничний	6,9 ± 1,6	28,3 ± 3,4*
Тривожно-астеничний	5,2 ± 2,9	17,5 ± 2,1*
Астено-агрипнічний	6,9 ± 1,6	4,3 ± 1,6
Астено-іпохондричний	3,4 ± 1,2	8,7 ± 1,9

Примітка: *- відмінності показників є достовірними в порівнянні відмінності при $p < 0,05$.

При проведенні аналізу отриманих даних, які показано на таблиці 1, встановлено, що у доглядачів I та II груп виявлено певні значимі групові відмінності поширеності та вираженості психопатологічних синдромів. Відмінності психопатологічних синдромів у доглядачів I та II груп зображено на рис. 3.1.

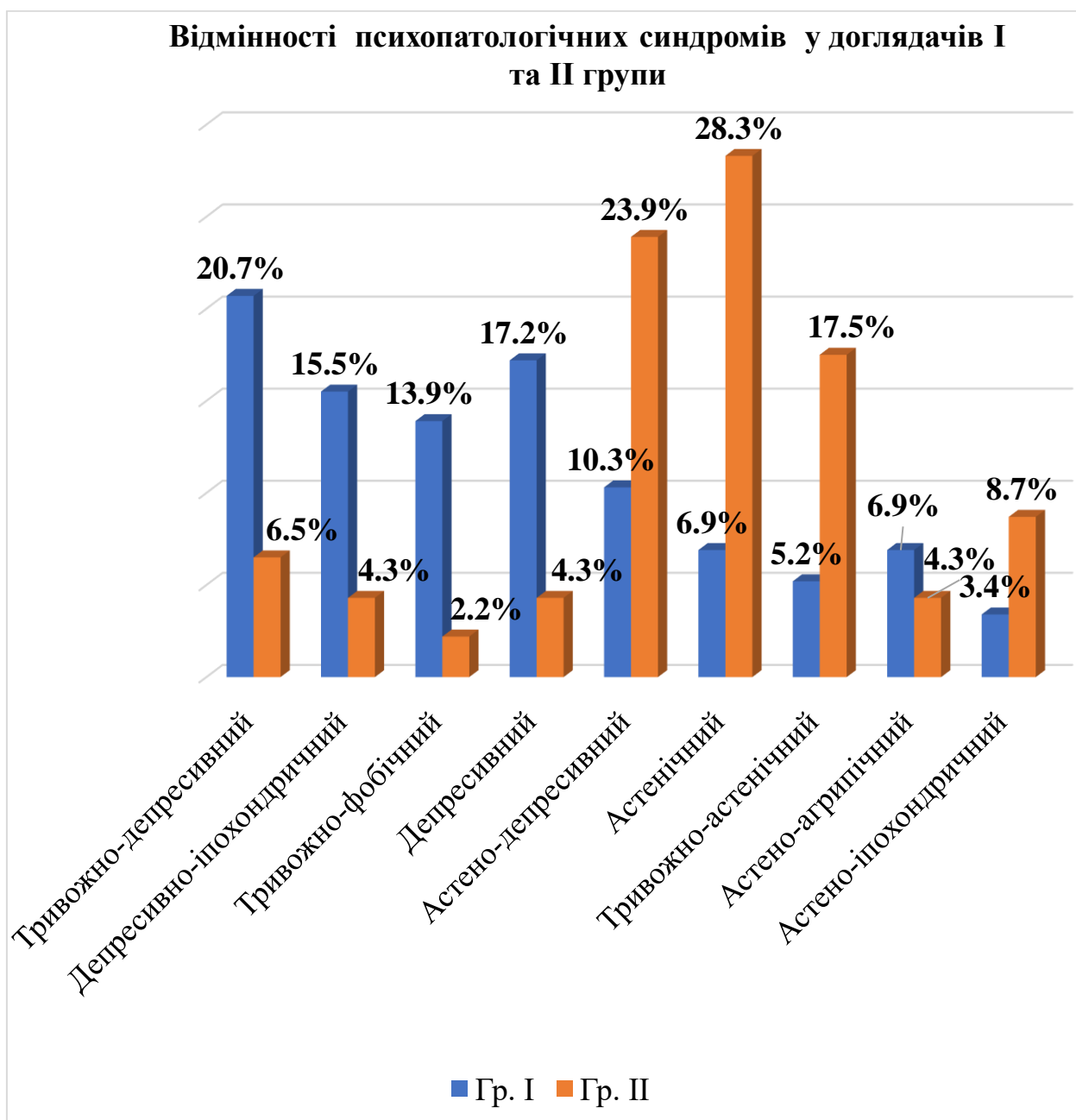


Рис. 3.1. Поширеність психопатологічних синдромів у доглядачів I та II груп

Психопатологічні прояви у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу першої групи.

До симптомів тривожно-депресивного, депресивно-іпохондричного, тривожно-фобічного та депресивного синдромокомплексу доглядачів I групи належали: психічна втомлюваність – 19 (32,8 %); тривога – 16 (27,6 %); зниження настрою – 14 (24,1 %); зниження рівня концентрації уваги у 14 (24,1%); дратівливість – у 12 (20,7 %) обстежених; іпохондричність - 10 (17,2 %); зниження працездатності – у 6 (10,3 %).

При обстеженні доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу першої групи встановлено домінування негативних емоцій тривожно-депресивного спектру: 16 (27,6 %) осіб, страх - 12 (20,7 %), сум – 21 (36,2 %), туга - 11 (19,0 %), досада 14 (24,1 %), незадоволеність - 18 (31,0 %), боязнь - 9 (15,5%), горе - 6 (10,3 %), відчай - 11 (19,0 %), засмучення - 14 (24,1%), жах - 5 (8,6%).

За результатами обстеження доглядачів, які належали до I групи встановлено, що провідними психопатологічними синдромами були: тривожно-депресивний $20,7 \pm 3,8$, депресивно-іпохондричний $15,5 \pm 4,1$, тривожно-фобічний $13,9 \pm 3,6$ та депресивний $17,2 \pm 2,1$ синдром. Встановлені психопатологічні синдроми у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу першої групи (сімейні доглядачі) згруповано та показано на рисунку 3.2.

Серед першої групи доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу найбільш розповсюдженим був тривожно-депресивний синдром. В даній групі - діагностований у 12 (20,7%) осіб. Тривожно-депресивний синдром проявлявся напруженістю, невпевненістю в собі, загостренням тривожно-недовірливих рис, виникненням занепокоєння, підвищенням уваги до негативних сигналів.

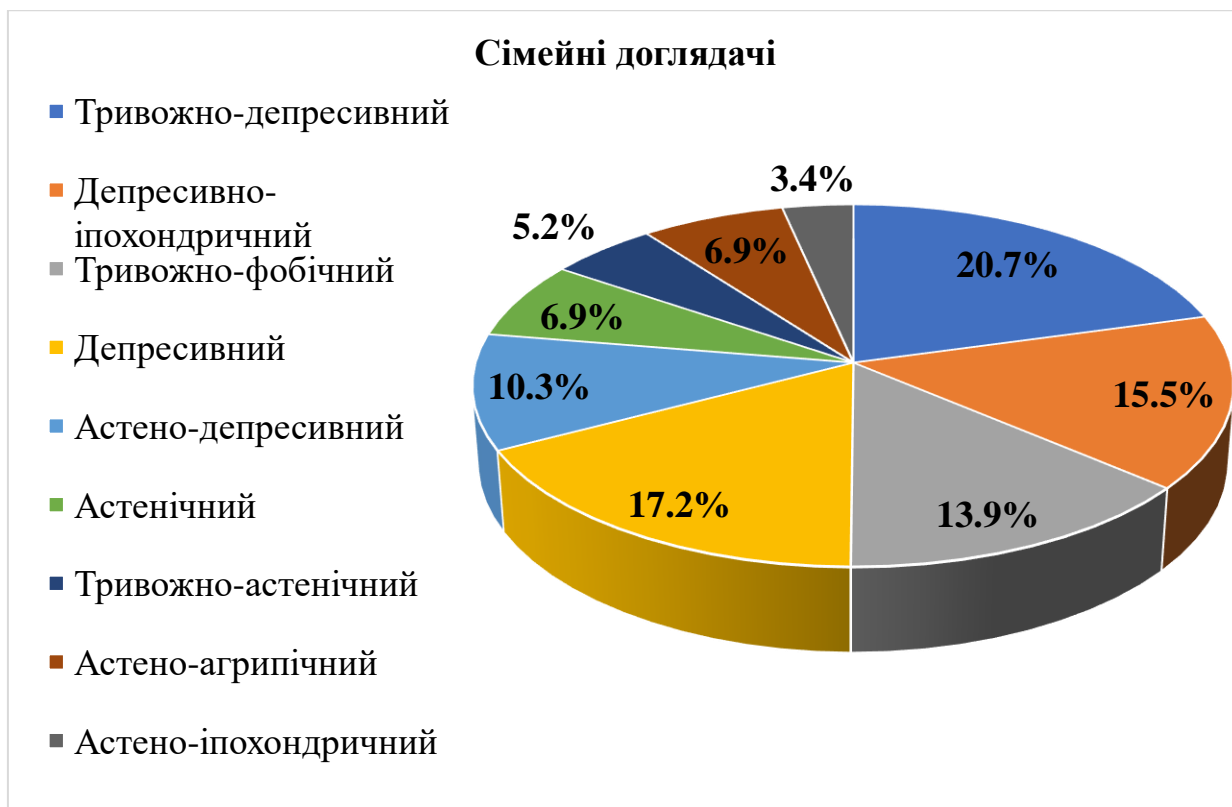


Рис. 3.2. Провідні психопатологічні синдроми у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу першої групи

Провідною характеристикою доглядачів першої групи (з родинним зв'язком) був пригнічений настрій з вираженим тривожним афектом, відчуттям смутку, провини, туги, звуженням кола інтересів та емоційного реагування, втратою відчуття задоволення. Дані переживання проявлялися зниженням самооцінки, невпевненістю, почуттям сорому та провини, фіксацією на недоліках когнітивного та тілесного рівня. Постійна невмотивована та невизначена тривога у вигляді занепокоєння, очікування поганих новин щодо стану здоров'я пацієнта із деменцією, відчуття тривожного передчуття, постійна необґрунтована напруженість впливали не лише психічний стан, а й погіршували соматичне здоров'я доглядача, а також впливали на інші сфери життя (сім'я, робота, соціальна та економічна сфери).

Тривожно-депресивний синдром діагностувався у тих випадках, коли в клінічній картині на перший план виступали тривога та пригнічений настрій.

Характерними були зміна структури добових коливань настрою особливо в ранкові години у поєднанні зі смутком, пригніченістю, апатією. Підвищена тривожність виявлялася у занепокоєнні, важкості зосередження та концентрації, у порушенні засинання та чутливості сну, а також у проявах соматичного характеру (серцебиття, підвищення артеріального тиску, пітливість, озноб, відчуття нестачі повітря, клубка у горлі, задуху).

Доглядачі першої групи також відзначали зниження життєвої енергії, втрату почуття задоволення від життя та відсутність інтересу до звичної повсякденної діяльності, почуття провини та відчуття власної нікчемності та неповноцінності.

Тривога проявлялася стурбованістю за родича з деменцією та поєднувалася з відчуттям власної безпорадності у цій ситуації та бажанням позбавитись її.

Тривожний афект виявляв зв'язок із психогенними та астенізуючими факторами, супроводжувався як астенізацією, так і внутрішньою напругою та збудженням, нездатністю відволіктися.

Когнітивний компонент тривоги виявлявся obsесивними проявами, прагненням знайти нові методи щодо лікування деменції, як невичерпного джерела неприємних переживань.

Також слід зазначити наявність різних сумнівів та страхів у доглядачів під час надання послуг по догляду. На загальному тлі підвищеної тривожності у 9 (17,3%) доглядачів першої групи відзначалися нав'язливі роздуми щодо вірності обраного фармакологічного препарату, його можливих ускладнень, побічної дії, ефективності.

Моторний компонент тривоги включав непосидючість 16 (27,6%), тремор 16 (27,6%), метушливість 13 (22,4%), головний біль напруги 14 (24,1%). Вегетативна симптоматика була представлена тахікардією 16 (27,6%), гіпергідрозом 14 (24,1%), лабільністю артеріального тиску 4 (6,9%), запамороченнями 8 (13,8%).

Депресивний синдром характеризувався наявністю афекту туги різного ступеня, пригніченого стану, переживань з приводу наявного захворювання (деменція у близького родича), уявлень про свою неспроможність та безпорадність перед даною хворобою рідної людини, відсутність перспектив ефективного лікування та його одужання, низькою самооцінкою.

Відсутність підтримки та розуміння інших членів родини поєднувались із негативною оцінкою сьогодення та майбутнього, зниженням можливості отримувати задоволення від життя.

Для 25 (43,1%) пацієнтів були також притаманні порушення ритму сну, зниження лібідо 14 (24,1%), зниження апетиту 13 (22,4%). Слід зазначити, що моторний компонент депресивної тріади у доглядачів першої групи був виражений незначно і виявлявся переважно у втраті нормальної легкості та швидкості виконання повсякденних завдань. Усі доглядачі усвідомлювали та самостійно відзначали безпосередній зв'язок свого поточного стану із стресовою ситуацією внаслідок захворювання на деменцію та необхідного догляду близького родича.

Як правило, тривожно-депресивний синдром був підґрунтям для формування іпохондричних переживань у доглядачів першої групи. Уповільнення та бідність асоціативних процесів, зниження об'єму та рівня емоційного реагування, песимізм, що притаманні депресивним пацієнтам, сприяли фіксації на вузькому колі інтересів, формуванню нав'язливих побоювань, концентрації уявлень коло ідей провини, неспроможності, вини. Тривога підтримувала відчуття небезпеки, неспроможності, сприяла концентрації уваги лише на хворобливих відчуттях як своїх, так і хворого на деменцію родича. Комбінований вплив тривожного і депресивного компонентів призводив до високого рівня іпохондризації доглядача.

Депресивно-іпохондричний синдром проявлявся багаточисленними та різноманітними скаргами доглядачів на соматичний дискомфорт, який вони пов'язували із певними соматичними розладами (за відсутності підтвердження соматичної патології). Стан цих доглядачів визначався іпохондричними

побоюваннями, як правило, іпохондричного характеру. Виявлялася стійка занепокоєність можливості виникнення тяжкої соматичної патології.

Провідними ознаками доглядачів першої групи із тривожно-фобічним синдромом були різноманітні фобічні стани. Стан доглядачів визначався переживанням нав'язливого страху з чіткою фабулою на фоні вираженої, практично постійної тривоги, надмірного напруження з неможливістю релаксації, невмотивованого неспокою, нав'язливих думок та страхів.

Астено-агрипнічний синдром було діагностовано у $6,9 \pm 1,6\%$ доглядачів першої групи, він характеризувався підвищеною втомлюваністю, фізичною слабкістю при відсутності об'єктивних підстав, підвищеною виснажливістю психічних процесів, зниженням загальної продуктивності на фоні порушення сну.

Астено-агрипнічний синдром у сімейних доглядачів проявлявся помітним зниженням психічної активності, підвищеною чутливістю до звичних подразнень (психічна гіперестезія), швидкою втомою, утрудненням протікання розумових процесів, нетриманням афекту при швидко наступаючій втомі (дратівлива слабкість) з вираженими порушення засинання, порушеннями якості та тривалості сну.

Результати обстеження доглядачів другої групи показали, що у клінічній картині психопатологічних розладів у них переважали наступні симптоми астено-депресивного синдромукомплексу: психічна втомлюваність – 21 (45,7 %); зниження працездатності – 18 (39,1 %); дратівливість – 6 (13,0 %); фізична втомлюваність – 12 (26,1 %); метеочутливість 9 (19,6 %); коливання артеріального тиску – 16 (34,8 %); вегето-судинні пароксизми 21 (45,7 %); порушення уваги 17 (37,0 %) обстежених.

При обстеженні доглядачів, які належали до II групи та були професійними доглядачами, встановлено наступні провідні психопатологічні синдроми: астенічний $28,3 \pm 3,4\%$, астено-депресивний $23,9 \pm 2,5\%$, тривожно-астенічний $17,5 \pm 2,1\%$, астено-іпохондричний $8,7 \pm 1,9\%$.

Встановлені психопатологічні синдроми у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу другої групи (професійні доглядачі) згруповано та показано на рис. 3.3.

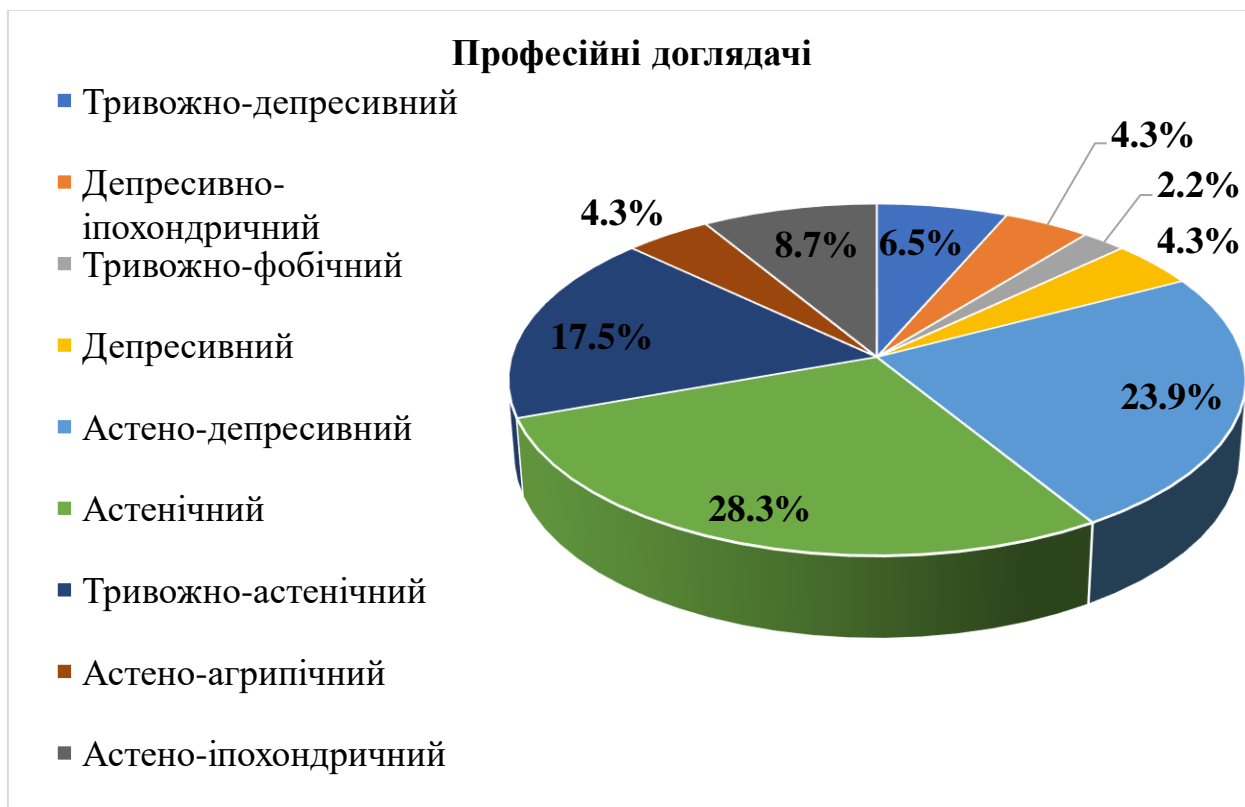


Рис. 3.3. Провідні психопатологічні синдроми у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу другої групи

Детальний клініко-психопатологічний аналіз структури клінічної симптоматики у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу другої групи (професійні доглядачі) показав, що на перший план виступали порушення астенічного характеру.

Астенічний синдром був провідним у структурі психопатологічних порушень доглядачів другої групі та зустрічався у чистому виді $28,3 \pm 3,4\%$ випадків, обростаючи в інших випадках дисомнічними, іпохондричними, депресивними, тривожними та фобічними проявами.

Астенічний синдром розвивався при тривалому емоційному напруженні та включав наступні клінічні прояви: підвищена стомлюваність, млявість, виснаження, дратівливість, підвищена сприйнятливність до раніше

нейтральних подразників, апатії, адинамії на фоні вегетовісцеральних пароксизмів (головний біль, запаморочення, відчуття нестачі повітря, артеріальна гіпотонія чи гіпертензія, втрата апетиту).

При астено-депресивному синдромі у доглядачів другої групи, домінував знижений настрій із негативними переживаннями, пригніченість, швидка стомлюваність, зниження працездатності, уваги, виникнення утруднень при розумових і фізичних навантаженнях, головний біль минушого характеру, біль у серці колючого і ниючого характеру, розлади сну у вигляді ранніх пробуджень, пітливість та інші вегетативні реакції. У осіб даної з даним синдромом відзначалась схильність до депресивного реагування, занепокоєння, які спонукали до активної діяльності, ускладнення взаємовідносин між особистостями.

Тривожно-астенічний синдром характеризувався проявами астенії у поєднанні з тривогою, напруженням, хвилюванням, афектом туги, стійкими соматовегетативними розладами.

При астено-іпохондричному синдромі на тлі астенії виникала переоцінка різних відчуттів, занепокоєння за своє здоров'я, у ряді випадків притаманна фіксація на певному визначеному органі - серці, шлунково-кишковому тракту та ін. Увагу такі доглядачі зосереджували на власних відчуттях, самостійно прагнули знайти джерело своєї хвороби. Таким чином відбувалося поступове наростання симптоматики від елементарних астенічних станів до більш складних та глибоких, неврозоподібних.

Загалом клінічна картина у доглядачів першої групи за пацієнтами із деменцією різного генезу характеризувалась домінуванням тривожно-депресивної симптоматики з різноманітними соматичними проявами. Виявлені закономірності клініко-психопатологічних особливостей у доглядачів першої групи підтверджені при синдромальному аналізі клінічних проявів.

Аналіз отриманих даних свідчить, що у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу першої групи синдромальна структура клінічної картини характеризується переважанням тривожно-депресивного $20,7 \pm 3,8 \%$,

депресивно-іпохондричного $15,5 \pm 4,1\%$, тривожно-фобічного $13,9 \pm 3,6\%$ та депресивного синдромів $17,2 \pm 2,1\%$.

Результати клінічного обстеження підтвердились результатами, отриманими при використанні опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R).

У доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу першої групи спостерігалась психопатологічна симптоматика, що підтримувалась за рахунок соматизації ($71,7\%$; $p < 0,05$), тривожності ($71,7\%$; $p < 0,05$), депресії ($61,7\%$; $p < 0,05$), фобічної тривожності ($31,7\%$; $p < 0,05$), психологічного дистресу ($88,6\%$; $p < 0,05$) та міжособистісної сензитивності ($55,2\%$; $p < 0,01$).

Як наслідок, у групі сімейних доглядачів за допомогою опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R) визначалися відчуття неспокою, нервозності, напруження та тремтіння, неочікуваний та безпричинний страх, прискорене та сильне серцебиття.

За результатами опитувальника також відзначали соматизацію, що відображала дистрес через наявність тілесної дисфункції. Встановлена значна кількість скарг кардіоваскулярної, гастроінтестинальної та респіраторної патології. У доглядачів підтверджено психопатологічну симптоматику у вигляді: втрати сил та загальмованості, плаксивість, відчуття провини та самотності, пригніченого настрою, надмірної занепокоєності з найменшого незначного приводу, відчуття безнадії та потреби значному зусиллі для виконання будь-якої повсякденної діяльності, відчуття своєї непотрібності та нікчемності.

Для доглядачів першої групи були підтверджені прояви міжособистісної сензитивності, що виявлялися відчуттям невдоволення, нерозуміння з боку сторонніх осіб, відсутність співчуття та розуміння через догляд за важкохворою людиною. Притаманні також і негативні очікування в комунікації з іншими людьми (неадекватна ситуації поведінка, вибіркоче спілкування, нескладна поведінка, відсутність реакції на задані питання).

Погіршення комунікативних функцій спостерігались у $86,7 \pm 3,4\%$ доглядачів першої групи.

Згідно даних аналізу опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики, у доглядачів першої групи психопатологічна симптоматика підтримувалась за рахунок тривожності, депресії, фобічної тривожності, соматизації, психологічного дистресу та міжособистісної сензитивності. Погіршення комунікативних функцій (неадекватна ситуації поведінка, вибіркоче спілкування, нескладна поведінка, відсутність реакції на задані питання) спостерігались у $86,7 \pm 3,4\%$.

Виявлені закономірності клініко-психопатологічних особливостей у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу другої групи були також підтверджені при синдромальному аналізі. Аналіз отриманих даних свідчить, що у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу другої групи синдромальна структура клінічної картини характеризується переважанням астенічного $28,3 \pm 3,4\%$, астено-депресивного $23,9 \pm 2,5\%$, тривожно-астенічного $17,5 \pm 2,1\%$ синдромів.

Астено-агрипнічний і астено-іпохондричний синдроми зустрічались у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу другої групи (професійні доглядачі) значно рідше $4,3 \pm 1,6\%$ і $8,7 \pm 1,9\%$ відповідно.

Статистично достовірна відмінність визначена стосовно переважання частоти астенічного синдрому у групі професійних доглядачів.

Результати клінічного обстеження підтвердились результатами, отриманими при використанні опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R). У другій групі доглядачів виявлено наявність ворожості ($71,7\%$; $p < 0,05$), соматизації ($41,7\%$; $p < 0,05$), психологічного дистресу ($48,6\%$; $p < 0,05$) та міжособистісної сензитивності ($32,2\%$; $p < 0,01$).

За результатами опитувальника встановлено, що для доглядачів другої групи були характерні легко виникаючі досада та дратівливість, спалахи гніву,

бажання завдати шкоди своєму підопічному, конфліктність, лайливість, нестриманість.

Дані особи відчували проблеми у спілкуванні із оточуючими через фізичну втому та виснаження, почуття невдоволення іншими, сором'язливість, недружелюбність, почуття незручності та не комфортності. У групі професійних доглядачів було підтверджено соматизовані прояви у вигляді головного болю, болю у серці чи грудній клітці, поясниці, м'язах, нудоти, утрудненого дихання, оніміння чи поколювання у різних частинах тіла, клубка у горлі, відчуття слабкості.

Таким чином, встановлено, що для осіб, які здійснювали догляд за пацієнтами із деменцією в першій групі базовим, «наскрізним» порушенням була тривога, а у другій групі – астения.

Під час клінічного інтерв'ю нами виявлено, що психопатологічні порушення достовірно частіше зустрічалися у I групі, сімейних доглядачів та у переважній більшості призводили до формування розладів непсихотичного психічного реєстру.

Друга група пацієнтів, яка складалася із професійних доглядачів відзначалась меншою поширеністю психопатологічних синдромів, меншою окресленістю нозологічних форм психічних розладів. У групі професійних доглядачів виявлено психопатологічні порушення, що проявлялися явищами психосоціальної дезадаптації професійних доглядачів і синдромом емоційного вигорання.

Висновки до розділу 3

За результатами проведеного дослідження, виявлено, що клінічна структура виявленої поширеності та вираженості психопатологічних синдромів мала відмінності у доглядачів, які належали до першої групи (сімейних) та другої групи (професійних) доглядачів.

У групі сімейних доглядачів найбільшу питому вагу має тривожно-депресивний синдром $20,7 \pm 3,8$ %, другий за поширеністю - депресивний синдром $17,2 \pm 2,1$ %, а третім - депресивно-іпохондричний – $15,5 \pm 4,1$ %.

У групі професійних доглядачів найбільш розповсюдженим був астеничний синдром $28,3 \pm 3,4$ %, астено-депресивний $23,9 \pm 2,5$ % та тривожно-астеничний $17,5 \pm 2,1$ % синдроми.

Таким чином, встановлено, що для осіб, які здійснювали догляд за пацієнтами на основі родинного зв'язку, базовим, «наскрізним» порушенням була тривога, а у професійних доглядачів – астенія.

У сімейних доглядачів достовірно частіше спостерігались непсихотичні психічні розлади. Група професійних доглядачів відзначалась меншою поширеністю симптоматики психічних розладів, вони проявлялись переважно психосоціальною дезадаптацією і синдромом емоційного вигорання.

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

1. Орлова О. В. Афективні порушення у осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією / О.В Орлова, Л.В. Животовська, А.М. Скрипніков, Л.А. Боднар // Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції «Нове у медицині сучасного світу», м. Львів, 27-28 листопада 2020 р. – Львів: ГО «Львівська медична спільнота» . – 2020. – С. 18-22.

2. Orlova O., Zhyvotovska L. The psychological impact of a pandemic covid-19 to people who care for patients with dementia // Збірник тез наукових робіт учасників International Scientific Conference «Innovation in Science: Global Trends and Regional Aspect», Riga, 12-13 March 2021. - Riga, Latvia: «Baltija Publishing». – 2021. – P. 60-64.

3. Орлова О. В. Особливості стресостійкості осіб, що доглядають за пацієнтами із деменцією із урахуванням індивідуального хронотипу : матеріали Всеукр. міждисциплінарної наук.-практ. конф. з міжнар. участю «УМСА – століття інноваційних напрямків та наукових досягнень (до 100-

річчя заснування УМСА)», (м. Полтава, 8 жовтня 2021 р.) / О.В. Орлова, Л.В. Животовська, А.М. Скрипніков, Д.І. Бойко, А.І. Животовська // Проблеми екології та медицини. – 2021. – Т. 25, № 3–4, (дод.). – С. 17–18.

4. Орлова О. В. Аналіз чинників, які впливають на стан психоемоційної сфери осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2021. – Т. 21, вип. 4 (76). – С. 53–56.

5. Орлова О. В. Некогнітивні симптоми пацієнтів з деменцією як основна детермінанта дистресу опікунів // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих учених «Медична наука – 2022», м. Полтава, 2 грудня 2022 р. – Полтава, 2022. – С. 18-19.

РОЗДІЛ 4. ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ТА АДАПТАЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ ДОГЛЯДАЧІВ ЗА ПАЦІЄНТАМИ ІЗ ДЕМЕНЦІЄЮ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ

У відповідності до розробленого дизайну, наступний етап дослідження було присвячено обстеженню доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу, що дозволяло діагностувати наявність чи відсутність психосоціальної дезадаптації, та її особливості; встановити індивідуально-психологічні особливості доглядачів; з'ясувати вплив догляду за пацієнтом з деменцією на якість їх життя; адаптованість та стресогенне навантаження доглядачів під час догляду за пацієнтами. Отримані дані мають бути використані для визначення подальшої психокорекційної та психотерапевтичної роботи.

Для діагностики психосоціальної дезадаптації у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу та визначення її варіанту і особливостей перебігу застосована «Шкала психосоціальної дезадаптації» за Л.О. Герасименко (2016) [10,14].

Методика опитувальник самооцінки критичних життєвих подій (Social Readjustment Rating Scale (SRRS), Т. Холмса, Р. Рея, 1967) була використана для діагностики стресу і стресостійкості [94].

Рівень ситуаційної та особистісної тривожності досліджували за шкалою Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна (1995) [48].

Оцінка якості життя доглядачів здійснювалася за допомогою опитувальника SF-36 (1992) [82].

З огляду на те, що у порівнюваних групах формування психопатологічної симптоматики мало різні механізми, з метою деталізації клініко-психопатологічних особливостей у доглядачів першої групи (з родинним зв'язком) застосовано шкалу «Догляд на дому» (BSFC: Burden Scale for Family Caregivers, 2015), а другої групи (догляд здійснювали професійні доглядачі) методику «Професійне вигорання» (Maslach Burnout Inventory, MBI) в адаптації Н.Є. Водоп'янової (2009). Дані методики допомогли

встановити провідні мішені для психокорекційного та психотерапевтичного впливу у відповідних групах.

4.1 Психосоціальна дезадаптація доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу

У відповідності до завдань дослідження та з метою діагностики психосоціальної дезадаптації, встановлення її варіантів та тяжкості проведено обстеження 104 доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу, як першої, так і другої групи за допомогою «Шкали психосоціальної дезадаптації» за Л.О. Герасименко (2016) [10,11,14].

Шкала містить шість блоків, які відповідають основним напрямкам психосоціального функціонування: сімейний, сексуальний, виробничий (професійний), економічний, інформаційний та комунікативний.

Дані сфери охоплюють основні напрямки психосоціальної адаптації (дезадаптації) і дозволили нам визначити стан психосоціального функціонування у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу за всіма ключовими напрямками.

Отримані дані оброблено та систематизовано, що надало нам можливість виявити наявність психосоціальної дезадаптації, її варіанти у осіб, які здійснюють догляд за пацієнтами із деменцією різного генезу.

На підставі отриманих даних можна стверджувати, що у переважної більшості доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу діагностовано ознаки вираженої психосоціальної дезадаптації.

Порівняльна характеристика варіантів психосоціальної дезадаптації у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу обох груп наведено на рис. 4.1.

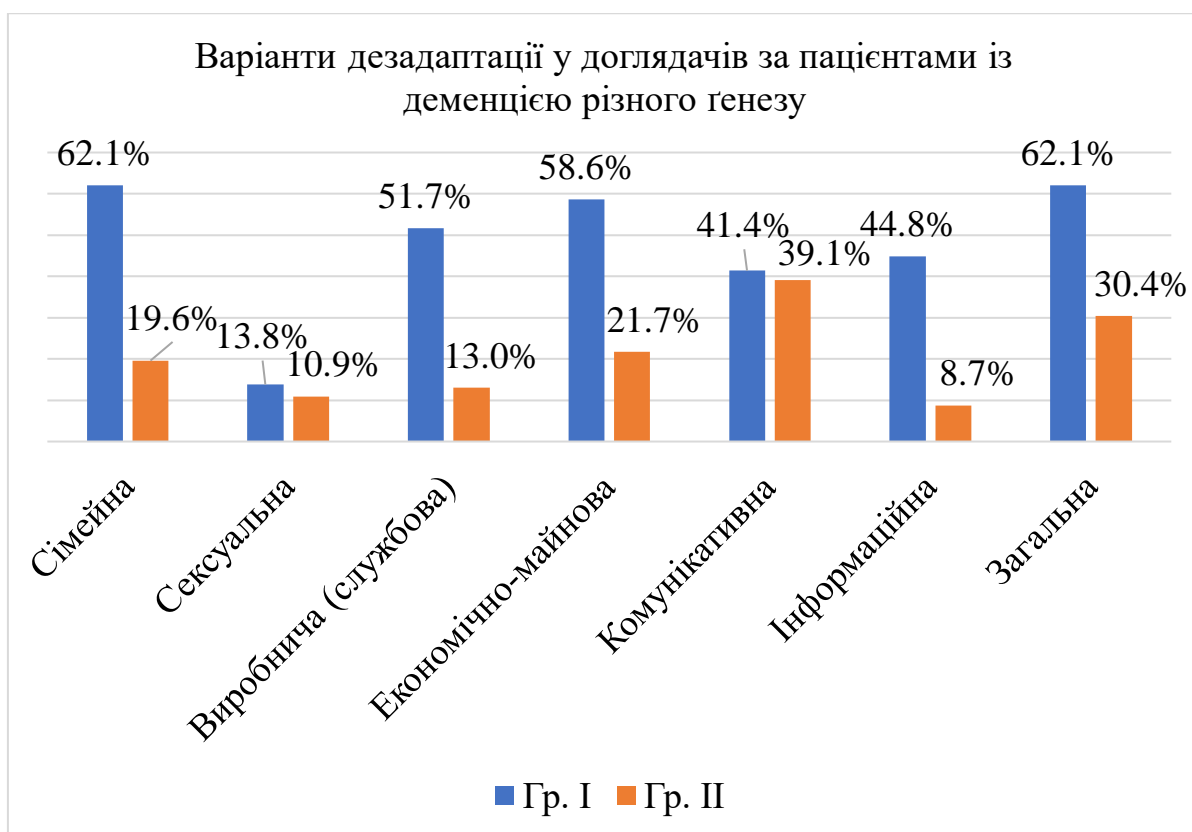


Рис. 4.1. Порівняльна характеристика варіантів психосоціальної дезадаптації у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу

Таблиця 4.1

Варіанти психосоціальної дезадаптації

у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу обох груп

Варіант дезадаптації	Сімейні доглядачі (n=58)		Професійні доглядачі (n=46)	
	Абс.	%	Абс.	%
Сімейна	36	62,1	9	19,6
Сексуальна	8	13,8	5	10,9
Виробнича (службова)	30	51,7	6	13,0
Економічно-майнова	34	58,6	10	21,7
Комунікативна	24	41,4	18	39,1
Інформаційна	26	44,8	4	8,7
Комбіновані варіанти дезадаптації	36	62,1	14	30,4

Вираженість варіантів психосоціальної дезадаптації

Варіант дезадаптації	Сімейні доглядачі (n=58)	Вираженість дезадаптації (M±m)	Ступінь вираженості проявів дезадаптації	Професійні доглядачі (n=46)	Вираженість дезадаптації (M±m)	Ступінь вираженості проявів дезадаптації
Сімейна дезадаптація	36 (62,1%)	8,03±0,12	Середньої тяжкості	9 (19,6 %)	3,17±0,08	Легкої тяжкості
Сексуальна дезадаптація	8 (13,8 %)	8,34±0,14	Середньої тяжкості	5 (10,9 %)	2,63±0,09	Межовий стан, група ризику дезадаптації
Виробнича (службова) дезадаптація	30 (51,7 %)	7,76±0,14	Середньої тяжкості	6 (13,0 %)	3,41±0,10	Легкої тяжкості
Економічно-майнова дезадаптація	34 (58,6 %)	8,16±0,12	Середньої тяжкості	10 (21,7 %)	3,28±0,09	Легкої тяжкості
Комунікативна дезадаптація	24 (41,4 %)	4,98±0,18	Легкої тяжкості	18 (39,1 %)	3,15±0,08	Легкої тяжкості
Інформаційна дезадаптація	26 (44,8 %)	4,98±0,18	Легкої тяжкості	4 (8,7 %)	2,67±0,08	Межовий стан, група ризику дезадаптації
Загальна дезадаптація	36 (62,1 %)	8,36±0,11	Середньої тяжкості	14 (30,4 %)	5,04±0,45	Легкої тяжкості

За результатом проведеного обстеження встановлено, що вираженість варіантів психосоціальної дезадаптації має певні відмінності у першій та другій групах. Отримані дані систематизовано та згруповано у таблиці 4.2.

Середній бал за «Шкалою психосоціальної дезадаптації» за Л.О. Герасименко у першій групі сімейних доглядачів склав $7,19 \pm 1,61$ бали.

У першій групі (Гр. I = 58 осіб), до якої належали доглядачі, які мали родинні зв'язки, психосоціальна дезадаптація була більш поширеною та мала діагностовані середньої тяжкості та тяжкі форми дезадаптації, серед яких домінували сімейна, виробнича та економічна психосоціальна дезадаптація, менш поширеними у даній групі були комунікативний та інформаційний її варіанти. Слід відзначити, що у більшості доглядачів першої групи спостерігалось поєднане ураження декількох компонентів адаптації, а також відзначалася ситуація, коли ураження одного із компонентів за принципом «ефекту доміно» призводило до дисфункції в інших напрямках діяльності. Отримані дані наведено на рис. 4.2.

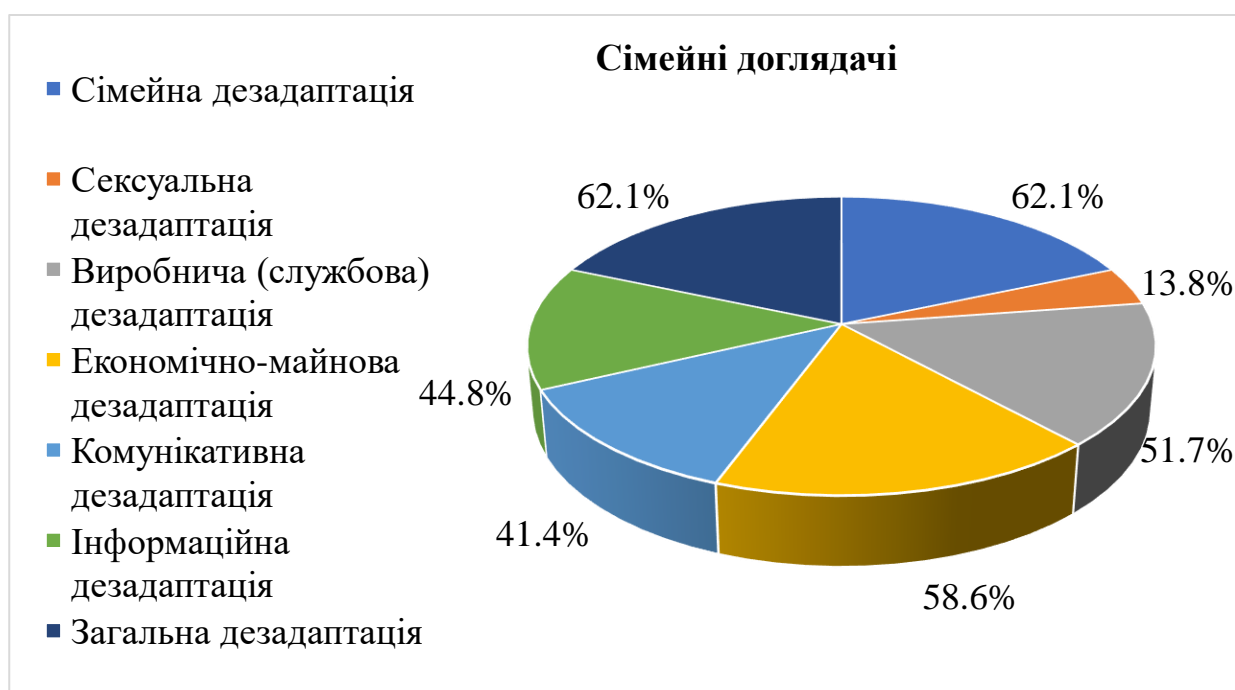


Рис. 4.2. Варіанти психосоціальної дезадаптації у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу першої групи

У другій групі (Гр. II = 46 осіб), до якої належали професійні доглядачі, які були кваліфікованими співробітниками по догляду за пацієнтами з деменціями різного генезу та працювали у даній сфері (медичні сестри, молодші медичні сестри, соціальні працівники) психосоціальна дезадаптація мала значно менш виразний характер та проявлялася переважно комунікативним варіантом, меншою мірою поодинокі прояви відзначалися у сексуальному, інформаційному, економічному та сімейному варіантах. Отримані дані наведено на рис. 4.3.

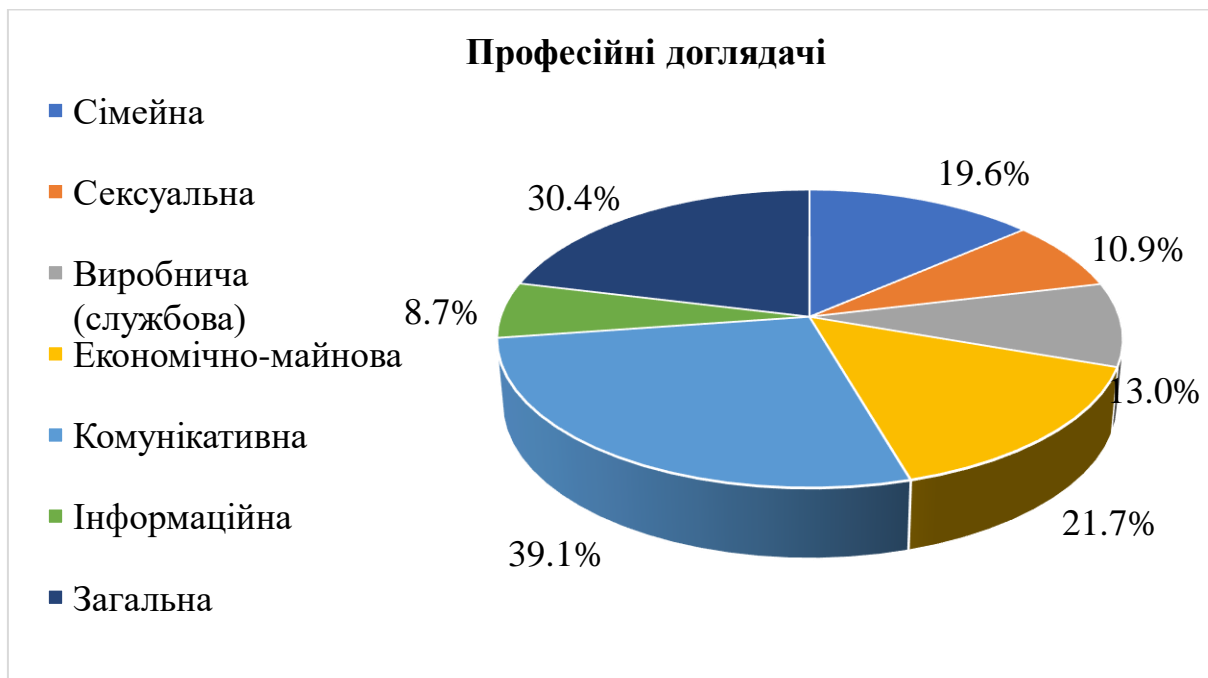


Рис. 4.3. Варіанти психосоціальної дезадаптації у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу другої групи

У доглядачів першої групи схематично процес дезадаптації розгортався за принципом «замкненого кола», де пусковим механізмом, виступала різка зміна умов життя, наявність стійкої психотравмуючої ситуації у вигляді хвороби близької людини, що призводило до зриву адаптивних механізмів. Порушення адаптації призводило до виникнення конфліктних ситуацій та ускладнювало їх вирішення, а також провокувало формування психогенної

патології, а психогенії, у свою чергу, поглиблювали дезадаптацію доглядачів [9,13,22].

Дезадаптація виникала при наявності одного або декількох стресорів, що впливали на доглядача періодично або постійно, визначалися як поодинокі так і множинні.

Ми проаналізували найбільш поширені фактори формування дезадаптації у обстежених доглядачів. До таких стресових факторів можна віднести: хворобу рідної людини, спільне проживання з хворим на деменцію, відсутність підтримки з боку інших членів родини, втрату соціальних зв'язків, погіршення економічної ситуації у родині, відсутність порозуміння з дружиною чи чоловіком через необхідний догляд, втрату роботи та можливості реалізовувати себе як особистість.

Вагомими факторами у розвитку психосоціальної дезадаптації доглядачів першої групи були: низька доступність психологічної та психіатричної допомоги, її не відповідність реальним потребам, неможливість організації життя з урахуванням індивідуальних особливостей психіки та матеріальних умов.

Додатковими стресорами, що порушують психічну адаптацію, у доглядачів першої групи були: перевтома, напруга, конфлікти і невдачі, нещасні випадки.

Проте, тяжкість стресу не завжди обумовлювала тяжкість дезадаптації. У кожному конкретному випадку патогенність тих чи інших факторів визначалася не тільки об'єктивним характером психотравматизації, але і суб'єктивним ставленням до неї доглядача, тому процес дезадаптації значною мірою залежав від особистісних рис індивіда. Визначальне значення мають саме ті з них, котрі дозволяють виробити адекватні новій реальності форми адаптивної поведінки. Таким чином, суб'єктивна значимість проблеми, недоступної для вирішення, може знижуватись, і це допомагає нівелювати стрес.

У випадку раптового і тривалого напруження функціональної активності бар'єру адаптації, це призводило до його перевантаження, що проявлялося станом дезадаптації. За умов, якщо тиск на механізми психічної адаптації посилювався, а резервні можливості були вичерпаними виникало формування психопатологічних синдромів, що ставало наслідком декомпенсації, «надриву бар'єру».

За допомогою «Шкали психосоціальної дезадаптації» за Л.О. Герасименко отримано дані про домінування у першій групі доглядачів сімейного варіанту психосоціальної дезадаптації. Наступними за поширеністю були економічно-майновий та виробничий (службовий) варіант дезадаптації.

Найбільш вразливою сферою психосоціальних стосунків для доглядачів даної групи були сімейні відносини. Питома вага тяжких проявів, пов'язаних із соматичними реакціями: тремтіння, пітливість, серцебиття, головні болі, запаморочення, підвищення артеріального тиску, порушення сну, апетиту припадала на випадки сімейної психосоціальної дезадаптації, що виникала у відповідь на необхідність догляду за важкохворим родичем із деменцією.

Сімейна форма дезадаптації розвивалась у результаті невідповідності між очікуваннями та реальною ситуацією у сфері сімейних стосунків, неможливості залишатись у поточному стані стосунків та нездатності знайти ефективні шляхи вирішення конфліктної ситуації.

Основною причиною її розвитку у доглядачів першої групи визначено відсутність підтримки з боку інших членів родини у питаннях по догляду, міжособистісні конфлікти, найбільш частою причиною яких була відсутність взаємного почуття любові та поваги у сімейній парі (переважно втрачених по причині хвороби), наявність у одного із подружжя рис характеру, що викликають несприйняття у іншого, неспівпадіння морально-етичних і естетичних установок, рольової поведінки.

Деструктивні тенденції вирішення подібних конфліктів сприяли розвитку психосоціальної дезадаптації у сімейному варіанті. Це відбувалось на тлі

властивого більшості доглядачів першої групи високого рівня особистісної тривожності, інтровертованості, що призводило до фрустрації актуальних потреб у здоров'ї, любові, щасливому сімейному житті, що займали центральне місце у їхній системі цінностей. Ураження сімейного компоненту соціальних стосунків було актуальним переважно для тих доглядачів, які, більшість часу присвячували сімейному спілкуванню і сімейну гармонію вважали для себе пріоритетною метою в суб'єктивній системі цінностей.

Значно рідше спостерігалась інша ситуація, коли в ситуації «знесилення» сімейні доглядачі робили акцент на збереженні функціональності в інших, пріоритетних для себе сферах, натомість, переважно свідомо «капітулюючи» перед вирішенням сімейних проблем, таким чином перетворюючи сімейну адаптацію на «добровільну жертву».

Важливу роль для перебігу таких процесів відігравало власне сімейне оточення доглядачів. Низька культура сімейних стосунків, відсутність емпатії і толерантності сприяли формуванню додаткових факторів дисгармонізації спілкування у рамках сім'ї, формуванню у хворих відчуття провини, самотності, безвиході, підштовхуючи ситуацію до розпаду сім'ї. І навпаки, наявність синтонної особистості у якості партнера, довірливий характер стосунків і взаємопідтримка формували додаткові механізми сімейної адаптації.

Афективна лабільність, дратівливість, депресивна симптоматика і сомато-вегетативні прояви послаблювали функціональні можливості доглядачів, робили їх більш вразливими, невпевненими у собі, виснажуваними, схильними до пошуку причин невдач у собі та власних діях. Їм були властиві нав'язливі стереотипні думки про власні невдачі сімейного життя, необхідність «щось змінювати», пошуки перспектив і т.п., що супроводжувалось негативними емоційними переживаннями і подальшим погіршенням адаптивності.

Сприяв формуванню дезадаптації і деструктивний підхід до вирішення конфліктних ситуацій, пов'язаних із сімейними стосунками. Однаково деструктивно проявили себе стратегії як уникання, так і конфронтації, при вирішенні сімейних конфліктів.

За допомогою «Шкали психосоціальної дезадаптації» за Л.О. Герасименко отримано дані про домінування у другій групі комунікативного варіанту психосоціальної дезадаптації. Професійні доглядачі стикались із ситуацією, коли виникала, так звана, «професійна ізоляція», позбавлення спілкування з бажаними соціальними об'єктами, тобто переважно більшість свого часу доглядачі повинні були спілкуватися з хворими на деменцію людьми.

Внаслідок невідповідності загальним правилам спілкування і поведінки, контактування з хворою на деменцію людиною збільшувало психологічний дискомфорт доглядача, що підтверджено результатами нашого дослідження, адже професійні доглядачі мали порушення саме у комунікативній сфері 18 (39,1 %).

Для професійних доглядачів саме відсутність розуміння та очікуваної реакції (підтримуючої комунікації) провокувало подальший розвиток субклінічних та клінічно значимих розладів та сприяло формуванню психопатологічних синдромів і перетворенню їх на повноцінну хворобу. Ми також проаналізували найбільш поширені фактори формування комунікативного варіанту дезадаптації у обстежених доглядачів другої групи до якого належали проблеми у міжособистісному спілкуванні, що призводили до порушення емоційного реагування на процес спілкування та ізолюваності.

Тяжкість психосоціальної дезадаптації другої групи була у порівнянні з першою мінімальною та найбільш проявлялася комунікативним варіантом психосоціальної дезадаптації у 18 (39,1%).

Середній бал за «Шкалою психосоціальної дезадаптації» за Л.О. Герасименко у другій групі професійних доглядачів склав $3,33 \pm 0,80$ бали.

Таким чином, дані проведеного обстеження підтверджують, що для пацієнтів першої групи, які мали родинні зв'язки із пацієнтом за яким здійснювався догляд наявність психосоціальної дезадаптації носила більш виражений характер та була представлена переважно сімейним варіантом у 36 (62,1 %) випадків, виробничим 30 (51,7%) та економічним 34 (58,67%) варіантами. Професійні доглядачі виявляли при обстеженні також ознаки психосоціальної дезадаптації, але діагностовано переважно комунікативний її варіант 18 (39,1%), сексуальний, інформаційний, економічно-майновий та сімейний варіанти мали значно нижчі показники вираженості.

Отримані дані надають нам підстави формувати різновекторну програму психоедукації, психотерапевтичних та реабілітаційних заходів для доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу, які є як родичами пацієнтів, так і надають професійні послуги по догляду.

4.2. Стресогенне навантаження доглядачів пацієнтів із деменцією

У відповідності до гіпотези дослідження, нами зроблено припущення, що на виникнення, темпи формування, вираженість та структуру психосоціальної дезадаптації може впливати стресостійкість — здатність витримувати певні психофізичні навантаження і переносити стреси без шкоди для організму і психіки. Виходячи зі сказаного, ми провели дослідження ролі стресогенних факторів у виникненні психосоціальної дезадаптації.

За допомогою шкали (Social Readjustment Rating Scale (SRRS), Т. Холмс, Р. Рей, 1967) виокремлено фактори, які чинили найбільше стресове навантаження на доглядачів як першої, так і другої групи.

У першій групі доглядачів методом самооцінки встановлено провідні фактори стресового навантаження за останній рік: зміна звичного режиму сну, недосипання – у 31 (53,4%) осіб, звільнення з роботи - у 9 (15,5%), вихід на пенсію – у 10 (17,2%), посилення конфліктності сімейних стосунків – у 21 (36,2%), зміна профорієнтації, місця роботи – у 8 (13,8%), відмова від

індивідуальних звичок, стереотипів – у 19 (32,8%), зміна умов та графіка праці – у 11 (19,0%), проблеми у стосунках із родичами дружини (чоловіка) – у 27 (46,6%), сексуальні проблеми – у 21 (36,2%), розлучення – у 3 (5,2 %), розрив з партнером (без офіційного розлучення) – у 10 (17,2%), травма або хвороба – у 21 (36,2%), зміна фінансового стану – у 16 (27,6%), значні зміни побутових умов – у 18 (31,0%), зміна звичного стереотипу проведення дозвілля – у 17 (29,3), зміни соціальної активності – у 19 (32,8%), зміна звичної кількості членів сім'ї, які мешкають разом – у 16 (27,6%).

У другій групі серед доглядачів, які забезпечували професійний догляд за пацієнтом із деменцією, фактори стресу представлені наступним чином: проблеми з начальством, конфлікти – у 9 (19,6%) осіб, зміна умов або графіку праці – у 14 (30,4%), реорганізація на роботі - 12 (26,1%), зміни стану здоров'я членів сім'ї – у 14 (30,4%), зміни фінансового стану – у 12 (26,1%), зміна посади, підвищення службової відповідальності – у 10 (21,7%), посилення конфліктності сімейних стосунків – у 12 (26,1%).

З'ясовано відмінності стресових факторів та рівня стресового навантаження у першій та другій групі доглядачів пацієнтів із деменцією різного генезу та встановлено провідні причини, що частіше за інші відмічалися доглядачами як дезадаптивні та негативно впливали на їх адаптацію. Під час інтерпретації результатів також враховували дані клініко-анамнестичного обстеження доглядачів обох груп.

Таблиця 4.3.

Життєві події, що визначали стресове навантаження протягом
останнього року

Життєві події	Гр. I (n=58)	Гр. II (n=46)
Смерть дружини (чоловіка)	1 (1,7%)	1 (2,2%)
Розлучення	3 (5,2 %)	0
Розрив з партнером (без офіційного розлучення)	10 (17,2%)	1 (2,2%)
Тюремне ув'язнення	0	0
Смерть члена сім'ї	5 (8,6%)	1 (2,2%)
Травма чи хвороба	21 (36,2%)	5 (10,9%)
Одруження	1 (1,7%)	3 (6,5%)
Звільнення з роботи	9 (15,5%)	0
Замиріння подружжя	6 (10,3%)	2 (4,3%)
Вихід на пенсію	10 (17,2%)	4 (8,7%)
Зміни стану здоров'я членів сім'ї	11 (19,0%)	14 (30,4%)
Вагітність партнерки	2 (3,4%)	4 (8,7%)
Сексуальні проблеми	21 (36,2%)	6 (13,0%)
Поява нового члена сім'ї, народження дитини	2 (3,4%)	8 (17,4%)
Реорганізація на роботі	8 (13,8%)	12 (26,1%)
Зміни фінансового стану	16 (27,6%)	12 (26,1%)
Смерть близького друга	1 (1,7%)	2 (4,3%)
Зміна профорієнтації, місця роботи	8 (13,8%)	2 (4,3%)
Посилення конфліктності сімейних стосунків	21 (36,2%)	12 (26,1%).
Отримання чи видача значної позики	6 (10,3%)	0
Закінчення терміну виплат отриманої чи виданої позики	2 (3,4%)	4 (8,7%)
Зміна посади, підвищення службової відповідальності	3 (5,2%)	10 (21,7%)
Початок окремого проживання дітей	8 (13,8%)	1 (2,2%)
Проблеми у відносинах із родичами дружини (чоловіка)	27 (46,6%)	9 (19,6%)
Видатний особистий успіх	3 (5,2%)	7 (15,2%)
Дружина (чоловік) звільняється з роботи чи влаштовується на нову	11 (19,0%)	2 (4,3%)
Початок чи закінчення навчання	1 (1,7%)	3 (6,5%)

Значні зміни побутових умов	18 (31,0%)	2 (4,3%)
Відмова від індивідуальних звичок, стереотипів	19 (32,8%)	4 (8,7%)
Проблеми з начальством, конфлікти	4 (6,9%)	9 (19,6%)
Зміна умов або графіка праці	11 (19,0%)	14 (30,4%)
Зміна місця проживання	9 (15,5%)	0
Зміна місця навчання	3 (5,2%)	4 (8,7%)
Зміна звичного стереотипу проведення дозвілля	17 (29,3)	2 (4,3%)
Зміна звичок, що стосуються віросповідання	0	0
Зміни в соціальній активності	19 (32,8%)	9 (19,6%)
Отримання або видача незначної позики	4 (6,9%)	2 (4,3%)
Зміна звичного ритму сну, недосипання	31 (53,4%)	8 (17,4%)
Зміна звичної кількості членів сім'ї, які мешкають разом	16 (27,6%)	2 (4,3%)
Зміна звичної кількості чи якості їжі, режиму харчування	12 (20,7%)	5 (10,9%)
Відпустка	11 (19,0%)	2 (4,3%)
Святкування Нового року, Різдва, Дня народження	2 (3,4%)	0
Незначне порушення правопорядку, штраф	3 (5,2%)	1 (2,2%)

Наведені дані у таблиці свідчать проте, що значний дезадаптивний вплив на стан доглядачів у першій групі мали: зміна звичного способу життя, звичок 19 (32,8%), відсутність підтримки з боку інших членів родини 17 (29,3%), нездатність продовжувати виконувати свої професійні обов'язки 16 (27,6%), продовжувати кар'єрне зростання 10 (17,2%), але найбільш значимим серед усіх дезадаптивних чинників було порушення сну, у вигляді зміни звичного режиму сну та недосипання 31 (53,4%).

На відміну від доглядачів першої групи, у другій групі доглядачів спостерігалися наступні пріоритетні фактори у формуванні дезадаптації: конфлікти на роботі 9 (19,6%), зміна умов або графіку праці у вигляді наднормового навантаження 14 (30,4%), реорганізація на роботі 12 (26,1%), зміни в стані здоров'я членів сім'ї 14 (30,4%). Дані відображені на рис. 4.4.



Примітка: * - відмінності показників є достовірними при значенні $p < 0,05$.

** - відмінності показників є достовірними при значенні $p < 0,01$.

Рис. 4.4. Порівняльна характеристика провідних життєвих подій доглядачів I та II групи, що впливали на стресостійкість та соціальну дезадаптацію

За результатами даної шкали (Social Readjustment Rating Scale (SRRS), Т. Холмса, Р. Рея, 1967) встановлено, що у першій групі доглядачів (58 осіб), які мали родинні зв'язки із пацієнтом із деменцією різного генезу підсумковий бал за шкалою становив:

- 4 (7,0 %) менш ніж 150 балів - дуже низьке стресове навантаження, що дозволяло здійснювати ефективну діяльність;
- 5 (8,6%) 150-199 балів – низьке стресове навантаження. У даній групі доглядачів енергія і ресурси мінімально витрачаються на подолання наслідків стресу, що підвищувало ефективність діяльності;
- 18 (31,0%) 200-299 балів – порогове стресове навантаження. Доглядачі були змушені більшу частку своєї енергії і ресурсів витратити на боротьбу з негативними наслідками стресу;
- 31 (53,4%) 300 і більше балів – високе стресове навантаження, коли у доглядачів формувався розвиток невротичної і психосоматичної патології через нервові виснаження.

Таким чином, визначено, що у 54 (93,10%) доглядачів першої групи існує 50% імовірність виникнення психогенного захворювання, а також у 31 (53,4%) доглядачів даної групи вона становить до 90% імовірності.

Отримані результати за шкалою (Social Readjustment Rating Scale (SRRS), Т. Холмса, Р. Рея, 1967) показали, що у другій групі доглядачів (46 осіб), які надавали послуги на професійному рівні (медичні сестри/брати, соціальні працівники) для пацієнтів із деменцією різного генезу підсумковий бал за шкалою був наступним:

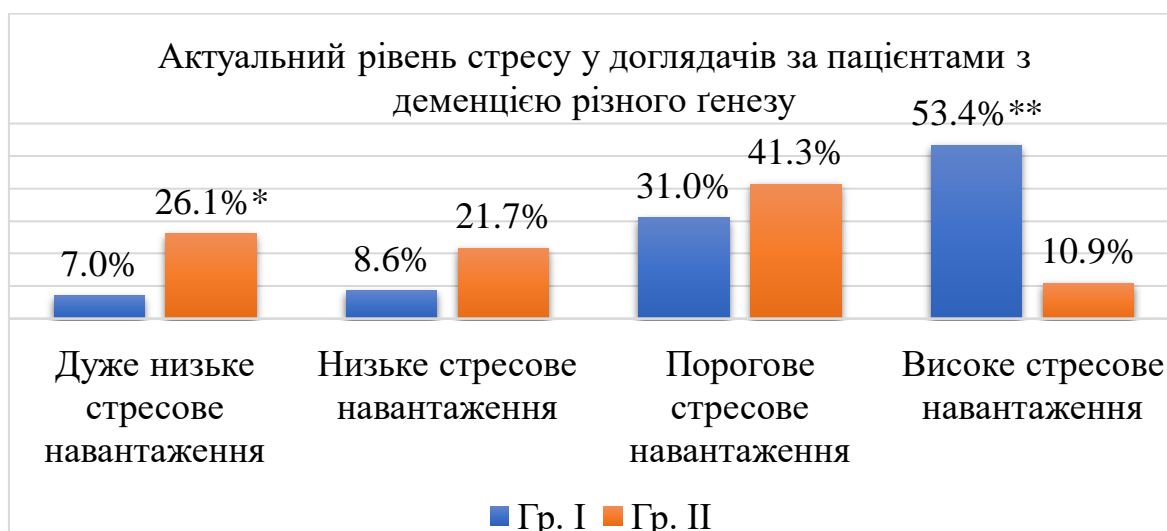
- 5 (10,9%) менш ніж 150 балів - дуже низьке стресове навантаження, що дозволяло здійснювати ефективну діяльність;
- 10 (21,7%) 150-199 балів – низьке стресове навантаження. У даній групі доглядачів енергія і ресурси мінімально витрачаються на подолання наслідків стресу, що підвищувало ефективність діяльності;

- 12 (26,1%) - 200-299 балів – порогове стресове навантаження. Доглядачі були змушені більшу частку своєї енергії і ресурсів витратити на боротьбу з негативними наслідками стресу;

- 19 (41,3%) 300 і більше балів – високе стресове навантаження, коли у доглядачів формувалася розвиток невротичної і психосоматичної патології через нервові виснаження.

Таким чином, у другій групі встановлено, що для професійних доглядачів існувала 50% імовірність виникнення психогенного захворювання у 41 (89,1%) випадків, а імовірність формування психогенної психічної патології зростала до 90% лише у 19 (41,3%) доглядачів.

Встановлено рівень актуального стресу і ймовірності розвитку межових непсихотичних психічних розладів до 50% у доглядачів пацієнтів із деменцією різного генезу у 54 (93,1%) доглядачів першої групи та у 41 (89,1%) доглядачів другої групи відповідно. Дані представлені на рис. 4.5.



Примітка: * - відмінності показників є достовірними в порівнянні з Гр. I при $p < 0,01$.

** - відмінності показників є достовірними в порівнянні з Гр. II при $p < 0,01$.

Рис. 4.5. Рівень стресу у доглядачів за пацієнтами з деменцією різного генезу

Отримані результати свідчать, що різне стресове навантаження у першій та другій групі доглядачів пацієнтів із деменцією різного генезу, визначення рівня актуального стресу і ймовірності розвитку межових розладів непсихотичного психічного реєстру.

За результатами обстеження за шкалою (Social Readjustment Rating Scale (SRRS), Т. Холмса, Р. Рея, 1967) встановлено відмінності стресового навантаження серед сімейних та професійних доглядачів.

Для доглядачів першої групи було характерним порогове стресове навантаження (доглядачі вимушені були левову частку своєї енергії та ресурсів витратити на боротьбу з негативними наслідками стресу) та високе стресове навантаження (загроза невротичних і психосоматичних проявів через нервові виснаження).

Для професійних доглядачів характерним було високе стресове навантаження, що надавало змогу здійснювати ефективну діяльність, зокрема, управлінської спрямованості, а також порогове стресове навантаження, що було спрямовано на подолання стресу.

Як у першій, так і у другій групі доглядачів – порогове стресове навантаження (200-299 балів) не мало статистичної відмінності.

Проведене дослідження підтвердило роль стресу та соціальної дезадаптації в патогенезі невротичних синдромів. Доведено значну стрес-формуючу роль догляду за пацієнтами із деменцією, особливо в дебюті непсихотичного психічного захворювання, коли соціальна дезадаптація індивідуума найбільш суттєва.

Догляд за пацієнтом із деменцією є дуже важливим стресорним фактором, особливо для осіб без відповідної фахової підготовки, відповідних знань та вмінь з боку доглядача. Доведено, що тривалість догляду за пацієнтом із деменцією, його особливості (родинний чи професійний зв'язок), особиста та соціальна значимість можуть значно впливати на формування та подальший перебіг невротичної патології, визначати адаптивну або дезадаптивну спрямованість поведінки доглядача.

4.3. Дослідження рівня ситуаційної та особистісної тривожності доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу

Дослідження рівня ситуаційної та особистісної тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу першої групи встановило, що ситуаційна тривожність виявилась високою у 30 (51,8%) обстежених, середній рівень спостерігався у 18 (31,0%) осіб і низький – 10 (17,2%) обстежених. Середнє значення показника ситуаційної тривожності у першій групі доглядачів склало $54,38 \pm 1,61$ бала.

Особистісна тривожність визначалась, як висока у 8 (13,7%) доглядачів, середньою – у 34 (58,7%) і низький рівень діагностовано у 16 (27,6%) обстежених. Середнє значення показника особистісної тривожності доглядачів першої групи до якої належали родичі пацієнтів із деменцією склало $37,31 \pm 1,54$ бала.

Поєднання високого рівня ситуаційної тривожності з високим показником особистісної тривожності спостерігалось у 3 (5,2%) доглядачів першої групи, середній рівень ситуаційної тривожності у поєднанні з високим показником особистісної тривожності визначено у 2 (3,4%), середній рівень ситуаційної та особистісної тривожності – у 11 (19,0%), високий показник ситуаційної тривожності у сполученні з середнім рівнем особистісної тривожності – у 9 (15,5%), низькі показники ситуаційної та особистісної тривожності – у 6 (10,3%) і низький рівень ситуаційної тривожності у поєднанні з високою особистісною тривожністю діагностовано у 3 (5,2%) доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу. Дані згруповано та відображено в таблиці 4.4.

Таблиця 4.4.

Рівень ситуаційної та особистісної тривожності серед доглядачів за пацієнтами з деменцією різного генезу				
Показник	Гр. I (n=58)		Гр. II (n=46)	
	Ситуаційна тривожність			
	Абс.	%	Абс.	%
Низький	10	17,2	14	30,4
Помірний	18	31,0	26*	56,6
Високий	30	51,8	6*	13,0
	Особистісна тривожність			
	Абс.	%	Абс.	%
	Низький	16	27,6	23**
Помірний	34	58,7	20	43,5
Високий	8	13,7	3	6,5

Примітка: * - відмінності показників є достовірними при $p < 0,01$

** - відмінності показників є достовірними при $p < 0,05$

Отримані статистичні дані свідчать, що у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу, які мали родинні стосунки із пацієнтами, найчастіше середній або високий рівень ситуаційної тривоги поєднувався з середніми та низькими показниками особистісної тривожності. Зокрема, серед доглядачів першої групи, які є членами родини пацієнта із деменцією, вищезгадане поєднання ситуаційної та особистісної тривожності спостерігалось у 31 (53,4%) випадків, у той час як серед пацієнтів, які надавали послуги на професійному рівні та належали до другої групи значно рідше - у 19 (41,3%).

Визначення рівня ситуаційної та особистісної тривожності серед доглядачів другої групи довело, що ситуаційна тривога виявилась високою у

6 (13,0%) доглядачів, а середній її рівень спостерігався у 26 (56,6%) доглядачів та низький – у 14 (30,4%) обстежених. Середнє значення показника ситуаційної тривоги у другій групі доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу першої групи склало $30,71 \pm 1,54$ балів, тобто середньогруповий показник ситуаційної тривожності у групі професійних доглядачів був помірним (вище 32 балів).

Особистісна тривожність визначена як висока у 3 (6,5%) доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу другої групи, середньою – у 20 (43,5%) і низький її рівень спостерігався у 23 (50,0%) доглядачів. Середнє значення показника особистісної тривожності в другій групі обстежених склало $33,57 \pm 1,48$ балів, тобто знаходилось у межах середнього рівня (30-45 балів).

Порівняльний аналіз за даним параметром виявив, що доглядачі першої і другої групи у більшості випадків мали її середній рівень ($p < 0,05$). Порівняльна характеристика ситуаційної та особистісної тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу наведено в таблиці 4.5.

Таблиця 4.5.

Рівень ситуаційної та особистісної тривожності серед доглядачів за пацієнтами з деменцією різного генезу	
Сімейні доглядачі (Гр. I, n=58)	Професійні доглядачі (Гр. II, n=46)
Ситуаційна тривожність	
$54,38 \pm 1,61$	$30,71 \pm 1,54^*$
Особистісна тривожність	
$37,31 \pm 1,54$	$33,57 \pm 1,48^*$

Примітка: * - відмінності показників ситуаційної тривожності та особистісної тривожності є достовірними в порівнянні з Гр. II при $p < 0,05$

Одночасне поєднання високого рівня ситуаційної тривоги з високим показником особистісної тривожності спостерігалось у 1 (2,2%) доглядача, високий рівень ситуаційної тривожності у поєднанні з середнім показником особистісної тривожності встановлений у 3 (6,5%), середній рівень ситуаційної тривожності та висока особистісна тривожність – у 2 (4,3%), середні показники ситуаційної та особистісної тривожності – у 14 (30,4%), середнє значення ситуаційної тривожності у сполученні з низьким особистісної – у 11 (23,9%), висока ситуаційна тривожність при низькій особистісній – у 3 (6,5%) і низькі показники як ситуаційної, так і особистісної тривожності відзначалися лише у 10 (21,7%) доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу.

Отримані дані доводять, що у доглядачів другої групи (професійні доглядачі), які здійснювали догляд за пацієнтами із деменцією різного генезу у порівнянні із обстеженими з першої групи (родичі пацієнта) показники високого рівня ситуаційної тривожності зустрічались значно рідше. Поряд із цим обидві групи доглядачів мали не значні відмінності у показниках особистісної тривожності, що були помірними в обох групах.

4.4. Якість життя доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу

Показник якості життя являє собою динамічний показник, який відображає ефективність терапії та успіх психічної адаптації, що є досить важливим для доглядачів пацієнтів із деменцією різного генезу.

Дослідження ЯЖ у даної категорії пацієнтів дає змогу розширити діагностичні, реабілітаційні можливості, встановити провідні точки мішені психокорекційного та психотерапевтичного впливу, покращити якість реабілітаційних заходів.

За результатами обстеження якості життя осіб, які виконують функцію догляду за пацієнтами із деменцією різного генезу, за опитувальником SF-36 встановлено, що у першій групі доглядачів провідними порушеними сферами були: психічне здоров'я – $34,91 \pm 5,77$, рольове функціонування, обумовлене фізичним станом $36,91 \pm 4,99$, життєздатність $39,01 \pm 6,38$, рольове функціонування обумовлене емоційним станом – $37,78 \pm 1,98$ та соціальне функціонування $34,75 \pm 2,12$.

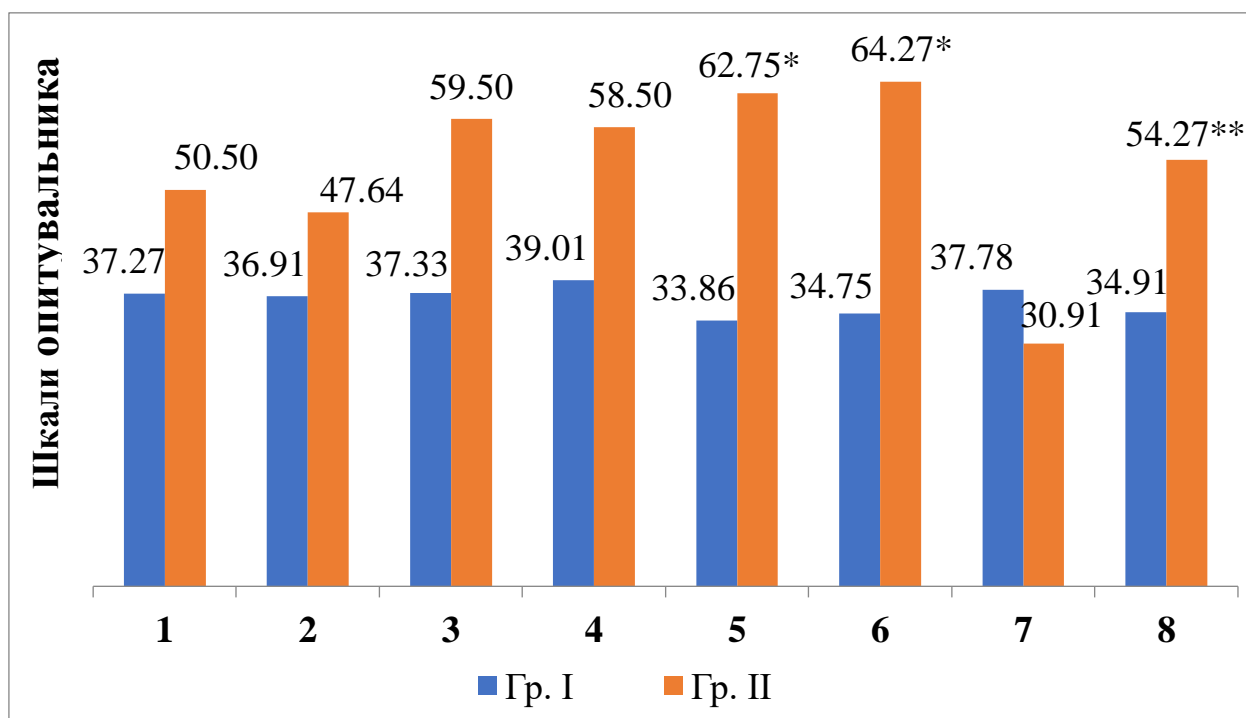
При аналізі середніх показників за шкалами оцінки якості життя констатовано, що у першій групі показник «фізичне функціонування» становив $37,27 \pm 6,58$ балів, «рольове функціонування обумовлене фізичним станом» – $36,91 \pm 4,99$, «інтенсивність болю» – $37,33 \pm 5,77$, «загальний стан здоров'я» – $39,01 \pm 6,38$, «життєва активність» – $33,86 \pm 1,97$, «соціальне функціонування» – $34,75 \pm 2,12$, «рольове функціонування обумовлене емоційним станом» $37,78 \pm 1,98$, «психічне здоров'я» – $34,91 \pm 5,77$.

У другій групі обстежених, які здійснювали професійний догляд за пацієнтами із деменцією різного генезу встановлено найнижчі показники ЯЖ у наступних сферах: рольове функціонування, обумовлене емоційним станом $30,91 \pm 4,99$, рольове функціонування, обумовлене фізичним станом $47,64 \pm 9,01$ та життєва активність – $62,75 \pm 1,56$.

Аналіз середніх показників другої групи за шкалою оцінки якості життя SF-36 показав, що за шкалою «фізичне функціонування» середній бал становив $50,50 \pm 2,12$ балів, «рольове функціонування обумовлене фізичним станом» – $47,64 \pm 9,01$, «інтенсивність болю» – $59,50 \pm 4,99$, «загальний стан здоров'я» – $58,50 \pm 0,71$, «життєва активність» – $62,75 \pm 1,56$, «соціальне функціонування» – $64,27 \pm 2,14$, «рольове функціонування обумовлене емоційним станом» – $30,91 \pm 4,99$, «психічне здоров'я» – $54,27 \pm 5,58$.

Таким чином, за 8 показниками опитувальника SF-36 встановлено, що найнижче значення в обох групах відзначаються у сфері рольового функціонування, обумовленого фізичним станом - у першій $36,91 \pm 4,99$ та другій $47,64 \pm 9,01$ групах відповідно, а також рольового функціонування,

обумовленого емоційним станом: у першій $37,78 \pm 1,98$ та у другій $30,91 \pm 4,99$. Дані зображені на рис. 4.6.



Примітка: * - відмінності показників достовірними при $p < 0,05$

** - відмінності показників достовірними при $p < 0,01$

Рис. 4.6. Характеристика досліджуваних за даними оцінки якості життя : 1 – фізичне функціонування, 2 – рольове функціонування обумовлене фізичним станом, 3 – інтенсивність болю, 4 – загальний стан здоров'я, 5 – життєва активність, 6 – соціальне функціонування, 7 – рольове функціонування обумовлене емоційним станом, 8 – психічне здоров'я.

Індекс психічного здоров'я у першій групі був достовірно ($p \leq 0,05$) нижчим, ніж у другій. Як у першій, так і другій групи доглядачів спостерігалось достовірне ($p \leq 0,01$) відносно норми, зниження показників фізичного функціонування, фізичної та емоційної складової рольового функціонування, загального та психічного здоров'я та соціального функціонування. Отримані дані опитувальника SF-36 згруповані та наведені у таблиці 4.6.

Таблиця 4.6.

Порівняльна характеристика показників якості життя доглядачів пацієнтів із деменцією різного генезу

Опитувальник якості життя SF-36	Доглядачі за пацієнтами з деменцією різного генезу Гр. I, (n=58)	Гр. II, (n=46)
Фізичне функціонування (Physical Functioning - PF)	3 (5,2%)	2 (4,3%)
Рольове функціонування обумовлене фізичним станом (Role-Physical Functioning - RP)	8 (13,8%)	6 (13,0%)
Інтенсивність болю (Bodily pain - BP)	3 (5,2%)	2 (4,3%)
Загальний стан здоров'я (General Health - GH)	4 (6,9%)	3 (6,5%)
Життєва активність (Vitality - VT)	10 (17,2%)	5 (10,9%)
Соціальне функціонування (Social Functioning - SF)	11 (19,0%)	3 (6,5%)
Рольове функціонування обумовлене емоційним станом (Role-Emotional - RE)	7 (12,1%)	21 (45,8%) *
Психічне здоров'я (Mental Health - MH)	12 (20,8%)	4 (8,7%) **

Примітка: * - відмінності показників достовірними при $p < 0,01$

** - відмінності показників достовірними при $p < 0,05$

За результатами дослідження якості життя доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу як у першій групі, так і другій групах обстежених

встановлено зв'язок між конкретними симптомами, а також коморбідними станами хворого на деменцію та якістю життя доглядача.

З'ясовано, що догляд за хворими з деменцією на етапі розгорнутої картини хвороби, коли присутні розлади сну, маячні ідеї збитку, зубожіння, галюцинаторні переживання, порушення пам'яті у вигляді конфабуляцій та псевдоремінісценцій, фізично та психологічно був важчим для доглядачів, що відображено за показниками в першій групі: рольове функціонування, обумовлене фізичним станом $36,91 \pm 4,99$, рольове функціонування обумовлене емоційним станом $37,78 \pm 1,98$ і у другій групі рольове функціонування, обумовлене емоційним станом $30,91 \pm 4,99$, рольове функціонування, обумовлене фізичним станом $47,64 \pm 9,01$ відповідно.

При погіршенні стану хворий перестає розуміти, в чому сенс діяльності осіб, які його доглядають. Це один із доведених факторів, що погіршують якість життя опікунів – чим менше цінують те, що вони роблять, тим гірше вони почуваються. Результати свідчать, що подібний догляд потребує значно більших зусиль як психологічного, так і фізичного характеру, що пов'язано із клінічною відмінністю захворювання на деменцію.

Якість життя доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу у першій групі безпосередньо залежала від факту спільного проживання. Якщо пацієнт із деменцією та доглядач проживали разом, якість життя значно знижувалася за показниками: рольове функціонування, обумовлене фізичним станом $36,91 \pm 4,99$, життєздатність $39,01 \pm 6,38$ та рольове функціонування обумовлене емоційним станом – $37,78 \pm 1,98$.

Також у першій групі визначено, що важливим фактором є і характер емоційних стосунків між пацієнтом та особою, яка доглядає. Якість життя значно знижувалася та мала низький відсоток саме у члена подружжя (чоловіка або дружини), у порівнянні з тим, якщо догляд здійснював один з дітей пацієнта. При такому розподілі обов'язків, якщо у першій групі догляд здійснював один із членів подружжя показник життєздатності сягав й нижчих відсотків 34 бали. Ще нижчі показники були зафіксовані у випадку, якщо було

поєднання родинного зв'язку та спільного проживання доглядачів із пацієнтом - показники ЯЖ сягали найменших цифр – 18 балів, що свідчить про низьку ЯЖ доглядача.

Таким чином, якість життя осіб, які доглядають хворих з деменцією у першій групі, залежить від декількох факторів: найвагоміший вплив має стан фізичного і психічного здоров'я особи, що доглядає, а соціально-демографічні фактори мають мінімальне значення, за виключенням того, чи проживає доглядач разом із пацієнтом хворим на деменцію чи живе окремо.

Визначено, що в обох групах до факторів, що впливають на самопочуття доглядачів, належить доступність підтримки з боку медичного персоналу, а також можливість отримувати фінансову допомогу.

Доведено зв'язок між суб'єктивним сприйняттям тяжкості своїх обов'язків та якістю життя доглядача. За нашими спостереженнями, на фізичний та психологічний стан доглядачів негативно впливало збільшення часу, який витрачався на догляд за хворим, що відображено у показниках рольове функціонування, обумовлене фізичним станом $36,91 \pm 4,99$ та життєздатність $39,01 \pm 6,38$.

Доглядачі другої групи, які мали наднормове навантаження, відчували себе знесиленими, стомленими та відмічали значне зниження життєвої активності. Особи, які здійснювали догляд, як професійні доглядачі та не працювали понаднормово, мали збалансований робочий графік мали значно кращі показники ЯЖ по даним показникам. Емоційний стан досить часто залежав від того, чи вдавалося доглядачеві знайти сенс у тому, що він робить. Саме ті професійні доглядачі, хто вбачав сенс у своїй трудовій діяльності та одержував від неї моральне задоволення, менше страждали від стресу, що відповідно впливало і на якість життя по наступним показникам: психічне здоров'я $54,27 \pm 5,58$, соціальне функціонування $64,27 \pm 2,14$ та загальний стан здоров'я $58,50 \pm 0,71$.

Таким чином, якість життя осіб, які доглядають хворих з деменцією у першій групі, залежить від декількох факторів: найвагоміший вплив має стан

фізичного і психічного здоров'я особи, що доглядає, а соціально-демографічні фактори мають мінімальне значення, за виключенням того, чи проживає доглядач разом із пацієнтом хворим на деменцію чи живе окремо.

Доведено зв'язок між суб'єктивним сприйняттям тяжкості своїх обов'язків та якістю життя доглядача. За нашими спостереженнями, на фізичний та психологічний стан доглядачів негативно впливало збільшення часу, який витрачався на догляд за хворим. Особи, які здійснювали догляд, як професійні доглядачі та не працювали понаднормово, мали збалансований робочий графік мали значно кращі показники ЯЖ. У випадках родинного зв'язку та спільного проживання доглядачів із пацієнтом показники ЯЖ сягали найменших цифр, що свідчить про низьку ЯЖ доглядача.

За результатами проведеного обстеження встановлено, що у сімейних доглядачів психосоціальна дезадаптація носила більш виражений характер та була представлена переважно сімейним, виробничим та економічним варіантами. Професійні доглядачі найчастіше виявляли ознаки психосоціальної дезадаптації комунікативного варіанту.

Отримані дані доводять, що для сімейних доглядачів було характерним порогове стресове навантаження (доглядачі вимушені були левову частку своєї енергії та ресурсів витрачати на боротьбу з негативними наслідками стресу) та високе стресове навантаження (загроза невротичних і психосоматичних проявів через нервові виснаження. Для професійних доглядачів найбільш характерним було високе стресове навантаження.

У професійних доглядачів показники ситуаційної тривожності є достовірно нижчими за сімейних доглядачів. Обидві групи доглядачів мають не значні відмінності у показниках особистісної тривожності, що були помірними в обох групах.

Виявлено, що на фізичний та психологічний стан доглядачів негативно впливало збільшення часу, який витрачався на догляд за хворим. Особи, які здійснювали догляд на професійній основі, та не працювали понаднормово,

мали достовірно вищі показники якості життя порівняно із доглядачами, які здійснювали догляд на родинній основі та проживали спільно із пацієнтом.

4.5 Результати обстеження сімейних доглядачів за допомогою опитувальника «Догляд на дому» (BSFC: Burden Scale for Family Caregivers, 2015)

Індивідуальне сприйняття навантаження на родича-доглядача – це найважливіша змінна догляду в домашніх умовах за хронічно хворим або людиною, яка потребує постійного догляду. Інтенсивність навантаження значно впливає на фізичне та психічне здоров'я самого родича-доглядача.

Високий темп сучасного життя, необхідність опановувати нові незвичні навички по догляду за хворим, значна інтенсивність фізичного та емоційного навантаження на людину, високі вимоги та очікування до власної продуктивності під час надання допомоги, відповідальність та відданість справі як на роботі, так і у сім'ї, надмірна відповідальність, діяльність, що суперечить власним цінностям чи не спирається на адекватну компенсацію зусиль (матеріальну і моральну) – ось провідні причини вигорання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтами із деменцією.

За час же карантину, спричиненого пандемією COVID-19, виникли додаткові фактори стресу, що призвели до вигорання обстежених: робота з дому і зведення усіх сфер життя на одну територію значно провокували швидке виснаження, особливо у групі сімейного догляду, коли є ризик та страх заразити і без того тяжкохворого родича, швидке перепрофілювання певних видів діяльності (наприклад, необхідність замовляти доставку продуктів, сплачувати рахунки он-лайн, купувати ліки та засоби гігієни для пацієнтів із деменцією через он-лайн мережі), частковий або повний вихід в он-лайн сфер, які прямо не пов'язані з технологіями та майже примусове засвоєння програмного забезпечення у швидкому темпі (наприклад, телемедицина), а також високий рівень стресу пов'язаний із невизначеністю та тривогою перед

невідомим захворюванням, що спричинив COVID-19, втрату мотивації, негативну оцінку своєї діяльності [70,97,104,176].

Підвищити рівень діагностики і своєчасності надання кваліфікованої медичної допомоги та з метою встановлення провідних мішеней для психокорекційної чи психотерапевтичної роботи доглядачам за пацієнтами із деменцією покликана методика, що використовується у перекладі на 20-ти європейських мовах у різних країнах світу в області психічного здоров'я: опитувальник «Догляд на дому» (BSFC: Burden Scale for Family Caregivers, 2015) для сімейних доглядачів пацієнтів із деменцією [111,178].

За даного допомогою опитувальника ми змогли оцінити навантаження на емоційний та фізичний стан здоров'я доглядачів за пацієнтами із деменцією серед доглядачів із родинним зв'язком та зібрати інформацію щодо навантаження на родичів-доглядачів за однією схемою.

Серед скарг сімейних доглядачів, які здійснюють догляд за пацієнтом із деменцією різного генезу, та віднесені до першої групи, найбільш поширеними були: на надмірне фізичне 52 (89,7%) випадків та психологічне навантаження 55 (94,8%), відчуття горя та скорботи, відчаю та безпорадності 50 (86,2%), сором за поведінку хворого, дратівливість та напади гніву, почуття провини сором за поведінку родича у 28 (48,3% випадків), незручність за поведінку хворого перед оточуючими людьми 54 (93,1%), відчуття провини 51 (87,9%), самотність через відсутність можливості підтримувати соціальні контакти та уникнення суспільного життя 52 (89,7% випадків), виснажливість, втому, відсутність часу для себе та інших членів родини 55 (94,8 %) випадків, порушення сну 35 (60,3%) у вигляді частих недосипань через необхідність виконувати процедури по догляду за пацієнтом, пробудження, обумовлені поведінкою хворого, неможливість заснути через думки, що заважають та тривожать.

Відзначались також скарги на порушення емоційної сфери 34 (58,6%) у вигляді: зниження настрою, невмотивованої тривоги та надмірної тривоги.

Сімейні доглядачі першої групи висловлювали скарги на головний біль 14 (24,1%), запаморочення 8 (13,8%), епізодичне підвищення 4 (6,9%) та коливання 6 (10,3%) АТ, нудоту 12 (20,7%), блювання 6 (10,3%), відчуття спазму чи клубка у горлі 5 (8,6%), больові відчуття у спині 9 (15,5%), гіпергідроз 14 (24,1%).

За допомогою опитувальника «Догляд на дому» (BSFC: Burden Scale for Family Caregivers, 2015) ми встановили, що сумарний показник BSFC мав наступні результати: невелике або низьке навантаження (0 – 35 балів) діагностовано у 4 (6,9%), середнє (36 – 45 балів) 21 (36,2%) та високе або дуже високе (46 – 84 балів) у 33 (56,9%) доглядачів першої групи. Дані зображені на рис. 4.7.



Рис. 4.7. Показник навантаження серед доглядачів першої групи

Ризик психосоматичних скарг у групі сімейних доглядачів був наступним:
- не підвищений у 2 (3,4%) при сумарних показниках BSFC від 0 до 35 ступінь загальних соматичних скарг (Гіссенський опитувальник соматичних скарг) (Gießener Beschwerdebogen GBB-24) відповідає очікуваним показникам

серед загального населення, тобто 50% опитаних мають відсотковий ранг (BP) фізичних скарг ≤ 50 та 50% опитаних мають BP > 50;

- підвищений у 16 (27,6%) при сумарних показниках BSFC від 36 до 45,74% опитаних мають рівень фізичних скарг вище середнього (BP > 50);

- дуже високий у 29 (50,0%) при сумарних показниках BSFC від 46 до 84,90% опитаних мають рівень фізичних скарг вище середнього (BP > 50).

Результати опитувальника «Догляд на дому» у сімейних доглядачів (BSFC: Burden Scale for Family Caregivers, 2015) згруповано та наведено у таблиці 4.7.

Таблиця 4.7.

Результати отримані серед сімейних доглядачів

за опитувальником «Догляд на дому»

Сумарний показник BSFC	Рівень навантаження	Ризик психосоматичних скарг
0 – 35 балів	Невелике або низьке 4 (6,9%)	Не підвищений 2 (3,4%)
36 – 45 балів	Середнє 21 (36,2%)	Підвищений 16 (27,6%)
46 –84 балів	Високе або дуже високе 33 (56,9%)	Дуже високий 29 (50,0%)

Таким чином, за результатами опитувальника «Догляд на дому» (BSFC: Burden Scale for Family Caregivers, 2015) встановлено, що група сімейних доглядачів мала середнє 21(36,2%), високе або дуже високе навантаження 33(56,9%) на емоційний та фізичний стан здоров'я доглядачів на формування якого впливали неочікуваність, раптовість хвороби близької людини та необхідність здійснювати за ним догляд. Встановлено, що у першій групі доглядачів найвагоміший вплив має стан фізичного і психічного здоров'я

особи, що доглядає та наявність допомоги зі сторони інших членів родини чи суспільства.

Доведено зв'язок між навантаженням на емоційний та фізичний стан здоров'я доглядачів та ризиком виникнення психосоматичних скарг у доглядачів: у доглядачів із середнім 21 (36,2%) та дуже високим навантаженням 33 (56,9%) відзначали підвищений 16 (27,6%) та дуже високий 29 (50,0%) рівень психосоматичних скарг.

За нашими спостереженнями, на фізичний та психологічний стан сімейних доглядачів негативно впливало збільшення часу, який витрачався на догляд за хворим, тривалість захворювання пацієнта із деменцією, наявність підтримки з боку інших членів родини чи суспільства .

4.6. Емоційне вигорання у професійних доглядачів

Аналіз професійних доглядачів пацієнтів із деменцією різного генезу *другої групи* за шкалою «Професійне вигорання» (Maslach Burnout Inventory, MBI) в адаптації Н.С. Водоп'янової, показав, що професійне вигорання було діагностовано у 32 (69,6%) випадків.

За результатами обстеження другої групи доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу виявлено наступні особливості психопатологічної симптоматики: загальна астенизація (слабкість, зниження активності та енергії) - 18 (39,1%), апатія - 15 (32,6%), відчуття емоційного і фізичного виснаження - 14 (30,4%), почуття постійної втоми протягом доби - 12 (26,1%), зниження працездатності - 11 (23,9%), коливання артеріального тиску - 10 (21,7%), емоційна лабільність 6 (13,0%).

Для професійних доглядачів другої групи також характерними були скарги: загальмованість 9 (19,6%), сонливість часто вони висловлювали бажання спати протягом всього дня 14 (30,4%). Серед скарг психологічного спрямування діагностовано: негативне, цинічне ставлення до колег 13 (28,3%), негативні почуття до пацієнта 8 (17,4%), відмежування від соціальних контактів 13 (28,3%), байдужість 3 (6,5%), нудьгу 2 (4,3%), пасивність 4

(8,7%), почуття пригніченості 5 (10,9%), підвищену драгівливість на незначні події 8 (17,4%), спалахи невмотивованого гніву або відмову від спілкування з близькими та рідними людьми 5 (10,9%), занурення у свої думки 6 (13,0%), знецінення своїх професійних обов'язків 11 (23,9%), часте безпричинне переживання негативних емоцій таких як почуття провини, образи, сорому 7 (15,2%), загальну негативну установку на життєві та професійні перспективи 12 (26,1%).

Під час обстеження у професійних доглядачів відзначалися наступні прояви емоційного вигорання: відчуття, що робота стає дедалі важчою і важчою, і виконувати її дедалі стає складніше 11 (23,9%), не має змоги та сили самостійно приймати рішення щодо поточних дій по догляду 10 (21,7%), періодичну появу відчуття непотрібності 5 (10,9%), зневіри 8 (17,4%), зниження ентузіазму щодо відношенню до професійної діяльності, байдужість до її результатів 12 (26,1%).

Серед другої групи доглядачів відзначали і невиконання важливих, пріоритетних завдань та «фіксацію» на дрібних деталях 15 (32,6%), витрата більшої частини робочого часу на виконання автоматичних та елементарних дій, які давно знайомі та відомі 11 (23,9%).

Особи зі стажем понад 10 років роботи доглядачем відзначали дистанційованість від співробітників і близьких людей 15 (32,6%), уникали друзів 13 (28,3%), формально ставилися до виконання своїх професійних обов'язків 12 (26,1%). Ознаками порушення соціального функціонування у доглядачів другої групи були: низька соціальна активність 13 (28,3%), зниження інтересу до дозвілля, захоплень 11 (23,9%), соціальні контакти обмежені роботою 14 (30,4%), мінімальні міжособистісні контакти та відносини на роботі та вдома 9 (19,6%), відчуття непотрібності та ізоляції 12 (26,1%), нерозуміння інших та іншими, відчуття недостатньої підтримки з боку сім'ї, друзів, колег або ж її відсутність 13 (28,3%).

За результатами обстеження другої групи за шкалою «Професійне вигорання» (Maslach Burnout Inventory, MBI) в адаптації Н.Є. Водоп'янової,

встановлено, що синдром емоційного вигорання був характерною ознакою професійних доглядачів.

В результаті проведеного обстеження у осіб, які здійснювали догляд за пацієнтами із деменцією виявлено розумове і фізичне виснаження через тривале емоційне навантаження, що виражалося в депресивному стані 10 (21,7%), почутті втоми та спустошеності 14 (30,4%), нестачі енергії й ентузіазму 13 (23,3%), втраті здібностей вбачати позитивні результати своєї праці 11 (23,9%), негативній установці відносно роботи і життя взагалі 12 (26,1%).

Результати дослідження підтверджують, що синдром емоційного вигорання в своїй основі є мультифакторним та багатогранним з точки зору чинників формування, але і визначає, що провідним джерелом вигорання є взаємодія з важкохворими людьми.

Під час проведення обстеження, встановлено, що синдром емоційного вигорання у доглядачів пацієнтів із деменцією різного генезу носив характерний поступовий та поетапний розвиток, який залежав від тривалості роботи з даного напрямку, інтенсивності навантаження.

У даному дослідженні встановлено послідовний розвиток синдрому емоційного вигорання у доглядачів пацієнтів із деменцією різного генезу, що складався з етапу нервової напруги (стадія тривоги), резистентності (стадія резистентності) та виснаження (стадія виснаження).

Етапу розгорнутих клінічних проявів передувала певна стадійність, що не завжди зберігала класичну послідовність та свідчила про певну фазову стереотипність.

Перша стадія (стадія тривоги, нервового напруження) – стан натхнення, завищеної відповідальності, екстремальної налаштованості на успіх у професійній діяльності. У доглядачів відбувається максимальне занурення у роботу, тривалість робочого часу перевищує 45 годин на тиждень і вони часто забувають про власні потреби і колишні захоплення, витісняючи зі свідомості думки про труднощі і невдачі та багато думаючи про перспективи

свого кар'єрного розвитку. На тлі тривожного напруження, підвищеної активності та високих енергетичних затрат ознаки виснаження є малопомітними і проявляються переважно забуванням чогось важливого, збоями у алгоритмах діяльності, епізодами фрустрованості. Короткий відпочинок, повноцінний сон, вживання стимулюючих засобів або службове заохочення, як правило, дозволяє відновлювати робочий тонус і функціональну продуктивність. Робота доглядачів завжди у стресових умовах призводить до мобілізації внутрішніх ресурсів і протягом орієнтовно перших трьох років супроводжується гострими стрес-асоційованими розладами, тяжкість яких наростає завдяки тому, що кожна стрес-реакція знижує функціональність і провокує нові стреси. За нашими спостереженнями та анамнестичними даними у доглядачів пацієнтів із деменцією різного генезу, залежно від індивідуальних особливостей перша стадія тривала від 3-х до 5 років.

Друга стадія (стадія резистентності) у доглядачів пацієнтів із деменцією різного генезу супроводжувалася традиційним вичерпанням емоційних і фізичних ресурсів, які не вдавалося тамувати ні відпочинком, ні сном. У рамках «економії емоцій» ставлення до пацієнтів із деменцією втрачало позитивне забарвлення, на зміну бажанню допомогти і бути корисним приходили стереотипна позбавлена гуманних установок функціональність у рамках контролю і нагляду.

На даному етапі у доглядачів пацієнтів із деменцією різного генезу значно падав інтерес до трудової діяльності, втрачалася зацікавленість щодо нових ідей, інформація щодо програм удосконалення і професійних тренінгів сприймається байдуже або вороже. Трудова діяльність супроводжувалася порушеннями трудової дисципліни, що виражалася запізненнями, завчасним залишанням робочого місця чи навіть прогулами. Праця все частіше супроводжується важкістю зосередження, бажанням зробити перерву, аддиктивною поведінкою у формі регулярного вживання чаю, кави, тютюну, алкоголю, ліків.

У деяких випадках спостерігались, навіть, елементи нефармакологічної адикції, що супроводжується гемблінгом, релігійним фанатизмом та розладами харчової поведінки. Власні невдачі доглядачів активно раціоналізуються, вина за них перекладається на інших. На цьому тлі велика увага надавалася питанням оплати та пільг. З'являлися міркування, що свідчать про заздрість до колег, які начебто отримують за свою працю більше ніж заслуговують. Усвідомлення невідповідності між якістю професійної діяльності, досягнутим рівнем життя, соматичним самопочуттям і запланованими життєвими цілями призводили до наростання фрустрації.

Особистісна взаємодія відбувалася на тлі низької емпатії або повної байдужості, рясніла проявами цинізму, роздратування по відношенню до своїх підопічних пацієнтів. Наростала нудьга, пасивність чи навіть відгородженість у спілкуванні, соціальні контакти обмежувалися суто трудовими відносинами через брак часу та бажання, втрачався інтерес до дозвілля, формувалося відчуття ізольованості, нестачі підтримки з боку сімейного кола, друзів та колег.

Стресові реакції трансформувалися переважно у стійку тривогу, депресивні прояви з почуттям провини, відчуттям безпомічності та песимізму, що переходили у безнадію та безперспективність. На даному етапі у доглядачів пацієнтів із деменцією різного генезу, які належали до другої групи порушення сну мали протилежні характеристики: у частини випадків, сон або ставав надто глибоким, не супроводжуючись сновидіннями, а у інших осіб виявлялося стійке безсоння.

Наявні також і прояви зниження імунітету внаслідок нездатності до релаксації, що призводило у доглядачів другої групи до формування клінічно окреслених хронічних захворювань та психосоматичних реакцій зі скаргами соматичного характеру на фізичне виснаження ближче до кінця тижня, головні болі в кінці дня, часті застуди, задишку, запаморочення, пітливість, тремор, артеріальну гіпертензію. Розгортання такої симптоматики у рамках даної

стадії емоційного вигорання відзначали у другій групі доглядачів за пацієнтами із деменцією у період від 5 до 10 років трудового стажу по догляду.

Третя стадія (стадія виснаження) у доглядачів другої групи характеризувалася переростанням залежності від роботи у екзистенційну пустоту. Мислення ставало ригідним, професійні обов'язки виконувалися з надмірними зусиллями, без ентузіазму, шаблонно та рутинно, прояви ініціативи зникали взагалі.

Вигорання на особистісному рівні супроводжувалося у доглядачів даної групи байдужістю до роботи та соціальних процесів, бідністю емоційних реакцій, перманентним упадком сил. Захисною реакцією професійних доглядачів було прагнення до усамітнення.

На тлі апатії у них значно знижувалася самооцінка, настрої ставав лабільним, з'являлися необґрунтовані страхи, почуття провини перед пацієнтами. Відзначали і зниження толерантності та здатності йти на компроміси, загострювалися підозріливість, а часті звинувачення на адресу колег призводили до конфліктів між персоналом відділення, пацієнтами та їх родичами. У другій групі доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу дана стадія відзначалася у осіб, що мають трудовий стаж по догляду від 10 до 20 років.

За результатами обстеження професійних доглядачів за шкалою «Професійне вигорання» (Maslach Burnout Inventory, МВІ) в адаптації Н.Є. Водоп'янової в основу якої покладено тривимірну модель, що включає три субшкали: емоційне виснаження, деперсоналізацію, редукцію особистих досягнень встановлено:

- емоційне виснаження у професійних доглядачів - 14 (30,4%), серед яких високий рівень мали – 5 (35,7%), середній рівень – 7 (50,0%), низький рівень – 2 (14,3%);

- деперсоналізація у професійних доглядачів - 7 (15,2%), високий рівень відмічався у 1 (14,3%), середній рівень – 2 (28,6%), низький рівень – 4 (57,1%);

- редукція особистих досягнень у професійних доглядачів 25 (54,3%), високий рівень у 16 (64,0%), середній у 8 (32,0%) та низький у 1 (4,0%). Отримані дані відображені на рис. 4.8.

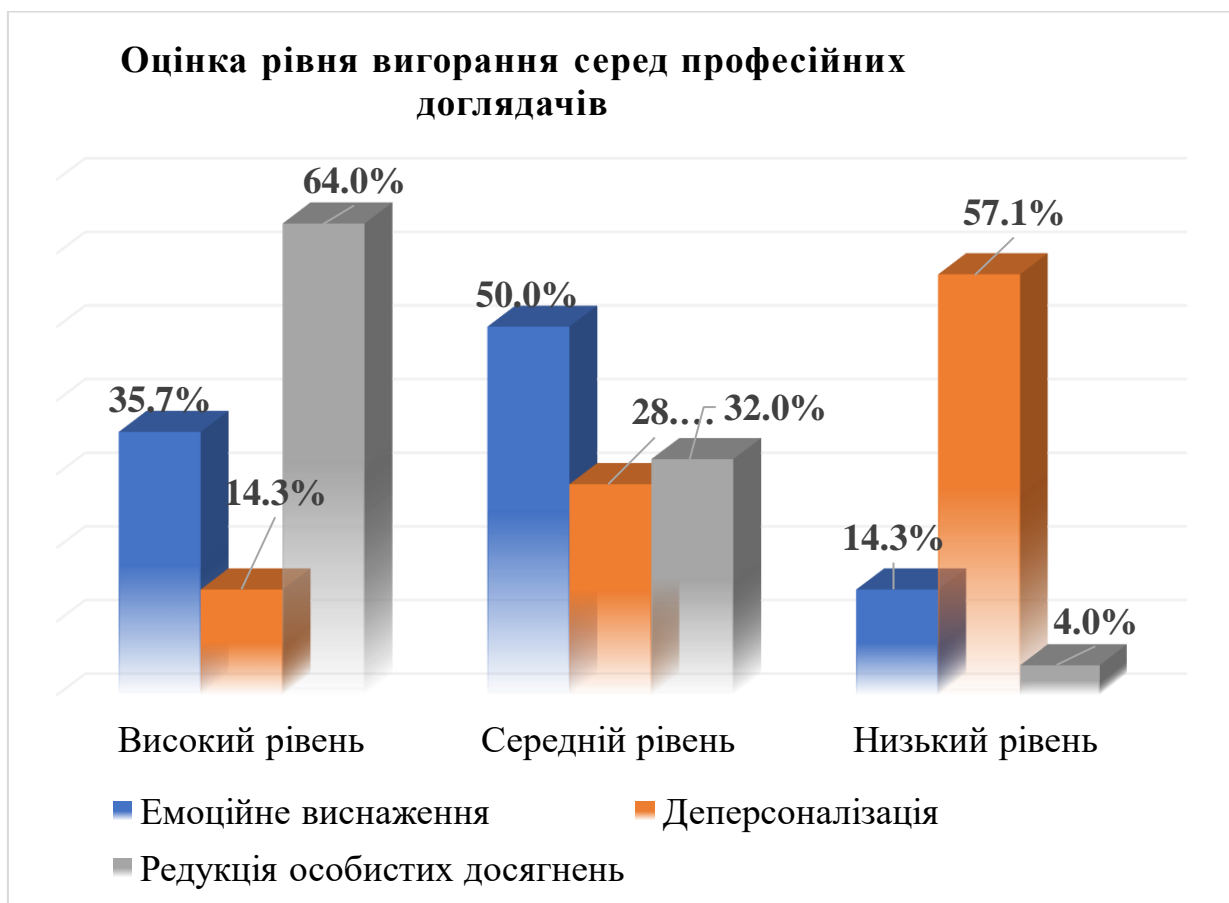


Рис. 4.8. Оцінка рівня вигорання серед професійних доглядачів

Необхідно звернути увагу на професійних доглядачів, які мають високий рівень «емоційного виснаження» 5 осіб (35,7%), адже саме ця складова визначає основу емоційного вигорання та характеризується заниженим емоційним фоном, байдужістю чи емоційним перенасиченням.

До групи з високим рівнем «деперсоналізації» належав лише 1 (14,3%) професійний доглядач, що свідчило про погіршенні стосунків з колегами по роботі, пацієнтами, наростання явищ цинічності у професійній діяльності.

Високий рівень «редукції особистих досягнень» встановлено у 16 (64,0%) професійних доглядачів, дані працівники, негативно оцінюють себе,

свої професійні досягнення та успіхи, знецінюють свою професійну діяльність, отримані результати.

Таким чином, розвиток синдрому професійного вигорання за методикою Н. Водоп'янової, у професійних доглядачів другої групи, що працюють з пацієнтами хворими на деменцію відбувається переважно через перший компонент - емоційне виснаження, який характеризується емоційною спустошеністю, втомою, апатією, зменшенням взаємодії з оточуючими, бажанням побути на самоті, неадекватним емоційним реагуванням, а також третій компонент - редукцію професійних досягнень, що обумовлено прогресивним характером перебігу психічних розладів у хворих на деменцію.

Таким чином, незважаючи на схожість ефектів емоційного вигорання та професійного стресу вони мають різні механізми формування. Синдром «емоційного вигорання» є не різновидом стресу, а наслідком впливу комплексу стресових факторів, як зовнішніх, так і внутрішніх у системі особистих і професійних відносин.

Результати дослідження свідчать, що у професійних доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу відзначається ризик формування синдрому «професійного вигорання», що потребує профілактичної та психокорекційної роботи.

За результатами шкали «Професійне вигорання» (Maslach Burnout Inventory, МВІ) в адаптації Н.С. Водоп'яновою, встановлено, що доглядачі за пацієнтами із деменцією різного генезу, які надають свої послуги на професійному рівні є групою ризику відносно розвитку синдрому «емоційного вигорання», вважаючи, що вони належать до альтруїстичних професій та працюють у замкнених колективах від півроку і більше, а також задіяні у наданні різноманітної допомоги людям у критичних ситуаціях (медичні сестри/брати, соціальні працівники). Встановлено, що сприятливими факторами були молодий вік доглядачів, тривалий стаж роботи у даному напрямку, переважно понад 10 років, супутнє виснаження.

Висновки до розділу 4.

1. У сімейних доглядачів психосоціальна дезадаптація носила більш виражений характер та була представлена переважно сімейним, виробничим та економічним варіантами. Професійні доглядачі найчастіше виявляли ознаки психосоціальної дезадаптації комунікативного варіанту.

2. У професійних доглядачів показники ситуаційної тривожності є достовірно нижчими за сімейних доглядачів. Обидві групи доглядачів мають не значні відмінності у показниках особистісної тривожності, що були помірними в обох групах.

3. На фізичний та психологічний стан доглядачів негативно впливало збільшення часу, який витрачався на догляд за хворим. Особи, які здійснювали догляд на професійній основі, та не працювали понаднормово, мали достовірно вищі показники якості життя порівняно із доглядачами, які здійснювали догляд на родинній основі та проживали спільно із пацієнтом.

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

1. Орлова О. В. Вплив соціальної ізоляції на психоемоційну сферу доглядачів за пацієнтами з деменцією в період пандемії COVID-19 / О.В. Орлова, Л.В. Животовська, Л.А. Боднар, В.В. Борисенко // Збірник тез наукових робіт учасників International scientific and practical conference «Medicine and Health Care in Modern Society: Topical Issues and Current Aspects», Lublin, 26-27 February 2021. – Lublin, Republic of Poland: «Baltija Publishing». – 2021. – С. 113-117.

2. Орлова О. В. Оцінка рівню стресостійкості осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією // стендова доповідь: Науково практичний симпозіум з міжнародною участю «Персоніфіковані підходи щодо неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги», 7-8 жовтня 2021, Харків, Україна:

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», ГО «Асоціація неврологів, психіатрів і наркологів України».

3. Орлова О. В. Показники якості життя осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією / О.В. Орлова, Л.В. Животовська, Д.І. Бойко, Л.А. Боднар // Проблеми екології та медицини. – 2021. – Вип. 25, № 5-6. – С. 16–19.

4. Орлова О.В. Тяжесть ухода за пациентами с деменцией в условиях карантинных ограничений / О.В. Орлова, Д.І. Бойко, К.С. Скорик, Ю.Ю. Пайда, Л.В. Животовська // Azerbaijan medical journal. 2023 № 1. - С. 121-129.

5. Орлова О.В. Вплив соціальної ізоляції на психоемоційну сферу доглядачів за пацієнтами з деменцією в період пандемії COVID-19 // Матеріали науково практичної конференції з міжнародною участю «Психічні та психологічні розлади під час війни: лікування та реабілітація», м. Харків, Україна, 24-25 травня 2023 року. Національна академія медичних наук України Міністерство охорони здоров'я України Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна.

РОЗДІЛ 5. КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ У ДОГЛЯДАЧІВ ЗА ПАЦІЄНТАМИ ІЗ ДЕМЕНЦІЄЮ

Дані проведеного клініко-психопатологічного обстеження, аналізу стресового навантаження, психосоціальної дезадаптації, якості життя доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу, свідчать про необхідність надання їм спеціалізованої медико-психологічної допомоги у вигляді комплексної програми реабілітації та профілактики.

Проведене дослідження дозволило виокремити та оцінити ключові напрямки, варіанти та тяжкість психосоціальної дезадаптації у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу, встановити рівень дистресу для сімейних та професійних доглядачів, проаналізувати їх якість життя, що надало розуміння ключових етіопатогенетичних ланок формування психосоціальної дезадаптивної поведінки і відповідно сприяло формуванню комплексної програми реабілітаційних та профілактичних заходів.

За результатами дослідження встановлено прямий кореляційний зв'язок високих балів ступеня стресового навантаження з високим ступенем тяжкості психосоціальної дезадаптації у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу. Отримані дані надали змогу виявляти джерела дистресу, які сприяли порушенню загальних адаптаційних механізмів. З'ясовано мікро- та макросоціальні чинники, що впливають на стан адаптації під час надання послуг по догляду за пацієнтом із деменцією, а також враховано роль психологічних чинників у розвитку психосоціальної дезадаптації, дистресу, зниження показників якості життя та їх вплив на формування синдрому емоційного вигорання та непсихотичних психічних розладів.

Зазначені закономірності враховувалися при розробці комплексної програми реабілітаційних та профілактичних заходів для сімейних та професійних доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу.

Отримані дані надають можливість сформувати програму різновекторної комплексної реабілітації як для сімейних, так і професійних доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу.

На підставі отриманих результатів дослідження сформована комплексна система диференційованих психоедукаційних, психокорекційних та психотерапевтичних заходів, спрямованих на допомогу доглядачам за пацієнтами із деменцією різного генезу.

Комплексна реабілітаційна система обов'язково включала медичний, психологічний і соціальний аспекти, що дозволило їй охопити одночасно різноманітні сторони життєдіяльності доглядачів. Реабілітація доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу являла собою складний і багатогранний процес, який включав клінічні, фізіологічні та соціальні фактори, що зумовлюють адаптацію до нових життєвих умов (необхідний догляд за хворим на деменцію), допомогу в поліпшенні регуляторних механізмів нервової системи, розширення адаптаційних можливостей, підвищення толерантності до впливу психогенних впливів [9,32,33,35,41,98].

Показниками ефективності впровадженої програми реабілітації для осіб, які доглядають за пацієнтами із деменцією різного генезу, визначено: стабілізацію психоемоційного стану та редукцію неспсихотичних психічних розладів, зниження рівня стресового навантаження під час догляду за пацієнтами з деменцією, покращення показників їх психосоціальної адаптації у різних сферах функціонування та терапія і профілактика синдрому вигорання.

Оцінка ефективності базувалася на аналізі динаміки клініко-психопатологічного статусу, стану психосоціальної дезадаптації, рівня вираженості тривожно-депресивної симптоматики, особистісної та реактивної тривожності та стресостійкості. З метою оцінки клінічної ефективності у роботі застосовано шкалу CGI-S (1976) — загального клінічного враження, шкалу тяжкості та CGI-I — шкала покращення [1]. Дані шкали використовували на

першому етапі дослідження, шостому (фінальному) та сьомому (через 6 місяців після завершення дослідження) етапах.

Комплексна програма терапії, реабілітації та профілактики для першої групи сімейних доглядачів та другої групи професійних доглядачів мала свої відмінності та спільні характеристики.

Першим і провідним етапом даної програми була психоедукація, яку застосували для пацієнтів як першої, так і другої групи.

Психоедукація – це пояснення і донесення до пацієнта необхідної інформації про психічне здоров'я, психологічні особливості, відмінності та їх наслідки для особистості [31,32-35]. Психоедукація, в першу чергу, покликана надати доступну для доглядача інформацію та орієнтована на пояснення:

- визначення факторів, що впливають на стан ментального здоров'я;
- причини виникнення захворювань;
- особливостей діагностики порушення психічного здоров'я;
- загальної картини несприятливих психічних розладів, роз'яснення їх перебігу, особливостей прояву та симптоматики.

У першій групі сімейних доглядачів виникала необхідність не лише стабілізації психоемоційного стану, а й формування і поглиблення уявлення про хворобу та особистісні зміни, що виникали внаслідок прогресування розладу.

На нашу думку, саме психоедукація (психосвіта) є першим кроком у вирішенні даного завдання та набуває важливого значення. Навчальні заняття проводилися для доглядачів як у стаціонарних та амбулаторних умовах, так і дистанційно з використанням інтернет-технологій.

У своїй психоосвітній роботі ми притримувалися принципів викладених та описаних Г. М. Кожиною, А. О. Камінською [27,33,44,177], дані програми включають ознайомлення із особливостями перебігу психічних розладів, способів контролю над симптомами, прогнозу працездатності, комунікації з іншими людьми, варіантами лікування й реабілітації, профілактикою

рецидивів, а також вироблення копінг-стратегій подолання хвороби й покращення якості життя. Акцент робився на соціальних та медичних аспектах непсихотичних психічних розладів, подоланню явищ психосоціальної дезадаптації, підвищення стресостійкості, резильєнтності та покращенню якості життя доглядачів.

Це дало змогу не тільки створити безпечний простір для доглядачів, але й сприяло підтримці психічного здоров'я усіх людей, охоплених програмою.

Проводили заняття з психоедукації традиційно у вигляді очних індивідуальних та групових занять. В деяких випадках було застосовано інтернет-технології, оскільки частина доглядачів не змогла полишити самого пацієнта з деменцією, відчувала страх відвідування будь-яких установ через страх зараження COVID-19 та знаходилася у віддалених районах, де відсутні відповідні спеціалісти (лікарі-психіатри, психологи, психотерапевти). Це стосувалося сільської місцевості та територій, де доступ до спеціалізованої психологічної допомоги був обмеженим.

Окрім того, частина доглядачів через початок повномасштабного вторгнення 24 лютого 2022 року була змушена виїхати у інші регіони, що призвело до необхідності працювати з ними за допомогою інтернет-ресурсу. Запропонована програма з психоосвіти сприяла налагодженню комплєнса між доглядачем-родичем та пацієнтом хворим на деменцію.

Сімейні доглядачі стали більш обізнаними щодо хвороби свого родича, її причин виникнення та формування порушень інтелектуальних здібностей (пам'яті, уваги, мислення, навичок, що необхідні у повсякденному житті, порушення мови, а також психопатологічних проявів захворювання у вигляді патологічних форм поведінки (маячних ідей, галюцинацій, сильно вираженого рухового збудження, недоречної сексуальної поведінки).

В рамках психоосвітніх занять надавали інформацію про симптоми деменції, що супроводжуються порушеннями пам'яті і уваги та пов'язані зі стадією прогресування деменції.

Психоедукація для сімейних доглядачів здійснювалася за допомогою різноманітних просвітницьких заходів – інформаційних буклетів, відеофільмів, групових лекцій, практичних семінарів, тренінгів, презентацій, флеш-мобів, інтернет-ресурсів.

Важливим напрямком стало ознайомлення доглядачів із техніками самопомоги, що сприяли підвищенню адаптаційних ресурсів, поглибленню уявлення про стрес і його вплив на організм, способи адаптації до різних життєвих подій.

Заняття із психоосвіти поєднували із використанням базових технік когнітивно-поведінкової терапії.

Даний метод був першим базовим кроком допомоги доглядачам, адже саме сімейні доглядачі стикаються з подвійним емоційним навантаженням, по-перше - вони дізнаються про важкий та невиліковний діагноз близької людини, по - друге – мають здійснювати цілодобовий догляд за родичом із деменцією, що змінює звичний уклад життя, вносить соціальні та економічні обмеження, впливає на професійну та сімейну сфери.

Психоосвіта застосовувалася як один із пріоритетних напрямків психологічної допомоги особам *другої групи*, які здійснюють догляд за пацієнтами із деменцією різного генезу (професійним доглядачам).

Поглиблення уявлень та ознайомлення із різноманітними проявами, симптомами, відмінностями та перебігом захворювання пацієнта із деменцією, а також особливостями свого ментального здоров'я було важливим чинником, що сприяло соціальній та особистісній адаптації.

Для професійних доглядачів проводили воркшопи, майстер-класи, групові лекції, тренінги, презентації.

Відомо, що психоедукація спрямована на усвідомлення і поглиблення знань про хворобу, а не на повноцінний навчальний процес і саме тому для професійних доглядачів важливим був індивідуальний підхід. Враховуючи, що у другий групі професійних доглядачів поширеними були явища астенизації, апатії, швидкого виснаження, зниження загальної активності та

працездатності, що, відповідно, впливає також на рівень засвоєння матеріалу, застосовано на початку індивідуальні форми роботи.

Другий етап було присвячено лікувально-стабілізуючим заходам.

У сімейних доглядачів першої групи він містив активну психотерапевтичну інтервенцію та фармакотерапію.

Метою даного етапу була постановка цілей, відпрацювання негативних емоцій, релаксаційний тренінг, когнітивне реконструювання.

Об'єктом психотерапевтичного впливу стали психологічні фактори: інтрапсихічний конфлікт, механізми психологічного захисту, зокрема патологічна реакція особистості як на своє захворювання, так і близького родича, система значимих стосунків доглядача, порушення соціальних зв'язків та функціонування.

Система психотерапевтичної корекції в даній групі включала методи когнітивно-біхевіоральної психотерапії та сімейної психотерапії. Вказаний психотерапевтичний комплекс дозволяв максимально оптимізувати потенційні можливості доглядача, сприяв складанню сприятливих мікросоціальних обставин та подоланню емоційного перевантаження.

Фармакотерапія проводилася у відповідності з уніфікованими протоколами для надання психіатричної допомоги з урахуванням індивідуальних особливостей доглядачів та синдромальної структури непсихотичного психічного розладу.

У відповідності до клінічних протоколів застосовували транквілізатори, снодійні засоби, антидепресанти, тимостабілізатори, нейролептики. Анксиолітики та снодійні засоби призначали у поєднанні з антидепресантами при вираженому тривожному, тривожно-депресивному синдромі та емоційно-афективних порушеннях.

У відповідності до стандартів надання психіатричної допомоги з урахуванням індивідуальних особливостей доглядачів, а також синдромальної структури психічного непсихотичного розладу найчастіше застосовано антидепресанти: агомелатін (агоніст MT_1 - та MT_2 - рецепторів, антагоніст

5HT_{2c} - рецепторів), венлафаксин (інгібітор зворотного захвату серотоніну та норадреналіну), пароксетин, есциталопрам, циталопрам (селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну).

Для доглядачів першої групи психотерапія застосовувалась патогенетично і індивідуально обґрунтовано, у комплексі терапевтичних впливів, із поєднанням індивідуальних та групових форм роботи. Терапевтичні сесії когнітивно-поведінкової психотерапії проводили не менш як 1-2 рази на тиждень, тривалістю від 60 до 90 хвилин. Релаксаційний тренінг застосовували в індивідуальній формі по 1-2 рази на добу по 30 хвилин, а в груповій формі по 2-3 рази на тиждень до 60 хвилин. Курс даного терапевтичного втручання становив від 3-х до 4-х місяців.

Групова робота давала можливість пацієнтам обговорити отриману інформацію з іншими учасниками, зіставити її з власним досвідом. Важливе значення мав той факт, що учасники могли отримати важливу інформацію не тільки від лікаря, але і від інших учасників, обмінюватися власними переживаннями.

Заняття в групі давали змогу підтримати доглядача на стабільному рівні функціонування. Не менш значущим результатом групової програми було і те, що вона сприяла створенню додаткової мережі емоційної підтримки. Створено платформу для цілодобової підтримки піклувальників, для розвитку комунікації та розширення соціальної взаємодії в комплаєнсі «лікар — доглядацьник», «доглядацьник — доглядацьник».

Групова психотерапія більше, ніж який-небудь інший метод психосоціального впливу, сприяв відновленню системи відносин хворих з мікросоціальним оточенням, приведенню ціннісних орієнтації у відповідність зі способом життя. Заняття в групі дозволяли нам підтримати доглядача на стабільному рівні функціонування, краще розуміти характер і особливості психічного захворювання і те, як воно впливає на хворого та членів його родини. Окрім того, групова психотерапія дозволяє використовувати стимулюючу роль адаптованих пацієнтів.

В умовах групи здійснювався одночасний вплив на всі основні компоненти відносин - пізнавальний, емоційний і поведінковий; досягається більш глибока перебудова найважливіших властивостей особистості, до яких відносяться свідомість, соціальність і самостійність. Це першочергові завдання, без яких неможливе успішне соціальне функціонування пацієнтів.

Поставлені завдання реалізовувались у певній послідовності, що забезпечувало максимально ефективне поєднання елементів раціональної та когнітивно-поведінкової психотерапії. Психотерапевтичні інтервенції у доглядачів першої групи відповідали наступним етапам:

I етап «Оцінка психоемоційного стану»

II етап «Формування психотерапевтичного альянсу»

III етап «Медико-психологічна реабілітація»

IV етап «Психологічний супровід та аналіз ефективності можливого позитивного результату».

Провідною метою даного етапу було закріплення досягнутого позитивного результату, формування навичок психічної саморегуляції, поява сформованої системи життєвих цілей, цінностей, відношення до важкої хвороби свого родича та свого захворювання [3,5,6,9,81].

Щодо доглядачів першої групи застосовувались елементи індивідуальної раціональної психотерапії, у тому числі за умови зустрічей в процесі повсякденних контактів лікаря із пацієнтом хворим на деменцію. Такі обставини психотерапевтичного процесу були покликані сприяти максимально активній участі доглядача у лікувально-діагностичних заходах, підвищити особисту відповідальність за ефективність здійснюваних впливів.

Враховуючи, що для сімейних доглядачів характерним був тривожно-депресивний синдром, а базовими елементами тривожно-депресивного синдрому, як правило, виступають невпевненість у собі і атрибуція ворожості, негативне ставлення до себе і оточуючих, саме тому психотерапевтичні заняття мали важливе значення, виконуючи для пацієнтів стимулюючу роль,

адресно впливаючи на такі переживання, як неспроможність і втрата самоконтролю.

Значна увага надавалась підвищенню самоповаги доглядачів, адже вони виконували досить важливу та необхідну роль, як для свого родича, так і для суспільства. Таким чином, створювали умови для відчуття доглядачами своєї важливості та активної позиції у лікувально-реабілітаційному процесі, що сприяло потенціюванню готовності, відповідальності та більш ретельного виконання психотерапевтичного режиму. Важливим результатом ставало і набуття ефективних прийомів опосередкованого психокорекційного впливу як на доглядача, так і на його сім'ю.

Для сімейних доглядачів заняття у психотерапевтичних групах сприяли виникненню і закріпленню почуття належності до групи, що породжувало ефект захищеності, безпеки та не самотності у даній проблемі.

Як правило, належність до доброзичливо налаштованої групи трансформує уявлення про неповторність і виключність свого стану та захворювання пацієнта на деменцію. Сімейні доглядачі усвідомлювали, що вони не самотні у даному питанні, що подібне переживають багато інших сімей.

Таким чином психотерапевтичний ефект спрямовувався на базові елементи тривоги, внаслідок чого відзначалося зменшення пов'язаного із цим напруження, формувалася переоцінка відношення до своєї хвороби та адаптація до захворювання родича, зміцнення віри в успіх лікування, підвищення самооцінки, формування адекватних життєвих планів.

Психотерапевтична стратегія реалізовувалась не лише по відношенню до доглядача, а й спрямовувалась на найближче соціальне оточення, особливо сім'ю, котра виступала однією із головних мішеней дезадаптації, що і було наслідком їх неспроможності психічної патології. Окрім корекції актуального стану, відбувалось моделювання, спрямоване на профілактичні цілі, ретельно враховувалась динаміка психопатологічних розладів і пов'язаних із ними змін

внутрішньої картини хвороби та стереотипів поведінки у соціальному оточенні.

В процесі нашої терапевтичної роботи з доглядачами особливу увагу приділяли наступним процесам:

1. Усвідомлення впливу думок на емоції та поведінку;
2. Навчитись виявляти негативні автоматичні думки і спостерігати за ними;
3. Досліджувати негативні автоматичні думки і аргументи, їх підтвердження і спростування («за» і «проти»);
4. Замінити помилкові когніції на більш раціональні думки;
5. Виявляти та змінювати дезадаптивні переконання, що формують сприятливий ґрунт для когнітивних помилок.

Тривалість психотерапевтичної роботи складала близько 6 місяців. Протягом цього часу, використовуючи прийоми, що лежать на перетині когнітивізму, біхевіоризму і психоаналізу, ми прагнули допомогти доглядачам здобути навички подолання стресового навантаження, отримання задоволення, закріплення нових знань та здобуття самоповаги. У процесі терапевтичної роботи широко використовувались методи відволікання та рольові ігри. Дані методики проводили із поступовим ускладненням та закріпленням завдань. Доглядачам запропоновано виконувати домашні завдання у вигляді «щоденників», що сприяло розвитку самоконтролю та напрацювання навичок самостійного подолання труднощів.

Застосована сімейна психотерапія для сімейних доглядачів спрямована на поліпшення міжособистісної комунікації, підвищення автономії, емпатії, оптимізації стилю спілкування в сім'ї, підвищення ефективності рольового виконання, конструктивне вирішення конфліктів, ліквідація наявних в одного або кількох членів сім'ї невротичних симптомів.

Під час проведення занять з сімейної психотерапії ми прагнули допомогти сім'ї розкрити і зрозуміти глибинний конфлікт, що лежить в основі

дезадаптивного ставлення до члена сім'ї та його хвороби, а також досягти його особистісної реконструкції.

Стратегічні завдання системної сімейної психотерапії визначали наступним чином: розвиток здатності до взаєморозуміння та емпатії та здатності приймати існуючі відмінності в оцінках та поглядах; досягнення в кожного члена сім'ї відчуття, що його інтереси та потреби розуміють і поважають інші члени сім'ї; формування гнучкішого ставлення до того, хто стає лідером у певній ситуації; вдосконалення навичок індивідуального та спільного вирішення проблем по догляду за пацієнтом із деменцією; відмова членів сім'ї від надмірного навантаження по догляду когось одного із сім'ї; розвиток здатності членів сім'ї до інтроспекції та аналізу власних потреб та переживань пов'язаних із хворобою та доглядом за близьким родичом; досягнення рівноваги між прагненням членів сім'ї до незалежності та згуртованості.

Під час сімейної психотерапії ми пропонували конкретні рекомендації для роботи з сімейним опором: створити сімейний альянс; брати до уваги, що всі сім'ї опираються терапії, а також, що без урахування сімейної ієрархії жодна зміна неможлива; ставати на позицію членів сім'ї з погляду їхнього погляду на проблему; починати з того, що доступно членам сім'ї; уникати вступати в боротьбу, зосереджуватись спочатку на тих аспектах проблеми, які легше піддаються змінам; розглядати відмову від співпраці не як упертість, бо як зворотний зв'язок; нарешті, укласти договір, містить реальні завдання, впоратися з якими за силою членам сім'ї.

У процесі сімейної психотерапії формувалося глибоке усвідомлення членами сім'ї динаміки взаємин між поколіннями, встановлювалася рівновага між особистими та сімейними факторами, прямий взаємний контакт і спілкування, викорінювалися взаємні звинувачення.

Другий етап (лікувально-стабілізуючий) для професійних доглядачів передбачав переважне застосування методів психотерапевтичної корекції та групової особистісно-орієнтованої реконструктивної психотерапії.

Психотерапевтична корекція застосована для 15 (32,6%) осіб при вже сформованих стадіях синдрому вигорання та спрямована на запобігання переходу зі стану резистенції у фазу виснаження, а також на попередження астено-депресивних розладів.

Психокорекційні заходи були і вкрай важливим аспектом надання терапевтичної допомоги, адже для осіб, які належали до професійних доглядачів характерною ознакою була астенична симптоматика, що тісно пов'язана зі ступенем перевтоми на роботі.

Застосування групової особистісно-орієнтованої реконструктивної психотерапії обумовлено одноманітністю психологічних проблем і симптоматики, наявності внутрішніх конфліктів і механізмів психологічного захисту у професійних доглядачів.

На даному етапі робота з професійними доглядачами проводилася переважно у груповій формі. При цьому ми виходили з того, що специфічні феномени групової динаміки найбільше сприяють розкриттю психологічної проблематики, її усвідомленню і конструктивної переробки та корекції емоційних реакцій, поведінки й когніцій.

Механізми групової психотерапії безпосередньо впливали на найтипівші психологічні проблеми та способи їх вирішення, притаманні професійним взаємодіям – незадоволеність міжособистісною взаємодією через відсутність достатньої гнучкості поведінки, бажання підвищити професійний статус і обмеження комунікативної активності внаслідок «деперсоналізації» та регресивних поведінкових тенденцій, прагнення до автономії та відчуття недостатності соціальної та психологічної підтримки.

Система психотерапії включала три компоненти внутрішньогрупової взаємодії: когнітивний, емоційний і поведінковий.

У когнітивній сфері психотерапія надавала можливість усвідомлювати, які ситуації міжособистісної взаємодії викликають негативні емоційні реакції, відмінності між самооцінкою своєї поведінки й сторонньою оцінкою, «бар'єри», які заважають реалізації спонукань, емоційних установок,

зрозуміти істинний зміст внутрішніх психологічних протиріч, типологію повторюваних конфліктних ситуацій.

В емоційній сфері психотерапія в групі професійних доглядачів із ознаками синдрому вигорання дозволяла в атмосфері взаємної довіри, емоційної підтримки з боку групи стати аутентичним, спонтанним у вираженні почуттів, досягти адекватної самооцінки, оцінки емоцій інших людей, оцінки своїх досягнень, відчувати й висловити емоційний зміст своїх життєвих проблем, змінити стереотипи емоційного реагування.

У поведінковій сфері взаємодія в групі професійних доглядачів формувала навички самостійної адекватної поведінки, орієнтованої на співробітництво, взяття на себе відповідальності замість використання неадекватних поведінкових патернів; одержані навички закріплювалися для застосування в реальних професійних ситуаціях.

Третій етап комплексної реабілітаційної програми - *підтримувально-профілактичний* – проводився як для сімейних, так і для професійних доглядачів з метою закріплення досягнутого терапевтичного результату, навичок психічної саморегуляції та нових когнітивних стратегій і включав від 2-х до 4-х групових занять. Групові заняття надавали можливість побачити універсальність проблем, що створювало передумови для подальшої більш оптимістичної життєвої перспективи. Групова психотерапія сприяла обміну досвідом по догляду за пацієнтом із деменцією, знаходила різноманітні доцільні та обґрунтовані способи розв'язання та подолання проблем, що виникали у доглядачів обох груп.

Профілактична робота з сімейними доглядачами першої групи носила комплексний характер та включала медичні, психологічні та соціальні заходи. Проводилась амбулаторно і спрямована на попередження рецидивів психогенних проявів і, як наслідок, відновлення психосоціальної адаптації.

Побудова профілактичних програм відбувалась диференційовано, з урахуванням основних факторів і умов формування непсихотичної психічної патології та психосоціальної дезадаптації: особливостей невротичного

конфлікту, характеру психотравми, впливу «професійних», соціально-демографічних і економічних чинників, анамнестичних даних, індивідуально-психологічних відмінностей та коморбідної соматичної патології.

Диференційовані профілактичні заходи щодо психосоціальної дезадаптації у доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу, базуються на загальноприйнятих вимогах до первинної, вторинної та третинної профілактики.

Первинна профілактика передбачає запобігання формуванню непсихотичних психічних розладів, усунення дії чинників ризику, що призводять до психосоціальної дезадаптації. Вторинна профілактика полягає у попередженні загострень, декомпенсації та рецидивів психогеній, що обумовлюють психосоціальну дезадаптацію. Третинна профілактика передбачає реадaptaцію доглядачів із непсихотичною психічною патологією у суспільстві, забезпечує їх ресоціалізацію та реабілітацію гармонійних стосунків у основних сферах соціального спілкування.

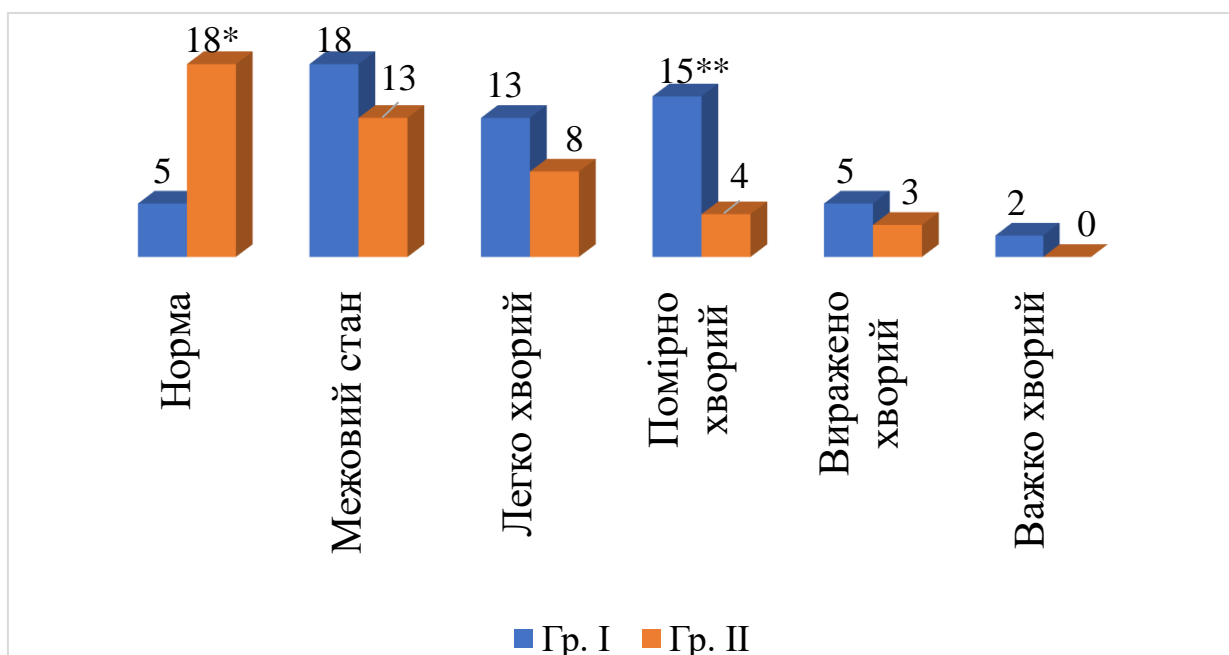
Для професійних доглядачів другої групи, які не мали ознак та проявів емоційного вигорання, профілактика включала: впровадження загальногігієнічних рекомендацій щодо організації праці на робочому місці, спрямованих на оптимізацію зусиль доглядачів з попередження надмірних виробничих стресів; вироблення навичок конструктивної поведінки, яка передбачає подолання стандартних невідповідностей між особистістю працівника та особливостями його професійної діяльності з пацієнтами хворими на деменцію різного генезу [19,35,51].

Із специфічних заходів профілактики для осіб, які здійснювали догляд за пацієнтами із деменцією застосовано – аутогенне тренування з акцентом на навчання методам релаксації та саморегуляції вегетативних функцій з метою підвищення стресостійкості.

За результатами шкали CGI-S - загального клінічного враження, тяжкості стану, встановлено, що у першій групі сімейних доглядачів зареєстровано наступні результати: норма - у 5 (8,6%), межовий

стан - 18 (31,0%), легко хворі - 13 (22,5%), помірно хворі - 15 (25,9%), виражено хворі – 5 (8,6%), важко хворі – 2 (3,4%). Випадків дуже тяжкого психічного стану в першій групі, сімейних доглядачів виявлено не було.

У другій групі професійних доглядачів показник склав норму - у 18 (39,1%), межовий стан - 13 (28,3%), легко хворі - 8 (17,4%), помірно хворі - 4 (8,7%), виражено хворі – 3 (6,5%). Випадків тяжкого та дуже тяжкого психічного стану в другій групі професійних доглядачів не відмічалось.



Примітка: * - відмінності показників є достовірними при значенні $p < 0,01$.

** - відмінності показників є достовірними при значенні $p < 0,05$.

Рис. 5.1. Загальне клінічне враження за шкалою CGI-S у I та II групах доглядачів

За результатами шкали CGI-I - загального клінічного враження, шкали покращення, констатовано, що в першій групі сімейних доглядачів зареєстровано: дуже хороше поліпшення у 23 (39,7%), хороше поліпшення - 26 (44,8%), мінімальне поліпшення - 6 (10,3%), без змін - 3 (5,2%). Випадків

погіршення психічного стану в першій групі сімейних доглядачів виявлено не було.

У другій групі професійних доглядачів, за результатами шкали CGI-I, показник був наступний: дуже хороше поліпшення - 15 (32,6%), хороше поліпшення - 27 (58,7%), мінімальне поліпшення - 3 (6,5%), без змін - 1 (2,2%). Випадків погіршення психічного стану в другій групі професійних доглядачів не встановлено. Отримані результати відображено на рис. 5.2.

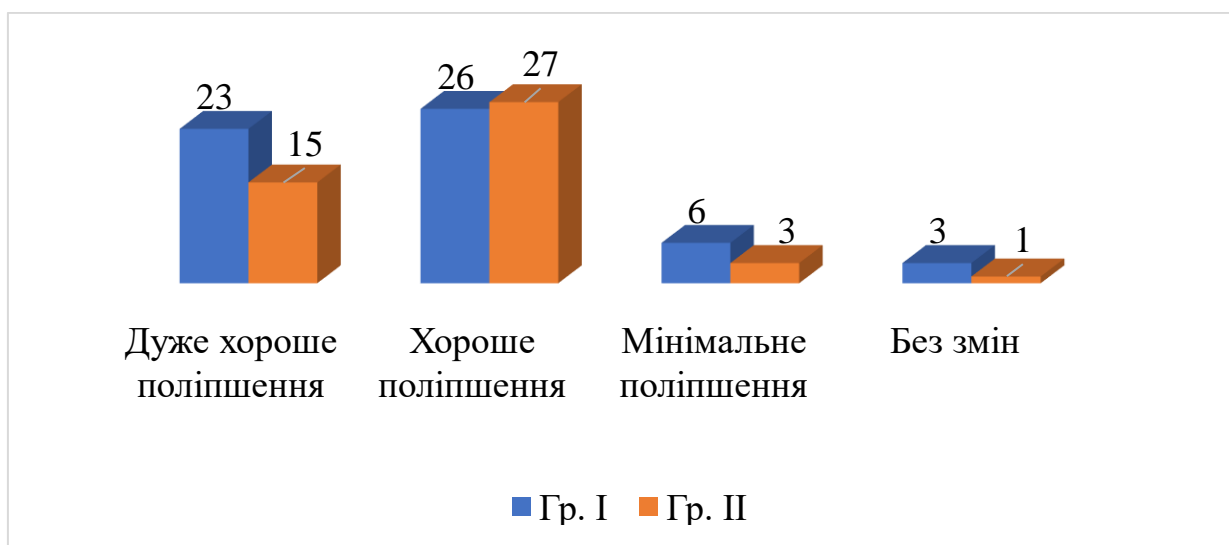


Рис. 5.2. Динаміка стану доглядачів за шкалою CGI-I у I та II групах

За результатами шкали CGI-I — загального клінічного враження, шкали покращення, встановлено, що у першій групі сімейних доглядачів зареєстровано у 55 (94,8%) випадків покращення психічного стану, у 3 (5,2%) відсутність динаміки психічного стану обстежених. Випадків погіршення психічного стану в першій групі сімейних доглядачів виявлено не було.

У другій групі професійних доглядачів показник склав: 45 (97,8 %) покращення психічного стану, відсутність динаміки виявлена лише у 1 (2,2 %). Випадків погіршення психічного стану в другій групі професійних доглядачів виявлено не було.

Динаміка показників результатів за шкалою CGI-I у першій групі сімейних доглядачів свідчить на користь ефективності розробленої системи

реабілітації, про що вказує достовірне переважання показника одужання та відсутність пацієнтів із погіршенням психічного стану в даній групі.

Згідно результатів катamnестичного дослідження, у 93,1% сімейних доглядачів першої групи зберігалися отримані під час реабілітації результати, що свідчить на користь обраних методів психопрофілактики. У групі професійних доглядачів цей показник склав 93,5%, що демонструє досить високу стійкість досягнутих результатів. Отримані дані підтверджують ефективність розробленої комплексної програми реабілітації та профілактики для доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу для обох груп.

Висновки до розділу 5

Таким чином, реабілітаційна робота з доглядачами за пацієнтами із деменцією різного генезу має являти собою систему, що відзначається етіопатогенетичною спрямованістю і базується на принципах комплексності, індивідуальної диференційованості, етапності та послідовності.

Встановлено, що для сімейних доглядачів головною метою реабілітаційного процесу має бути адаптація до нових змінених умов життя, пов'язаних із важкою хворобою родича та терапія психопатологічних розладів, для чого високу ефективність показало застосування когнітивно-біхевіоральної та сімейної психотерапії. Профілактична робота з сімейними доглядачами повинна бути спрямована передовсім на попередження рецидивів непсихотичних психічних розладів і відновлення психосоціальної адаптації.

Доведено, що для професійних доглядачів провідною метою реабілітації була корекція дезадаптивних поведінкових тенденцій із застосуванням методів групової психотерапевтичної корекції та особистісно-орієнтованої реконструктивної психотерапії. Для професійних доглядачів основну увагу слід спрямовувати на профілактику синдрому емоційного вигорання за допомогою аутогенного тренування з акцентом на навчання методам

релаксації та саморегуляції вегетативних функцій з метою підвищення стресостійкості

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

1. Орлова О. В. Особливості особистісної характеристики осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2023. – Т. 23, № 2. – С. 51-54.

2. Орлова О. В., Животовська Л. В. Оцінка ефективності програми комплексної психокорекції осіб, що виконують функцію догляду за пацієнтами з деменцією// Український вісник психоневрології. – 2023. вип. 3 (116). – С. 99–103.

3. Орлова О.В. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 123476. Науковий твір «Буклет-опитувач для доглядачів за пацієнтами з деменцією» / Орлова О.В., Скрипніков А.М., Животовська Л.В. літературний письмовий твір наукового характеру; Дата реєстрації 05.02.2024 // Авторське право: офіційний бюлетень. – 2023. – С. – 2.

ВИСНОВКИ

1. У дисертації наведено теоретичне обґрунтування і нове вирішення актуальної задачі сучасної психіатрії – створення комплексної системи реабілітації для доглядачів за пацієнтами з деменцією, на основі вивчення їх соціально-демографічних, клініко-анамнестичних, клініко-психопатологічних та адаптаційних особливостей.

2. Професійні доглядачі працювали із пацієнтами, які мали більш виражену психопатологічну симптоматику і при цьому суб'єктивно оцінювали пережитий ними дистрес нижче ніж у сімейних доглядачів.

За оцінкою сімейних доглядачів, середньогруповий показник частоти і тяжкості нейропсихіатричних симптомів за шкалою NPI у пацієнтів з деменцією, якими вони опікувались, становив $21,37 \pm 1,91$. У хворих, за якими виконували догляд професійні доглядачі, він був достовірно вищим і становив $42,37 \pm 2,21$.

У той же час середньогруповий показник рівня дистресу, визначений шляхом самооцінки за методикою NPI, для сімейних доглядачів становив $11,56 \pm 2,35$, а для групи професійних доглядачів склав $7,59 \pm 1,54$.

Для сімейних доглядачів було характерним порогове стресове навантаження (доглядачі вимушені були левову частку своєї енергії та ресурсів витратити на боротьбу з негативними наслідками стресу) та високе стресове навантаження (загроза невротичних і психосоматичних проявів через нервові виснаження). Для професійних доглядачів найбільш характерним було високе стресове навантаження.

3. Встановлено, що для осіб, які здійснювали догляд за пацієнтами на основі родинного зв'язку, базовим, «наскрізним» порушенням була тривога, а у професійних доглядачів – астенія.

У сімейних доглядачів достовірно частіше спостерігались неспсихотичні психічні розлади. Група професійних доглядачів відзначалась меншою поширеністю симптоматики психічних розладів, вони проявлялись переважно психосоціальною дезадаптацією і синдромом емоційного вигорання.

4. У сімейних доглядачів психосоціальна дезадаптація носила більш виражений характер та була представлена переважно сімейним, виробничим та економічним варіантами. Професійні доглядачі найчастіше виявляли ознаки психосоціальної дезадаптації комунікативного варіанту.

5. У професійних доглядачів показники ситуаційної тривожності є достовірно нижчими за сімейних доглядачів. Обидві групи доглядачів мають не значні відмінності у показниках особистісної тривожності, що були помірними в обох групах.

6. На фізичний та психологічний стан доглядачів негативно впливало збільшення часу, який витрачався на догляд за хворим. Особи, які здійснювали догляд на професійній основі, та не працювали понаднормово, мали достовірно вищі показники якості життя порівняно із доглядачами, які здійснювали догляд на родинній основі та проживали спільно із пацієнтом.

7. Реабілітаційна робота з доглядачами за пацієнтами із деменцією різного генезу має являти собою систему, що відзначається етіопатогенетичною спрямованістю і базується на принципах комплексності, індивідуальної диференційованості, етапності та послідовності.

Для сімейних доглядачів головною метою реабілітаційного процесу має бути адаптація до нових змінених умов життя, пов'язаних із важкою хворобою родича та терапія психопатологічних розладів, для чого високу ефективність показало застосування когнітивно-біхевіоральної та сімейної психотерапії. Профілактична робота з сімейними доглядачами повинна бути спрямована передовсім на попередження рецидивів неспсихотичних психічних розладів і відновлення психосоціальної адаптації.

Для професійних доглядачів провідною метою реабілітації була корекція дезадаптивних поведінкових тенденцій із застосуванням методів

групової психотерапевтичної корекції та особистісно-орієнтованої реконструктивної психотерапії. Для професійних доглядачів основну увагу слід спрямовувати на профілактику синдрому емоційного вигорання за допомогою аутогенного тренування з акцентом на навчання методам релаксації та саморегуляції вегетативних функцій з метою підвищення стресостійкості.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Ефективність комплексної персоніфікованої системи реабілітації та профілактики для доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу базується на принципах комплексності, індивідуальної диференційованості, етапності та послідовності з використанням психоедукаційних та психотерапевтичних інтервенцій залежно від виду і інтенсивності психосоціальної дезадаптації, рівня дистресу та несприятливого психічного розладу.

Для доглядачів за пацієнтами із деменцією різного генезу, які мають родинний зв'язок, психотерапевтичні заходи повинні бути спрямовані на посилення і підкріплення ефекту антидепресивної та протитривожної терапії, нівелювання ознак психосоціальної дезадаптації. За наявності несприятливого психічного розладу, залежно від вираженості психосоціальної дезадаптації та її варіанту, заходи з психотерапії та психокорекції плануються індивідуально з урахуванням тяжкості основного захворювання.

Для професійних доглядачів, за умов сформованого синдрому емоційного вигорання, психокорекційні заходи рекомендовано спрямовувати на дезактуалізацію стресора, зменшення його інтенсивності та реакції доглядача на нього.

Профілактична програма має проводитися диференційовано, з урахуванням основних факторів та умов формування несприятливої психічної патології та психосоціальної дезадаптації.

Профілактична робота з сімейними доглядачами має носити комплексний характер і включати медичні, психологічні, соціальні заходи та спрямована на попередження рецидивів психогенних проявів і, як наслідок, відновлення психосоціальної адаптації.

Для професійних доглядачів, за наявності синдрому емоційного вигорання, профілактика передбачає запобігання формуванню несприятливих

психічних розладів, усунення дії чинників ризику, що призводять до психосоціальної дезадаптації.

Для професійних доглядачів, які не мали ознак та проявів емоційного вигорання, профілактика має здійснюватися за допомогою загальногігієнічних рекомендацій щодо організації праці на робочому місці та специфічних заходів профілактики у вигляді аутогенного тренування з акцентом на навчання методам релаксації та саморегуляції вегетативних функцій з метою підвищення стресостійкості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, «Деменція». Реєстр медико-технологічних документів МОЗ України. 2016. С. 112. URL: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_736_Demencia/2016_736_AKN_Dem.pdf.
2. Аймедов К. В., Волощук Д. А. Оцінка ефективності комплексного медико-соціального супроводу пацієнтів з судинною деменцією // Архів психіатрії. 2016. № 22 (3). С. 20-27.
3. Афанасьєва Н. Є., Перелигіна Л. А. Теоретико-методологічні основи соціально-психологічного тренінгу // навч. посіб. Нац. ун-т цивіл. захисту України. Х.: ХНАДУ, 2015. - 315 с.
4. Белов А. А., Пшук Н. Г. Some trends of clinical phenomenology of modern depressive disorders // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2020: Т. 11, № 1. С. 98-104.
5. Волошин П. В., Марута Н. О. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди // Український вісник психоневрології. 2015. № 23 (1). С. 5–11.
6. Волощук Д. А. Комплексна реабілітація хворих на судинну деменцію за участі членів їх родин: автореф. дис. канд. мед. наук. Харків, 2017. 23 с.
7. Зливков В. Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях // метод. посіб. К.: Педагогічна думка, 2016. – 219 с.
8. Злобін О. О. Сталі комплекси нейропсихіатричної симптоматики, притаманні хворим з судинною деменцією з різною ЛВУ головного мозку // Український вісник психоневрології. 2020. Т. 28, № 3 (104). С. 44-50. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is3-2020-7/>.
9. Герасименко Л. О. Когнітивно-поведінкова психотерапія при тривожно-депресивних розладах у жінок із соматичною патологією //

Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. 2014. № 4. С. 51–56.

10. Герасименко Л. О. Нова методика діагностики психосоціальної дезадаптації // Лікарська справа. 2018. № 1-2. С. 82–88.

11. Герасименко Л. О., Скрипніков А. М., Ісаков Р. І. Психогенні психічні розлади // навч.-метод. посіб. К.: ВСВ «Медицина», 2021. - 208 с.

12. Герасименко Л. О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі) // Український вісник психоневрології. 2018. № 1. С. 62–65.

13. Герасименко Л. О. Психосоціальна дезадаптація осіб, які доглядають пацієнтів із хворобою Альцгеймера // Медична психологія. 2017. № 1. С. 9–13.

14. Герасименко Л. О., Скрипніков А. М. Свідectво про реєстрацію авторського права на твір № 70207. Шкала психосоціальної дезадаптації : літературний письмовий твір наукового характеру; Дата реєстрації 31.01.2017 // Авторське право і суміжні права: офіційний бюлетень. 2017. № 44. С. 265.

15. Герасименко Л. О., Скрипніков, А. М., Ісаков, Р. І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад // навч. посіб. К.: ВСВ «Медицина, 2023. – 120 с.

16. Гринь К. В. Роль спадковості у розвитку тривожних розладів серед пацієнтів з обтяженим сімейним анамнезом відносно деменції // Український журнал медицини, біології та спорту. 2022. Т. 7, № 6. С. 70 –75.

17. Дембіцький С. Симптоматичний опитувальник Леонарда Дерогатиса (SCL-90-R): валіди́зація в Україні // Соціологія: теорія, методи, маркетинг. 2015. № 4. С. 52-64.

18. Денисенко І. Д., Ковальова І. О. Конфлікт та спілкування: Теорія і практика створення позитивного іміджу сучасного педагога // навч.посіб. Х.: Константа, 2001. – 100 с.

19. Дуткевич Т. В. Конфліктологія з основами психології управління // навч. посіб. К.: ЦНЛ, 2005. — 456 с

20. Ждан В. М. Основи медичної психології / В.М. Ждан, А.М. Скрипніков, Л.В. Животовська, Г.Т. Сонник, М.О. Денко // навч.-метод. посіб. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рів. акред. та лік.-інтерн. П.: ТОВ «АСМІ», 2014. - 255 с.

21. Ісаков Р. І. Варіативність та інтенсивність психопатологічної симптоматики та проявів макросоціальної дезадаптації у жінок із депресивними розладами різного генезу // Проблеми безперервної медичної освіти та науки. 2020. № 1 (37). С. 45–50.

22. Ісаков Р. І. Психосоціальна дезадаптація у жінок з депресивними розладами різного генезу (психодіагностика, феноменологія, психосоціальна реабілітація): автореф. дис. канд. автореф. дис на здобуття навч. ступеня док. мед. наук. Харків, 2021. - 40 с.

23. Ісаков Р. І. Якість життя жінок, що здійснюють догляд за пацієнтами із судинною деменцією і хворобою Альцгеймер // Практикуючий лікар. 2022. Т. 11, № 4. С. 53–56.

24. Ісаков Р. І. Предиктори формування та особливості клінічної картини розладів адаптації / Р.І. Ісаков, Л.О. Герасименко, П.В. Кидонь, Ю.О. Фисун, О.О. Белов, Н.Г. Пшук, А.М. Скрипніков // Світ медицини та біології. 2023. № 1 (83). С. 72–77.

25. *Кайдалова Л. Г., Пляка Л. В.* Психологія спілкування // навчальний посібник. Х.: НФаУ, 2011р. – 132 с.

26. Камінська А. О., Агішева Н. К. Особливості стану психоемоційної сфери референтних родичів хворих із ендogenousними психічними розладами як детермінанта типу суб'єктивного ставлення до пацієнта // Медицина сьогодні і завтра. 2019. Т. 82, № 1. С. 54-63.

27. Камінська А. О. Психоедукація як елемент психосоціальних інтервенцій у складі комплексної системи медико-психологічного супроводу сім'ї, де проживає хворий з ендogenousним психічним розладом // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2020. № 13. С. 104-109.

28. Каплюх О. М. Оцінка психоемоційного стану родичів хворих на деменцію як основа їх медико-психологічної підтримки // Експериментальна і клінічна медицина. 2021. № 90. С. 35-40.
29. Каплюх О. М. Психосвітні програми для родичів хворих на деменцію // Український вісник психоневрології. 2022. Т. 30, № 1. С. 52–54.
30. Катеренчук І. П., Ждан В. М., Катеренчук О. І. Депресія як незалежний фактор кардіоваскулярного ризику та її значення на різних етапах серцево-судинного континууму // Практикуючий лікар. 2013. № 2. С. 52-57.
31. Кириленко Т. С. Психологія: емоційна сфера особистості // навч. посіб. К.: Либідь, 2007. – 256 с.
32. Кожина Г. М. Психіатрія та наркологія в загальній медичній практиці / Г.М. Кожина, Н.О. Марута, Л.М. Юр'єва, В.І. Коростій, Г.О. Самардакова, Л.М. Гайчук, К.О. Зеленська, І.В. Лещина // навч. посіб. – К.: ВСВ «Медицина», 2019. – 344 с.
33. Кожина Г. М. Комплексний підхід в терапії розладів адаптації / Г. М. Кожина, К.О. Зеленська, Т.Ю. Краськовська, М.І. Кожин // Український вісник психоневрології. 2020. Т. 28, № 4. С. 34-39.
34. Козідубова В. М. Психокорекція психічних і психопатологічних розладів при ревматологічній патології / В.М. Козідубова., С.М. Долуда, В.Я. Гончаров, Є.М. Баричева, О.В. Гурницький, В.О. Щербань // Запорізький медичний журнал. 2020. № 22 (4). С. 522-526.
35. Кокотова О. О. Особливості емоційного вигорання у середнього медичного персоналу психіатричних установ (структура, механізми формування, психотерапевтична корекція): автореф. дис. канд. мед. наук. Х., 2010. 19 с.
36. Копчак О. О. Поведінкові розлади у пацієнтів з деменцією: клініка, діагностика та лікування // Міжнародний неврологічний журнал. 2017. № 8 (94). С. 44-50. DOI: <https://doi.org/10.22141/2224-0713.8.94.2017.120700>.

37. Лященко Ю. В., Юр'єва Л. М. Вплив порушень сну на якість життя у хворих з тривожно-депресивними розладами невротичного та органічного генезу // *Psychiatry, Neurology and Medical Psychology*. 2021. № 18. С. 25-31.
38. Лященко Ю. В., Юр'єва Л. М. Клінічні особливості порушень сну при тривожних розладах невротичного та органічного генезу // *Медичні перспективи*. 2021. Т. 26, № 3. С. 100-106.
39. Максименко С. Д., Карамушка Л. М., Зайчикова Т. В. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: Гендерні аспекти // навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів післядиплом. освіти. К.: Міленіум, 2006. - 97 с.
40. Марута Н. О. Клініко-психопатологічні, генеалогічні та генетичні закономірності формування рекурентних депресивних розладів / Н.О. Марута, Л.О. Атраментова, О.М. Утєвська, Т.В. Панько, О.Є. Семікіна, О.С. Череднякова // *Український вісник психоневрології*. 2022. № 3 (112). С. 105-114.
41. Марута Н. О., Лінська К. І. Об'єктивна оцінка ефективності терапії хворих з депресіями на основі аналізу їхніх мимовільних реакцій протягом комплексного психодіагностичного та психофізіологічного дослідження // *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2020. № 15. С. 15-23.
42. Марута Н. О., Панько Т. В. Критерій якості життя в психіатричній практиці: монографія // Х.: РВФ АРСІС, ЛТД, 2014. – 240 с.
43. Марута Н. О., Чабан О. С. Особливості емоційного вигорання у працівників сфери неврологічного та психіатричного здоров'я. *Український вісник психоневрології*. 2021. № 2 (107). С. 14-20.
44. Марута Н. О., Федченко В. Тривожно-депресивні порушення в структурі розладів адаптації (клініка, діагностика, терапія) // *Сімейна медицина*. 2020. № 5-6. С. 23-30
45. Марута Н. О., Юр'єва Л. М. Охорона психічного здоров'я // підручник для лікарів. - Х.: Строков Д. В., 2022. - 383 с.

46. Марута Н. О., Ярославцев С. О. Предиктори суїцидальної поведінки у пацієнтів із когнітивними порушеннями при депресивних розладах // Буковинський медичний вісник. 2020. № 4. С. 58-64.
47. Мельничук О. Б. Психологія особистості: Хрестоматія: навч. посіб. / О.Б. Мельничук, Р.Ф. Пасічняк, Л.М. Вольнова, О.П. Патинок, Г. А. Дьоміна, Л.П. Башук // К.: НПУ імені М.П.Драгоманова, 2009. – 532
48. Михайлов Б. В. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці – сімейній медицині / Б.В. Михайлов, О.І. Сердюк, В.В. Чугунов, В.О. Курило, П.Г. Андрух, Ю.І. Заседа // навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти. – 5-е вид., перероблене та доповнене. Х. : ХМАПО. 2014. 328 с
49. Мишаківська О. М. Особливості психічного стану пацієнтів з деменцією, які тривало перебувають у медичних установах: результати 6-місячного спостереження // Архів психіатрії. 2016. № 22. С. 68-75.
50. Моїсеєнко Р. О. Оптимізація системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні: реалії і перспективи / Р.О. Моїсеєнко, Н.Г. Гойда, А.В. Царенко, В.М. Князевич, В.В. Чайковська // монографія. Київ. 2022. - 146 с.
51. Морозов С. М. Бондар В. Клінічна психологія. Ч.1: Психологія лікувальних впливів. Феномен плацебо // навч. посібник: Видавництво Київського університету ім. Т.Г. Шевченка, 2001. – 117 с.
52. Мудренко І. Г. Взаємозв'язок клініко-анамнестичних особливостей хворих та суїцидального ризику при деменціях // Архів психіатрії. 2018. Т, 24. № 1. С. 53-55.
53. Мудренко, І. Г. Клініко-психопатологічні особливості хворих на судинну деменцію з високим ризиком суїциду // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, № 1. С. 83-88.
54. Напреєнко О., Напреєнко Н., Долинський Р. Проблема когнітивних порушень в контексті депресивної симптоматики у хворих на посттравматичний стресовий розлад // Психосоматична медицина та загальна практика. 2021. Т. 6, № 4. e0604333-e0604338.

55. Овчаренко М. О., Євтушенко Ю. О., Радченко Т. М. Мультидисциплінарний підхід до лікування та супроводу хворих на судинну деменцію // *Colloquium-journal*. 2020. № 3 (55). С. 59-62.

56. Орлова О. В. Аналіз чинників, які впливають на стан психоемоційної сфери осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією // *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії*. 2021. Т. 21, № 4. С. 53–56.

57. Орлова О.В. Показники якості життя осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією / О.В. Орлова, Л.В. Животовська, Д.І. Бойко, Л.А. Боднар // *Проблеми екології та медицини*. 2021. № 5-6. С. 16–19.

58. Орлова О. В., Животовська Л. В. Оцінка ефективності програми комплексної психокорекції осіб, що виконують функцію догляду за пацієнтами з деменцією // *Український вісник психоневрології*. 2023. № 31. Р. 99–103. URL: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-v31-is3-2023-16>.

59. Підкоритов В. С. Судинна деменція-сучасна проблема психіатрії/ *Український вісник психоневрології* // 2016. Т. 24, № 4. С. 76-78.

60. Пінчук І. Я., Бабова К. Д., Гоженка А. І. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах // *метод. посібник*. К.: КАЛИТА, 2014. - 92 с

61. Пінчук, І. Я., Левада О. А., Чередниченко Н. В. Шкала Neuropsychiatric Inventory (NPI) як валідний інструмент оцінювання психопатологічних порушень при деменціях та інших органічних ураженнях мозку: українська адаптована версія та досвід застосування // *Архів психіатрії*. 2013. № 3. С. 63-68.

62. Пінчук, І. Я., Мишаківська О.М. Актуальні питання надання психіатричної допомоги хворим на деменцію // *НейроNEWS*. 2014 Т. 3, № 58. С. 20-25.

63. Пінчук І. Я. Професійний стрес у медичних працівників у період пандемії COVID-19 / І.Я. Пінчук, В.Я. Пішель, М.Ю. Полив'яна, Ю.В. Ячник, В.В. Вірченко // *Медичні перспективи*. 2021. Т. 26, № 4. С. 196-204

64. Поліщук В., Поліщук С. Вікові криза у життєвому шляху людини: базові концепти // Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Психологія. 2022. № 33. С. 82-86. DOI <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2022.5/13>

65. Про Реєстр надавачів та отримувачів соціальних послуг : Постанова Каб. Міністрів України від 27.01.2021 р. № 99. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/99-2021-п#Text>.

66. Пшук Н. Г., Камінська А. О. Детермінанти інтерперсональної комунікації у референтних родичів пацієнтів з ендogenous психічними розладами // Арх. психіатрії. - 2019. - Том 25, № 1. - С. 34-39.

67. Пшук Н. Г., Камінська А. О. Стани професійної дезадаптації у лікарів хірургічного та терапевтичного профілю // Лікарська справа. - 2018. - № 7-8. - С. 129-134.

68. Пшук Н. Г., Стукан Л. В., Сігнаєвська О. В. Використання майндфулнес-технік при тривожних розладах // Український вісник психоневрології. 2017. № 25 (1). С. 151.

69. Скрипніков А. М. Лікар і пацієнт у діагностичному процесі (психологічні аспекти) / А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков, П.В. Кидонь // Практикуючий лікар. 2021. Т. 10, № 1. С. 73–77.

70. Скрипніков А. М. Реєстраційна картка технології № 0622U000107. Спосіб прогнозування ризику розвитку тривожного розладу у постковідному періоді / заяв. А. М. Скрипніков, Д. І. Бойко, Л. В. Животовська, Р. І. Ісаков ; власник Полтавський державний медичний університет. – № Держреєстрації НДДКР: 0121U108235. – Дата реєстрації : 07.10.2022.

71. Скрипніков А. М., Гринь К. В., Погорілко О. В. Деменція: клінічний, патоморфологічний та психофармакологічний аспекти. Особливості догляду за пацієнтами з деменцією: навч.-метод. посіб. // Полтава : ПП «Астроя». 2021.- 148 с.

72. Скрипніков А. М., Герасименко Л. О., Ісаков Р. І. Діагностичний процес у психіатрії. П.: АСМІ, 2012. – 128 с.

73. Скрипніков А. М. Лікар і пацієнт у діагностичному процесі (психологічні аспекти) / А. М. Скрипніков, Л. О. Герасименко, Р. І. Ісаков, П. В. Кидонь // Практикуючий лікар. 2021. Т. 10, № 1. С. 73–77.

74. Скрипніков А. М., Герасименко Л. О., Ісаков Р. І. Психосоціальна дезадаптація при посттравматичному стресовому розладі у жінок. 2016. П.: ТОВ "АСМІ", 2016. – 155 с.

75. Скрипніков А. М., Ісаков Р. І. Особливості континууму соціальнопсихологічної адаптації — дезадаптації у жінок з різними генезом депресії та вираженістю проблем у психосоціальному функціонуванні // Архів психіатрії. 2019. № 1. С. 56-62.

76. Скрипніков А. М., Кидонь П. В. Роль мелатоніну в патогенезі та терапії депресивних розладів (огляд літератури) // Архів психіатрії. 2019. № 3. С. 147–154.

77. Рахман Л. В. Стан і структура соціального функціонування у пацієнтів із терапевтично-резистентними депресіями // Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools. Hamilton, ON. 2015. №5 (11). С. 110 – 121

78. Рахман Л. В., Маркова М. В. Взаємозв'язок провідної клініко-психопатологічної симптоматики та особливостей копінг-поведінки у хворих на терапевтично резистентні депресії // Український вісник психоневрології. 2015. № 23. С. 91–94.

79. Рустамян С. Т., Катеренчук І. П. Немедикаментозний підхід до лікування тривожно-депресивних розладів у пацієнтів, що перебувають на нирково-замісній терапії // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2022. № 2. С. 129-134.

80. Рустамян С. Т., Катеренчук І. П. Якість життя хворих, які отримують нирковозамісну терапію з урахуванням наявності цукрового діабету 2-го типу // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2022. № 4. С. 156-160.

81. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги при деменціях. Наказ МОЗ України від 19.07.2016 № 736. Реєстр медико-технологічних документів МОЗ. 2016. С. 565.

82. Фещенко Ю. І., Мостовой Ю. М., Бабійчук Ю. В. Процедура адаптації міжнародного опитувальника оцінки якості життя в Україні. Досвід застосування у хворих на бронхіальну астму // Український пульмонологічний журнал. 2002. № 3. С. 9–11.

83. Філоненко М. Психологія спілкування // навч. посіб. К.: Центр учбової літератури, 2008. - 224 с.

84. Хомазюк Т. А., Кротова В. Ю. Фактори ризику когнітивних порушень при артеріальній гіпертензії // Український медичний часопис. 2019. Т. 2, № 2. С. 34-36.

85. Чабан О. С., Сальнікова А. А. Burn Out: українські реалії (на прикладах деяких лікарських професій) // Психосоматична медицина та загальна практика. 2020. № 4. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/203>.

86. Чабан О., Сінькевич І. Тривога та порушення сну: можливості комбінованої фітотерапії // РМГР. 2023. № 8 (2) С. e0802436-41.

87. Чабан О. С., Хаустова О. О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги // Український медичний часопис. 2022. № 4 (150). С. 8-18.

88. Чабан О. С., Хаустова О. О. Медична психологія. Еталони практичних навичок // навч. посіб. - К.: Магнолія, 2023. – 352 с.

89. Чабан О., Хаустова О., Тимошук Є. Непсихотичні психічні розлади у пацієнтів з хронічними соматичними неінфекційними захворюваннями в умовах перманентного стресу: роль метаболічної терапії // Психосоматична медицина та загальна практика. 2023. № 8 (4). URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/467>

90. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психічне здоров'я в період пандемії COVID-19 (особливості психологічної кризи, тривоги, страху та тривожних розладів) // *Нейроnews*. 2020. Т. 114, № 3. С. 26-36.

91. Чабан О.С., Хаустова О. О. Практична психосоматика: діагностичні шкали // навч. посібник- К.: Видавничий дім Медкнига, 2021. – 200 с.

92. Чабан О. С., Хаустова О. О. Тривога у пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями: субклінічні та психосоматичні ознаки, діагностика, терапія // *НейроNews*. 2020 Т. 3, № 114. С. 38-44.

93. Чабан О., Хаустова О., Тимощук Є. Непсихотичні психічні розлади у пацієнтів з хронічними соматичними неінфекційними захворюваннями в умовах перманентного стресу: роль метаболічної терапії» // *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2023. Т. 8, № 4. С. 20–27. DOI:10.26766/pmgrp.v8i4.467.

94. Шарун А. І. Профілактика та корекція розладів адаптації у студентів, що перенесли психоемоційний стрес: дис. докт. філос. мед. наук: – 222 «Медицина». Дніпро. - 250 с.

95. Шевченко-Бітенський К. В. Клініко-психопатологічна структура галюцинаторно-параноїдних розладів при судинних деменціях помірного ступеня тяжкості // *Український вісник психоневрології*. 2019. № 27 (2). С. 63-67.

96. Шелестова О. В. Розлади адаптації як наслідок впливу стресу // *Медична психологія*. 2016. № 4. С. 74–77.

97. Шишин А., Пономаренко Т. Психологічні особливості стресостійкості особистості в умовах невизначеності // *Вісник Львівського університету*. 2023. № 16. С. 64–71. DOI: <https://doi.org/10.30970/PS.2023.16.9>.

98. Юрьева Л. Н., Шустерман Т. И. Проблема диагностики и терапии депрессии у лиц пожилого возраста // *Международный неврологический журнал*. 2019. № 3 (103). С. 48-51.

99. Acosta I. Neuropsychiatric symptoms as risk factors of dementia in a Mexican population: A 10/66 Dementia Research Group study / I. Acosta, G. Borges, R. Aguirre-Hernandez, A. L. Sosa, M. Prince // *Alzheimers Dement.* 2018. № 14. P. 271–279. DOI: 10.1016/j.jalz.2017.08.015.
100. Akpınar B., Küçükgülü Ö., Yener G. Effects of Gender on Burden Among Caregivers of Alzheimer's Patients // *Journal of Nursing Scholarship.* 2011. P. 931-940 URL: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01402.x>
101. Alam S., Hannon B., Zimmermann C. Palliative Care for Family Caregivers // *J Clin Oncol.* 2020. № 38 (9). P. 926-936. DOI:10.1200/JCO.19.00018
102. Altieri M, Santangelo G. The Psychological Impact of COVID-19 Pandemic and Lockdown on Caregivers of People With Dementia // *Am J Geriatr Psychiatry.* 2021. № 29. P. 27–34.
103. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>).
104. Beach S. R. Family Caregiving During the COVID-19 Pandemic / S.R. Beach, R. Schulz, H. Donovan, A.M. Rosland // *The Gerontologist.* 2021. № 5. P. 650–660. URL: <https://doi.org/10.1093/geront/gnab049>
105. Berg-Weger M., Stewart D. B. Non-Pharmacologic Interventions for Persons with Dementia // *Missouri medicine* vol. 2017. № 114. P. 116-119.
106. Boiko D. I. Clinical and psychopathological characteristics of the autoaggressive behavior in patients with the first psychotic episode with considering circadian rhythms / D.I. Boiko, L.V. Zhyvotovska, G.T. Sonnik, A.M. Skrypnikov // *Wiadomosci lekarskie.* 2017. № 3. P. 553 – 57.
107. Boiko D. I. Psychoeducational training for healthcare workers psychoeducational training for reducing the impact of COVID-19 pandemic on healthcare workers / D.I. Boiko, O.V Mats, L.V. Zhyvotovska, L.O. Herasymenko, A. M Skrypnikov // *Acta facultatis medicae Naissensis.* 2023. № 40 (4). P. 456-466.
108. Borda M. G. Frailty in Older Adults with Mild Dementia: Dementia with Lewy Bodies and Alzheimer's Disease / M.G.Borda, H. Soennesyn, C.J.

Steves, A.O. Vik-Mo, M.U. Pérez-Zepeda, D. Aarsland // *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2019. № 9 (1). P. 176-183. URL: <https://doi.org/10.1159/000496537>.

109. Brown E. E. Anticipating and Mitigating the Impact of the COVID-19 Pandemic on Alzheimer's Disease and Related Dementias / E. E Brown, S. Kumar, T. K. Rajji, B. G. Pollock, B. H. Mulsant // *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020. № 28. P. 712-721.

110. Bueno M. V, Chase J. D. Gender Differences in Adverse Psychosocial Outcomes among Family Caregivers: A Systematic Review // *West J Nurs Res*. 2023. № 45 (1). P. 78-92. DOI:10.1177/01939459221099672.

111. Burden Scale for Family Caregivers 2015. *Process of translation and adaptation of instruments*. World Health Organization. 2016. Available from: who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en.

112. Chaban O. S., Khaustova O. O. Psychosomatic comorbidity and quality of life in elderly patients. *Tavr. zhurn. psikhiatr.* 2015. № 19 (3). P. 13–21.

113. Cho E. The effectiveness of non-pharmacological interventions using information and communication technologies for behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review and meta-analysis / E. Cho, J. Shin, J. W. Seok, H. Lee, K.H. Lee, J. Jang, S.J. Heo, B. Kang // *International journal of nursing studies*. 2023. № 138. P. 1-14. URL: [doi:10.1016/j.ijnurstu.2022.104392](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104392).

114. Clark D.M. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience // *Int. Rev. Psychiatr.* 2011. № 23 (4). P. 318–327.

115. Corry M. Telephone interventions, delivered by healthcare professionals, for providing education and psychosocial support for informal caregivers of adults with diagnosed illnesses / M. Corry, K. Neenan, S. Brabyn, G. Sheaf, V. Smith // *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 № 5 (5). P. 965-972.

116. Cosseddu M. Progression of behavioural disturbances in frontotemporal dementia: a longitudinal observational study / M. Cosseddu, A. Benussi, S. Gazzina, A. Alberici, V. Dell'Era, M. Manes, V. Cristillo, B.

Borroni, A. Padovani // *European journal of neurology*. 2020. T. 27, № 2. P. 265-272.

117. Cousins-Whitus E., Patrick K., Martin J., et. al. Burden and positive aspects of caregiving: cluster profiles of dementia caregiving experiences // *Aging & Mental Health*. 2023. [Internet]. DOI: 10.1080/13607863.2023.2288870.

118. Cramer P. Defense mechanisms in psychology today: Further processes for adaptation // *Am. Psychol*. 2000. № 55. P. – 637.

119. Da Silva-Sauer L. Physical activity and its relationship to burden and health concerns in family caregivers of people with dementia / L. da Silva-Sauer , R. B. Garcia, É.K. Gonçalves Fonsêca, B. Fernández-Calvo // *Psychogeriatrics: the Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society*. 2023. [Internet]. DOI: 10.1111/psyg.13053.

120. Daynes-Kearney R, Gallagher S. Online Support Groups for Family Caregivers: Scoping Review // *J Med Internet Res*. 2023. № 25. P. e46858-68. DOI:10.2196/46858

121. Ekström A., Kristiansson M., Björkstén K. S. Dementia and cognitive disorder identified at a forensic psychiatric examination – a study from Sweden // *BMC Geriatr*. 2017. Sep. 18. № 17 (1). P. 219-230. DOI: 10.1186/s12877-017-0614-1.

122. Fava G.A., Cosci F., Sonino N. Current Psychosomatic Practice. *Psychother. Psychosom*. 2017. № 86. P. 13–30.

123. Fitzmaurice K., Flynn A. Caring for Older Persons with Dementia in an Acute Medical Care Setting: An Exploration of Nurses' Experiences and Perceptions // *Age and Ageing*. 2019. № 48. P. iii17–iii65. URL: <https://doi.org/10.1093/ageing/afz103.202>.

124. 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 // *Journal of Psychiatry Research*. 1975. № 12. C. 189-198.

125. Fu Y. Improving primary level home and community care services for older people: the case of Hong Kong // *Int J Social Welf*. 2018. № 27 (1). P. 52–61.

126. Gallagher S. Life satisfaction, social participation and symptoms of depression in young adult carers: evidence from 21 European countries / S. Gallagher, R. Daynes-Kearney, A. Bowman-Grangel, N. Dunne, J. McMahon // *International Journal of Adolescence and Youth*. 2022. № 27. P. 60-71. DOI: 10.1080/02673843.2021.2025115.
127. Gharavi Y. Evaluation of an interaction-skills training for reducing the burden of family caregivers of patients with severe mental illness: a pre-posttest design / Y. Gharavi, B. Stringer, A. Hoogendoorn, J. Boogaarts, B. Van Raaij, B. Van Meijel // *BMC Psychiatry*. 2018. № 18 (1). P. 84 - 92. DOI:10.1186/s12888-018-1669-z.
128. González-Fraile E. Remotely delivered information, training and support for informal caregivers of people with dementia / E. González-Fraile, J. Ballesteros, J.R. Rueda, B. Santos-Zorrozúa, I. Solà, J. McCleery // *Cochrane Database Syst Rev*. 2021. № 1 (1). P. 769-778.
129. Harris M. L, Titler M. G. Experiences of Family Caregivers of People with Dementia during the COVID-19 Pandemic // *West J Nurs Res*. 2022. № 44 (3) P. 269-278.
130. Huang L., Wu H., Zhang F. Factors associated with the perceived need for assistance from voluntary services in home-based older adults in Chinese urban areas: a cross-sectional study // *BMC Geriatr* 2023. № 624. [Internet]. URL: <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04354-7>.
131. Isakov R. I. Comparison of severity of psychopathological symptoms and manifestation of meso- and micro-maladjustment in women with different genesis depressive disorders // *Norwegian Journal of development of the International Science*. 2020. № 39. P. 16–22.
132. Isakov R. I. Psychosocial maladjustment, quality of life and social functioning of caregivers of patients with vascular dementia and Alzheimer's disease / R.I. Isakov, V.V. Borysenko, O.A. Kazakov, P.V. Kydon, Yu.O. Fysun, K.V. Hryn, L.O. Herasymenko // *Azerbaijan Medical Journal*. 2022. № 4. P. 60–66.

133. Isakov R. I., Herasymenko L. O. Psychosocial rehabilitation of patients with post-traumatic stress disorder // *Azerbaijan Medical Journal*. 2022. № 1. P. 58–63.
134. Kaddour L., Kishita N. Anxiety in informal dementia carers: a meta-analysis of prevalence // *J Geriatr Psychiatr Neurol*. 2020. № 33 (3). P. 161–72.
135. Kaminska A.O. Adaptation potential and descriptors of resilience in families, where a patient with endogenous mental disorder lives // *Norwegian Journal of Development of the International Science*. 2022. № 96. P. 37-40.
136. Kang Y., Hur Y. Nurses' Experience of Nursing Workload-Related Issues during Caring Patients with Dementia: A Qualitative Meta-Synthesis // *Int J Environ Res Public Health*. 2021. № 18 (19). P. 10448-10461. DOI:10.3390/ijerph181910448.
137. Kennedy M. S. Family Caregivers and the Decisions They Make // *Am J Nurs*. 2019. № 119 (3). [Internet]. DOI:10.1097/01.NAJ.0000554010.61766.89.
138. Kim E. Y., Chang S. O. Exploring carer resilience in the context of dementia: a meta-synthesis // *BMC Geriatr*. 2022. № 22 (1) P. 806-830.
139. Kim E. Y., Chang S. O. Qualitative Meta synthesis of Nurses' Caring Experience for People with Dementia // *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*. 2021. № 28. P. 372-383. URL: <https://doi.org/10.7739/jkafn.2021.28.3.372>.
140. Khan T. S. Self-efficacy of family caregivers of older adults with cognitive impairment: A concept analysis / T.S. Khan, K.B. Hirschman, M.D. McHugh, M.D. Naylor // *Nurs Forum*. 2021. № 56 (1). P. 112-126. DOI:10.1111/nuf.12499.
141. Khanassov V., Vedel I. Family physician–case manager collaboration and needs of patients with dementia and their caregivers: a systematic mixed studies review // *The Annals of Family Medicine*. 2016. № 14 (2). P. 166–77.
142. Khaustova O. O. Proactive psychological and psychiatric support of patients with chronic noncommunicable diseases in a randomised trial: a Ukrainian

experience / O.O. Khaustova, M.V. Markova, M.O. Driuchenko, A.O. Burdeinyi // General Psychiatry. 2022. № 35. e100881-95. DOI:10.1136/gpsych-2022-100881.

143. Kumalasari B., Siroj E. Y., Yunus H. H. The Father's Parenting Involvement and Adolescent Resilience in Families with Working Spouses in Depok City // Journal of Family Sciences. 2023. P. 108-125.

144. Labrum T., Newhill C. E. Perceived Isolation among Family Caregivers of People with Mental Illness // Soc Work. 2021. № 66 (3). P. 245-253. DOI:10.1093/sw/swab019.

145. Lai F. H. The Protective Impact of Telemedicine on Persons With Dementia and Their Caregivers During the COVID-19 Pandemic/ F.H Lai, E Yan, K.K Yu, W.S Tsui, D.T Chan, B.K Yee // Am J Geriatr Psychiatry. 2020. № 28. P. 1175-1184.

146. Lee K. Unmet needs and health-related quality of life of dementia family caregivers transitioning from home to long-term care: A scoping review / K. Lee, J. Chung, K. N. Meyer, J. N. Dionne-Odom // Geriatr Nurs. 2022. № 43. P. 254-264. DOI:10.1016/j.gerinurse.2021.12.005.

147. Levada O. A., Troyan A. S. Cognitive-functional relationships in major depressive disorder: crucial data from a Ukrainian open-label study of vortioxetine versus escitalopram // Journal of Affective Disorders. 2019. № 250. P. 114-122.

148. Liew T. M. Neuropsychiatric symptoms in cognitively normal older persons, and the association with Alzheimer's and non-Alzheimer's dementia // Alzheimer's research & therapy. 2020. № 12 (1). C. 1-14.

149. Lin X, Moxley J. H, Czaja S. J. Caring for Dementia Caregivers: Psychosocial Factors Related to Engagement in Self-Care Activities. Behavioral Sciences // 2023. № 13. [Internet]. URL: <https://doi.org/10.3390/bs13100851>.

150. Liu H. Y. Predictors of rewarded caregiving for family caregivers of person with dementia: A longitudinal study / H.Y. Liu, L.M. Kuo, Y.I.L. Shyu, W.C. Hsu // Research in Nursing & Health 2024. № 1. P. 93-103.

151. López-Martínez C. Coping and anxiety symptoms in family carers of dependent older people: Mediation and moderation effects of subjective caregiver

burden / C. López-Martínez, V. Orgeta, A. Frías-Osuna, R. Del-Pino-Casado // *J Nurs Scholarsh*. 2024. [Internet]. DOI: 10.1111/jnu.12957.

152. Maruta N. Heredity as a factor in the formation of recurrent depression / N. Maruta, S. Kolyadko, T. Panko, O. Semikina // *European Psychiatry*. Cambridge University Press. 2022. № 65. P. 144-145.

153. Maruta N. O., Shevchenko-Bitensky K. V., Kalenska G. Y. Clinical and psychopathological characteristics and social functioning of patients with hallucinatory-paranoid disorders in moderate vascular dementia // *Medicni perspektivi*. 2020. № 25 (1). P. 185-192.

154. Maslach C., Leiter M. P. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry // *World Psychiatry*. 2016. № 15(2). P. 103-111. DOI:10.1002/wps.20311.

155. Mouchaers I. Exploring the Support and Involvement of Family Caregivers for Reablement Programs: A Qualitative Study / I. Mouchaers, S. Metzeltin, J. van Haastregt, E. Vlaeyen, G. Goderis, H. Verbeek // *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2023. № 16. P. 2993-3005. DOI: 10.2147/JMDH.S424147.

156. Mudrenko I. H. Gender characteristics of depressive symptoms in dementia in patients with suicidal behavior // *Inter Collegass*. 2018. № 4. P. 182–187.

157. Nichols E, Szoeki C. E, Vollset S. E. Global, regional, and national burden of Alzheimer`s disease and other dementias 1990 - 2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 // *Lancet Neurol*. 2019. № 18. P. 88–106.

158. Oliveira D, Sousa L, Orrell M. Improving health-promoting self-care in family carers of people with dementia: a review of interventions // *Clin Interv Aging*. 2019. № 14. P. 515–523. DOI: 10.2147/CIA.S190610.

159. Petriwskyj A. Interventions to build resilience in family caregivers of people living with dementia: a comprehensive systematic review / A. Petriwskyj, D.

Parker, S. O'Dwyer, W. Moyle, N. Nucifora // JBI Database System Rev Implement Rep. 2016. № 14 (6). P. 238-273. DOI:10.11124/JBISRIR-2016-002555

160. Pshuk N. G., Stukan L. V., Kaminska A. O. Introducing system of psychotherapeutic interventions for family caregivers of patients with endogenous mental disorders // *Wiadomosci Lekarskie*. 2018. № 5. P. 980—986.

161. Ramusino M. C. Correlation of Frontal Atrophy and CSF Tau Levels With Neuropsychiatric Symptoms in Patients With Cognitive Impairment: A Memory Clinic Experience / M.C. Ramusino, G. Perini, G. Vaghi, B. D. Fabbro, M. Capelli, M. Picascia, D. Franciotta, L. Farina, E. Ballante, A. Costa // *Frontiers in Aging Neuroscience*. 2021. № 13. P. 27.

162. Riffenburgh R. H., Gillen D. *Statistics in Medicine* // Elsevier Science & Technology Books, 2020. 800 p.

163. Romero-Mas M. Improving the quality of life of family caregivers of people with Alzheimer's disease through virtual communities of practice: A quasiexperimental study / M. Romero-Mas, A. Ramon-Aribau, D.L.B de Souza, A.M Cox, B. Gómez-Zúñiga // *International Journal of Alzheimer's Disease*. 2021. P. 1–10. DOI:10.1155/2021/8817491.

164. Skrypnikov A. M. Clinical and psychopathological characteristics of psychotic disorders of senile age, occurring in the postoperative period / A.M. Skrypnikov, L.O. Herasymenko, P.V. Kydon, A.S. Sheffel // *Psychiatria Danubina*. 2022. № 34. P. 115–119

165. Skrypnikov A. M., Isakov R. I. Specific of social support and guilt, anxiety and stress in family relations in women with depressive disorders of different genesis and psychosocial maladaptation // *Journal of development of the International Science*. 2019. № 32. P. 13–21.

166. Sun Y. Comparative efficacy of 11 non-pharmacological interventions on depression, anxiety, quality of life, and caregiver burden for informal caregivers of people with dementia: A systematic review and network meta-analysis / Y. Sun, M. Ji, M. Leng, X. Li, X. Zhang, Z. Wang // *Int J Nurs Stud*. 2022. № 129. [Internet]. DOI:10.1016/j.ijnurstu. 2022.104204.

167. Thodis A. Improving the lives of ethnically diverse family carers and people living with dementia using digital media resources – Protocol for the Draw-Care randomized controlled trial / A. Thodis, T.H. Dang J. Antoniadis, A.S. Gilbert, T. Nguyen, D. Hlis, M. Gurgone, B. Dow, C. Cooper, L.D. Xiao, N. Wickramasinghe, N. Ulapane, M. Varghese, S. Loganathan, J. Enticott, D. Mortimer, B. Brijnath // *Digital health*. 2023. № 9. [Internet]. DOI:10.1177/20552076231205733.

168. Thomas P. Parcours de soins et aidants familiaux [Care pathways and family caregivers] // *Soins Gerontol*. 2022. № 27 (158). P. 30-32. DOI:10.1016/j.sger.2022.10.009

169. Victor C. R. Living well with dementia: an exploratory matched analysis of minority ethnic and white people with dementia and carers participating in the IDEAL programme / C.R. Victor, L.D. Gamble, C. Pentecost, C. Quinn, C. Charlwood, F.E. Matthews, L. Clare // *Int J Geriatr Psychiatry*. 2024. P. 6048-55.

170. Voloshshuk D. A. Psychotherapeutic support of patients with vascular dementia. *Archives of Psychiatry*. 2016. № 22. P. 126-127. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_2_41.

171. Wang S. E-bibliotherapy for improving the psychological well-being of informal caregivers of people with dementia: a randomized controlled trial protocol / S.Wang, J. Qin, D.S.K. Cheung, S.Tyrovolas, S.H.I. Leung, A.Y.M. Leung, Patricia Mary Davidson // *BMC Nurs*. 2024. № 23 (84). P. 84-93 URL: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01706-5>.

172. World Health Organization. 2016. Available from: who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en.

173. World Health Organization. The international classification of diseases and related health problems. 11th ed. [beta draft], Geneva, Switzerland.

174. Xiang X. Major depression and subthreshold depression among older adults receiving home care / X. Xiang, A. Leggett, J.A. Himle, H.C. Kales // *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2018 № 26. P. 939–949. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.05.001>.

175. Yoon H. K., Kim G. S. An empowerment program for family caregivers of people with dementia // *Public Health Nurs.* 2020. № 37 (2). P. 222-233.
176. Younhee K., Hur Y. Nurses' Experience of Nursing Workload-Related Issues during Caring Patients with Dementia: A Qualitative Meta-Synthesis // *International journal of environmental research and public health.* 2021. № 18. P 3-12. DOI:10.3390/ijerph181910448.
177. Yuryeva L. M. Educational Programs for Burnout Prevention among Healthcare Professionals in Mental Health // *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology.* 2019. № 2. C. 345-52.
178. Yuryeva L. M. Mental health care of medical workers during COVID-19 pandemic // *Medical perspectives.* 2020. № 4. P. 12–21. URL: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2020.4.221224>.
179. Zlobin O. O. Psychotherapeutic support for persons with vascular dementia suffering from non-cognitive psychopathological symptoms of nonpsychotic level // *Jornal of Education, Health and Sport.* 2020. № 10 (3). P. 98-107.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Животовська Л. В. Особливості емоційно-особистісної сфери членів родини, що доглядають за пацієнтами з деменцією / Л.В. Животовська, А.М. Скрипніков, О.В. Орлова, О.І. Шкідченко // Вісник проблем біології і медицини. – 2020. – Вип. 2, Т. (156) – С. 26–30. *(Автором проведено збір даних, проведено аналіз, узагальнення матеріалу, підготовлено текст статті до друку)*
2. Орлова О. В. Аналіз чинників, які впливають на стан психоемоційної сфери осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2021. – Т. 21, вип. 4 (76). – С. 53–56.
3. Орлова О. В. Показники якості життя осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією / О.В. Орлова, Л.В. Животовська, Д.І. Бойко, Л.А. Боднар // Проблеми екології та медицини. – 2021. – Вип. 25, № 5-6. – С. 16–19. *(Автором розроблена концепція дослідження, проведені збір даних та їх статистична обробка, підготовлено текст статті до друку)*
4. Orlova O.V. The burden of caring for patients with dementia under quarantine restrictions / O.V. Orlova, D.I. Boyko, K.S. Skoryk, Yu.Yu. Paida, L.V. Zhivotovska // Azerbaijan medical journal. 2023 № 1. P. 121-129. *(Здобувачем особисто виконано збір, обробку та аналіз матеріалів дослідження, узагальнення результатів та їх статистична обробка, підготовлено текст статті до друку).*
5. Орлова О. В. Особливості особистісної характеристики осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2023. – Т. 23, № 2. – С. 51-54.
6. Орлова О. В., Животовська Л. В. Оцінка ефективності програми комплексної психокорекції осіб, що виконують функцію догляду за пацієнтами з деменцією// Український вісник психоневрології. – 2023. вип. 3

(116). – С. 99–103. (Автором проведено відбір і обстеження груп хворих, проведено статистичний аналіз, узагальнення матеріалу, підготовлено текст статті до друку).

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

7. Животовська Л. В. Особливості стресостійкості осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією / Л. В. Животовська, О.В. Орлова, Д.І. Бойко, К.В. Гринь // Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції «Охорона та захист здоров'я людини в умовах сьогодення», м. Київ, 6–7 листопада 2020 р. – Київ: Київський медичний науковий центр. – 2020. – С. 29–32.

8. Орлова О. В. Афективні порушення у осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією / О.В Орлова, Л.В. Животовська, А.М. Скрипніков, Л.А. Боднар // Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції «Нове у медицині сучасного світу», м. Львів, 27-28 листопада 2020 р. – Львів: ГО «Львівська медична спільнота» . – 2020. – С. 18-22.

9. Орлова О. В. Вплив соціальної ізоляції на психоемоційну сферу доглядачів за пацієнтами з деменцією в період пандемії COVID-19 / О.В. Орлова, Л.В. Животовська, Л.А. Боднар, В.В. Борисенко // Збірник тез наукових робіт учасників International scientific and practical conference «Medicine and Health Care in Modern Society: Topical Issues and Current Aspects», Lublin, 26-27 February 2021. – Lublin, Republic of Poland: «Baltija Publishing» . – 2021. – С. 113-117.

10. Orlova O., Zhyvotovska L. The psychological impact of a pandemic covid-19 to people who care for patients with dementia // Збірник тез наукових робіт учасників International Scientific Conference «Innovation in Science: Global Trends and Regional Aspect», Riga, 12-13 March 2021. - Riga, Latvia: «Baltija Publishing». – 2021. – P. 60-64.

11. Orlova O. V. Factors influencing the psycho-emotional state of caregivers in patients with dementia during a coronavirus pandemic // O.V. Orlova,

L.V. Zhyvotovska, Y.O. Fisun, O.A. Kazakov // Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю "Полтавські дні громадського здоров'я" присвячена 100-річчю заснування ПДМУ, 28 травня, 2021. *Wiadomości Lekarskie* – P.1531.

12. Орлова О. В. Особливості стресостійкості осіб, що доглядають за пацієнтами із деменцією із урахуванням індивідуального хронотипу: матеріали Всеукр. міждисциплінарної наук.-практ. конф. з міжнар. участю «УМСА – століття інноваційних напрямків та наукових досягнень (до 100-річчя заснування УМСА)», (м. Полтава, 8 жовтня 2021 р.) / О.В. Орлова, Л.В. Животовська, А.М. Скрипніков, Д.І. Бойко, А.І. Животовська // *Проблеми екології та медицини.* – 2021. – Т. 25, № 3–4, (дод.). – С. 17–18.

13. Орлова О. В. Оцінка рівню стресостійкості осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією // Науково практичний симпозиум з міжнародною участю «Персоніфіковані підходи щодо неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги», 7-8 жовтня 2021, Харків, Україна: ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», ГО «Асоціація неврологів, психіатрів і наркологів України».

14. Орлова О. В. Психічні та поведінкові розлади у пацієнтів із деменцією як предиспозиція для психоемоційних порушень сімейних опікунів / О.В. Орлова, Л.В. Животовська, В.В. Борисенко, О.А. Казаков// *Збірник тез наукових робіт Всеукраїнська науково-практична конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я»* м. Полтава, 27 травня 2022. - Полтавський державний медичний університет. – С. 28-30.

15. Животовська Л. В. Особливості ресурсу соціальної адаптації у доглядачів за пацієнтами з деменцією / Л. В. Животовська, О. В. Орлова, Л. А. Боднар // *Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи»*, м. Полтава, 8 вересня 2022 р. Полтава. – 2022. – С. 18–20.

16. Орлова О. В. Некогнітивні симптоми пацієнтів з деменцією як основна детермінанта дистресу опікунів // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих учених «Медицина наука – 2022», м. Полтава, 2 грудня 2022 р. – Полтава, 2022. – С. 18-19.

17. Орлова О.В. Вплив соціальної ізоляції на психоемоційну сферу доглядачів за пацієнтами з деменцією в період пандемії COVID-19 // Матеріали науково практичної конференції з міжнародною участю «Психічні та психологічні розлади під час війни: лікування та реабілітація», м. Харків, Україна, 24-25 травня 2023 року. Національна академія медичних наук України Міністерство охорони здоров'я України Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна.

Наукові праці, що додатково відображають результати дисертації:

18. Орлова О. В. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 117285. Науковий твір «Анкета: «Опитувальник для осіб, які доглядають пацієнтів із деменцією»: літературний письмовий твір наукового характеру; Дата реєстрації 20.03.2023 // Авторське право: офіційний бюлетень. – 2023. – С. – 4.

19. Орлова О.В. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 123476. Науковий твір «Буклет-опитувач для доглядачів за пацієнтами з деменцією» / Орлова О.В., Скрипніков А.М., Животовська Л.В. літературний письмовий твір наукового характеру; Дата реєстрації 05.02.2024 // Авторське право: офіційний бюлетень. – 2023. – С. – 2.

Апробація результатів дисертації.

Основні положення дисертації оприлюднено та обговорено на: International scientific and practical conference «Medicine and Health Care in Modern Society: Topical Issues and Current Aspects» (Lublin, 26-27 February 2021); International Scientific Conference «Innovation in Science: Global Trends and Regional Aspect» (Riga, 12-13 March 2021); Науково-практичному симпозиумі з міжнародною участю «Персоніфіковані підходи щодо неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги» (Харків, 07-08 жовтня 2021); Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я» (Полтава, 27-28 травня 2022); Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи» (Полтава, 8 вересня 2022); Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих учених «Медична наука – 2022» (Полтава, 2 грудня 2022); Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психічні та психологічні розлади під час війни: лікування та реабілітація» (Харків, 24-25 травня 2023 року).



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор КП «3-я міської клінічної поліклініки Полтавської міської ради»

2023 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Оцінка впливу тривожно-депресивних проявів на якість життя осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією.
2. **Заклад, де проводилася розробка, адреса, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, 36011, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Орлова О.В., Животовська Л.В.
3. **Джерело інформації:** стаття. Бібліографічні параметри: О. В. Орлова, Л. В. Животовська, Д. І. Бойко, Л. А. Боднар Показники якості життя осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією// Проблеми екології та медицини. – 2021. – Вип. 25, № 5-6. – С. 16–19.
4. **Де впроваджено:** Комунальне підприємство «3-я міська клінічна поліклініка Полтавської міської ради»
5. **Термін впровадження:** вересень 2022 р. - березень 2023 р.
6. **Результати впровадження:** Проведено дослідження міжнародного у 48 домогосподарств, виявлено важкі порушення у 33 із них; це катедероць корекції
7. **Зауваження та пропозиції:**

Відсутні.

Відповідальний (і) за впровадження:

Зоя Вікторівна Відрішова цефалологі
з міської лікарні

20.04.2023

(дата)

[Підпис]
 (підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор

Комунального некомерційного підприємства «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенка Вінницької обласної ради»

Кучерук Софія Олегівна



«25» Квітня 2023р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** Медико-психологічні критерії тяжкості догляду за пацієнтами із деменцією в умовах карантинних обмежень та їх подолання.
- 2. Заклад, де проводилася розробка, адреса, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, 36011, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Животовська Л.В., Орлова О.В., Бойко Д.І., Пайда Ю.Ю., Скорик К.С.
- 3. Джерело інформації:** стаття. Бібліографічні параметри: The cargo of caring for patients with dementia under conditions of quarantine restrictions / L. Zhivotovska et al. Azerbaijan Medical Journal. 2022. Vol. 62, no. 9. P. 4527–4533.
- 4. Де впроваджено:** Комунальне некомерційне підприємство «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенка Вінницької обласної ради».
- 5. Термін впровадження:** жовтень 2022 р. - березень 2023 р.
- 6. Результати впровадження:** Використано медико-психологічні критерії оцінки важкості догляду за пацієнтами з деменцією в умовах карантинних обмежень, у 14 доглядачів.
- 7. Зауваження та пропозиції:** немає

Відповідальний (і) за впровадження: Мультидисциплінарна команда № 2 Комунального некомерційного підприємства «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенка Вінницької обласної ради».

25.04.2023

(дата)

(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Перший проректор

Полтавського державного
медичного університету

професор В. Дворник

2023 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

**результатів, отриманих у дисертаційній роботі, у наукову роботу та
навчальний процес**

- 1. Пропозиція для впровадження:** Аналіз чинників, які впливають на стан психоемоційної сфери осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією.
- 2. Заклад, де проводилася розробка, адреса, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, 36011, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Орлова О.В.
- 3. Джерело інформації:** стаття. Бібліографічні параметри: Орлова О. В. Аналіз чинників, які впливають на стан психоемоційної сфери осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією / О. В. Орлова // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2021. – Т. 21, вип. 4 (76). – С. 53–56.
- 4. Базова установа, яка проводить впровадження:** кафедра психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету
- 5. Термін впровадження:** січень 2022 р. – травень 2023 р.
- 6. Форма впровадження:** у навчальну роботу кафедри психіатрії, наркології та медичної психології в матеріали лекцій та практичних занять при вивченні: «особливостей психоемоційної сфери у осіб, що виконують функцію догляду за пацієнтами із деменцією».
- 7. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелах інформації (п. 3):** використання результатів наукових досліджень у навчальному процесі дозволяє розширити знання студентів щодо детального вивчення стану психоемоційної сфери, предикторів формування депресії у

доглядачів за пацієнтами із деменцією.

8. Зауваження та пропозиції: не вносилися

9. Обговорено та затверджено на засіданні кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ПДМУ, протокол № 20 від 26 травня 2023

Відповідальний за впровадження:

завідувач кафедри
психіатрії, наркології
та медичної психології ПДМУ
д. мед. н., професор



Андрій СКРИПНІКОВ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Перший проректор

Полтавського державного
медичного університету

професор В. Дворник

2023 р.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

**результатів, отриманих у дисертаційній роботі, у наукову роботу та
навчальний процес**

- 1. Пропозиція для впровадження:** Тяжкість догляду за пацієнтами із деменцією в умовах карантинних обмежень.
- 2. Заклад, де проводилася розробка, адреса, ШБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, 36011, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Животовська Л.В., Орлова О.В., Бойко Д.І., Пайда Ю.Ю., Скорик К.С.
- 3. Джерело інформації:** стаття. Бібліографічні параметри: The cargo of caring for patients with dementia under conditions of quarantine restrictions / L. Zhivotovska et al. Azerbaijan Medical Journal. 2022. Vol. 62, no. 9. P. 4527–4533.
- 4. Базова установа, яка проводить впровадження:** кафедра психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету
- 5. Термін впровадження:** січень 2023 р. – травень 2023 р.
- 6. Форма впровадження:** у навчальну роботу кафедри психіатрії, наркології та медичної психології в матеріали лекцій та практичних занять при вивченні: «впливу соціальних та психологічних чинників на рівень стресостійкості осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією».
- 7. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелах інформації (п. 3):** використання результатів наукових досліджень у навчальному процесі дозволяє розширити знання студентів щодо детального вивчення перебігу деменції, рівня стресостійкості доглядачів за пацієнтами із деменцією.
- 8. Зауваження та пропозиції:** не вносилися

9. **Обговорено та затверджено** на засіданні кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ПДМУ, протокол № 20 від 26 травня 2023

Відповідальний за впровадження:

завідувач кафедри
психіатрії, наркології
та медичної психології ПДМУ
д. мед. н., професор



Андрій СКРИПНІКОВ

Одеський національний медичний університет
65082, Одеса, пров. Валіховський, 2

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Перший проректор, д.мед.н., професор
Валерія МАРІЧЕРЕДА

«11» серпня 2023р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

**результатів, отриманих у дисертаційній роботі, у наукову роботу та
навчальний процес**

- 1. Пропозиція для впровадження:** Тяжкість догляду за пацієнтами із деменцією в умовах карантинних обмежень.
- 2. Заклад, де проводилася розробка, адреса, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, 36011, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Животовська Л.В., Орлова О.В., Бойко Д.І., Пайда Ю.Ю., Скорик К.С.
- 3. Джерело інформації:** стаття. Бібліографічні параметри: The cargo of caring for patients with dementia under conditions of quarantine restrictions / L. Zhivotovska et al. Azerbaijan Medical Journal. 2022. Vol. 62, no. 9. P. 4527–4533.
- 4. Базова установа, яка проводить впровадження:** кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії Одеського національного медичного університету
- 5. Термін впровадження:** січень 2023 р. – травень 2023 р.
- 6. Форма впровадження:** у навчальну роботу кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії в матеріали лекцій та практичних занять при вивченні: «впливу соціальних та психологічних чинників на рівень стресостійкості осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією».
- 7. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелах інформації (п. 3):** використання результатів наукових досліджень у навчальному процесі дозволяє розширити знання студентів щодо детального вивчення перебігу деменції, рівня стресостійкості доглядачів за пацієнтами із деменцією.

8. **Зауваження та пропозиції:** не вносилися
9. **Обговорено та затверджено** на засіданні кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії Одеського національного медичного університету, протокол № 1

Відповідальний за впровадження:
завідувач кафедри психіатрії,
наркології, медичної психології
та психотерапії Одеського національного
медичного університету
д. мед. н., професор кафедри



Євген Опря



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Опитувальник для осіб, які доглядають пацієнтів із деменцією.
2. **Заклад, де проводилася розробка, адреса, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, 36011, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Орлова О.В.
3. **Джерело інформації:** науковий твір «Анкета: «Опитувальник для осіб, які доглядають пацієнтів із деменцією». Свідчення про реєстрацію авторського права на твір №117285.
4. **Де впроваджено:** КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги ПОР _____
5. **Термін впровадження:** березень 2022 - червень 2023р.
6. **Результати впровадження:** *спостережень - 38, наданих - 35, несправні - 0, вилучені - 3.*
7. **Зауваження та пропозиції:** *немає*

Відповідальний (і) за впровадження:

заступник завісую лікарем медичної частини
Шиндлер В.В.

21 червня 2023р.
(дата)

[Signature]
(підпис)



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Опитувальник для осіб, які доглядають пацієнтів із деменцією.
2. **Заклад, де проводилася розробка, адреса, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, 36011, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Орлова О.В.
3. **Джерело інформації:** науковий твір «Анкета: «Опитувальник для осіб, які доглядають пацієнтів із деменцією». Свідчення про реєстрацію авторського права на твір №117285.
4. **Де впроваджено:** КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги ПОР _____
5. **Термін впровадження:** березень 2022 - червень 2023р.
6. **Результати впровадження:** *розширено - 38, модифіковані - 35, не застосовані - 3.*
7. **Зауваження та пропозиції:** *немає*

Відповідальний (і) за впровадження:

дистанційним загальною лінією з медичної сестрички
Мисир В.В.

21 червня 2023р.
(дата)

[Signature]
(підпис)





АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** Оцінка ефективності програми комплексної психокорекції осіб, що виконують функцію догляду за пацієнтами з деменцією.
- 2. Заклад, де проводилася розробка, адреса, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, 36011, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Орлова О. В., Животовська Л. В.
- 3. Джерело інформації:** стаття. Бібліографічні параметри: О. В. Орлова, Л. В. Животовська. Оцінка ефективності програми комплексної психокорекції осіб, що виконують функцію догляду за пацієнтами з деменцією // Український ВІСНИК ПСИХОНЕВРОЛОГІЇ. – 2023. вип. 3 (116). – С. 99–103.
- 4. Де впроваджено:** КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги ПОР» _____
- 5. Термін впровадження:** вересень - грудень 2023р.
- 6. Результати впровадження:** *спостереження - 45, невірогідні - 1, неадекватні - 0.*
- 7. Зауваження та пропозиції:** *немає*

Відповідальний (і) за впровадження:

Заступник завідувача кафедральною клінікою психіатрії та наркології
Шиндлер В. В.

19 грудня 2023р.
(дата)

[Handwritten signature]
(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор ДУ «Інститут неврології,
психіатрії та наркології НАМН України»
член.-кореспондент НАМН України,
д.м.н., професор І.В. Лінський



27 грудня 2023 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих у дисертаційній роботі в лікувальний процес

1. Найменування пропозиції для впровадження: Оцінка ефективності програми комплексної психокорекції осіб, що виконують функцію догляду за пацієнтами з деменцією.
2. Заклад, де проводилася розробка, адреса, ПІБ авторів: Полтавський державний медичний університет, 36011, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Орлова О.В., Животовська Л.В.
3. Джерело інформації: стаття. Бібліографічні параметри: О. В. Орлова, Л. В. Животовська. Оцінка ефективності програми комплексної психокорекції осіб, що виконують функцію догляду за пацієнтами з деменцією // Український вісник психоневрології. – 2023. вип. 3 (116). – С. 99–103.
4. Де впроваджено: клініка ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»
5. Термін впровадження: вересень 2023 р. - грудень 2023 р.
6. Результати впровадження: Підвищення прихильності осіб, що виконують функцію догляду за пацієнтами з деменцією, до участі у психокорекційній програмі на 37 відсотків і спрощення процедури оцінки її ефективності
7. Зауваження та пропозиції: Пропозиція заслуговує на широке впровадження.

Відповідальний (і) за впровадження:

В.О. Головного лікаря ДУ «Інститут неврології,
психіатрії та наркології НАМН України»

27 грудня 2023
(дата)



М.Ю. Малишев



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор КП «3-я міська клінічна поліклініка Полтавської міської ради»

_____ 2024 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** Медико-психологічні критерії тяжкості догляду за пацієнтами із деменцією в умовах карантинних обмежень та їх подолання.
- 2. Заклад, де проводилася розробка, адреса, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, 36011, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Животовська Л.В., Орлова О.В., Бойко Д.І., Пайда Ю.Ю., Скорик К.С.
- 3. Джерело інформації:** стаття. Бібліографічні параметри: The cargo of caring for patients with dementia under conditions of quarantine restrictions / L. Zhivotovska et al. Azerbaijan Medical Journal. 2022. Vol. 62, no. 9. P. 4527–4533.
- 4. Де впроваджено:** Комунальне підприємство «3-я міська клінічна поліклініка Полтавської міської ради»
- 5. Термін впровадження:** листопад 2022 р. - березень 2023 р.
- 6. Результати впровадження:** Проведено оцінку у 28 випадках, негативних результатів не відмічено
- 7. Зауваження та пропозиції:** немає

Відповідальний (і) за впровадження:

08. 01. 2024

(дата)

(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Генеральний директор КНП «Обласна
клінічна психіатрична лікарня
Кіровоградської обласної ради»
О.В. Присяжний
2024 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** Медико-психологічні критерії тяжкості догляду за пацієнтами із деменцією в умовах карантинних обмежень та їх подолання.
- 2. Заклад, де проводилася розробка, адреса, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, 36011, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Животовська Л.В., Орлова О.В., Бойко Д.І., Пайда Ю.Ю., Скорик К.С.
- 3. Джерело інформації:** стаття. Бібліографічні параметри: The cargo of caring for patients with dementia under conditions of quarantine restrictions / L. Zhivotovska et al. Azerbaijan Medical Journal. 2022. Vol. 62, no. 9. P. 4527–4533.
- 4. Де впроваджено:** КНП "Обласна клінічна психіатрична лікарня Кіровоградської обласної ради» _____
- 5. Термін впровадження:** листопад 2022 р. - березень 2023 р.
- 6. Результати впровадження:** *проведено 2 семінари, заєтатися ефективно з архітекторами у 25 неперервах*
- 7. Зауваження та пропозиції:** *немає*

Відповідальний (і) за впровадження:

Медичний директор КНП «Обласна клінічна психіатрична лікарня Кіровоградської обласної ради» О.В. Маслянюк _____

22.01.2024

(дата)

[Підпис]

(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Генеральний директор КНП «Обласна
клінічна психіатрична лікарня
Кіровоградської обласної ради»
О.В. Присяжний



«29» _____ 2024 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** Оцінка ефективності програми комплексної психокорекції осіб, що виконують функцію догляду за пацієнтами з деменцією.
- 2. Заклад, де проводилася розробка, адреса, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, 36011, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Орлова О.В., Животовська Л.В.
- 3. Джерело інформації:** стаття. Бібліографічні параметри: О. В. Орлова, Л. В. Животовська. Оцінка ефективності програми комплексної психокорекції осіб, що виконують функцію догляду за пацієнтами з деменцією // Український ВІСНИК ПСИХОНЕВРОЛОГІЇ. – 2023. вип. 3 (116). – С. 99–103.
- 4. Де впроваджено:** КНП "Обласна клінічна психіатрична лікарня Кіровоградської обласної ради» _____
- 5. Термін впровадження:** вересень 2023 р. - січень 2024 р.
- 6. Результати впровадження:** *психокорекція дошкіддів проведена в кількості 31 випадку, виявлено високий ефективність.*
- 7. Зауваження та пропозиції:** *немає*

Відповідальний (і) за впровадження:

Медичний директор КНП «Обласна клінічна психіатрична лікарня Кіровоградської обласної ради» О.В. Маслянюк

22.01.2024/
(дата)


(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів, отриманих у дисертаційній роботі у лікувальний процес

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** Оцінка ефективності програми комплексної психокорекції осіб, що виконують функцію догляду за пацієнтами з деменцією.
- 2. Заклад, де проводилася розробка, адреса, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, 36011, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Орлова О.В., Животовська Л.В.
- 3. Джерело інформації:** стаття. Бібліографічні параметри: О. В. Орлова, Л. В. Животовська. Оцінка ефективності програми комплексної психокорекції осіб, що виконують функцію догляду за пацієнтами з деменцією // Український вісник психоневрології. – 2023. вип. 3 (116). – С. 99–103.
- 4. Де впроваджено:** КНП «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» ООР
- 5. Термін впровадження:** вересень 2023 р. - січень 2024 р.
- 6. Результати впровадження:** 17 випадків впровадження
комплексної програми з позитивними ефектами
- 7. Зауваження та пропозиції:** не вносилися

Відповідальний (і) за впровадження:

26 січня 2024
(дата)


(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор

Комунального некомерційного підприємства «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенка Вінницької обласної ради»

Кучерук Софія Олегівна



«01» 02.2024р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** Оцінка ефективності програми комплексної психокорекції осіб, що виконують функцію догляду за пацієнтами з деменцією.
- 2. Заклад, де проводилася розробка, адреса, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, 36011, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Орлова О.В., Животовська Л.В.
- 3. Джерело інформації:** стаття. Бібліографічні параметри: О.В. Орлова, Л.В. Животовська. Оцінка ефективності програми комплексної психокорекції осіб, що виконують функцію догляду за пацієнтами з деменцією // Український ВІСНИК ПСИХОНЕВРОЛОГІЇ. – 2023. вип. 3 (116). – С. 99–103.
- 4. Де впроваджено:** Комунальне некомерційне підприємство «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенка Вінницької обласної ради».
- 5. Термін впровадження:** вересень 2023 р. - січень 2024 р.
- 6. Результати впровадження:** Проведена оцінка ефективності комплексної психокорекції 10 осіб, що здійснюють догляд за пацієнтами з деменцією, ефективною була в 8 випадках.
- 7. Зауваження та пропозиції:** *кешіє*

Відповідальний (і) за впровадження: Мультидисциплінарна команда № 2 Комунального некомерційного підприємства «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенка Вінницької обласної ради».

01.02.2024

(дата)

(підпис)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор КП «3-я міська клінічна поліклініка Полтавської міської ради»

Місто 2024 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** Оцінка ефективності програми комплексної психокорекції осіб, що виконують функцію догляду за пацієнтами з деменцією.
- 2. Заклад, де проводилася розробка, адреса, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, 36011, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Орлова О.В., Животовська Л.В.
- 3. Джерело інформації:** стаття. Бібліографічні параметри: О. В. Орлова, Л. В. Животовська. Оцінка ефективності програми комплексної психокорекції осіб, що виконують функцію догляду за пацієнтами з деменцією // Український ВІСНИК ПСИХОНЕВРОЛОГІЇ. – 2023. вип. 3 (116). – С. 99–103.
- 4. Де впроваджено:** Комунальне підприємство «3-я міська клінічна поліклініка Полтавської міської ради»
- 5. Термін впровадження:** вересень 2023 р. - січень 2024 р.
- 6. Результати впровадження:** Впровадження програми комплексної психокорекції деменції. Введено в дію ефективну у зв'язку з використанням її.
- 7. Зауваження та пропозиції:** немає

Відповідальний (і) за впровадження:

В.О. Зевідувача
професійки

06.02.2024

(дата)

(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Григорій Медведчук

Т. Мадва

« 26 » Лютого 2024 р.

**АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів, отриманих у дисертаційній роботі, у наукову роботу та
навчальний процес**

- 1. Пропозиція для впровадження:** Оцінка ефективності програми комплексної психокорекції осіб, що виконують функцію догляду за пацієнтами з деменцією.
- 2. Заклад, де проводилася розробка, адреса, ПБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, 36011, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Орлова О.В., Животовська Л.В.
- 3. Джерело інформації:** стаття. Бібліографічні параметри: О. В. Орлова, Л. В. Животовська. Оцінка ефективності програми комплексної психокорекції осіб, що виконують функцію догляду за пацієнтами з деменцією // Український вісник психоневрології. – 2023. вип. 3 (116). – С. 99–103.
- 4. Базова установа, яка проводить впровадження:** кафедра неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна.
- 5. Термін впровадження:** вересень 2023 р. – січень 2024 р.
- 6. Форма впровадження:** у навчальну роботу кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології в матеріали лекцій та практичних занять при вивченні: «впливу соціальних та психологічних чинників на рівень стресостійкості осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією та використання програм для відновлення соціальної активності й успішної ресоціалізації».
- 7. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелах інформації (п. 3):** використання результатів наукових досліджень у навчальному процесі дозволяє розширити знання студентів щодо детального вивчення

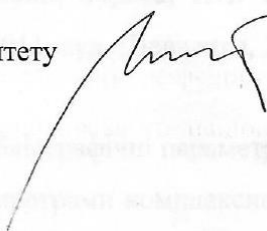
перебігу деменції, рівня стресостійкості доглядачів за пацієнтами із деменцією, та методів поетапної психокорекції для відновлення їх соціальної активності й успішної ресоціалізації

8. **Зауваження та пропозиції:** не вносилися

9. **Обговорено та затверджено** на засіданні кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна., протокол № 7 «26» лютого 2024 р.

Відповідальний за впровадження:

Член.-кореспондент НАМН України,
докт. мед. наук, професор кафедри
неврології, психіатрії, наркології
та медичної психології
Харківського національного університету
імені В. Н. Каразіна.



І.В. Лінський

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Проректор з наукової роботи
Львівського національного медичного
університету
імені Данила Галицького
доктор медичних наук,
професор Вікторія Сергієнко



«28» листопада 2024р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів, отриманих у дисертаційній роботі, у наукову роботу та
навчальний процес

- 1. Пропозиція для впровадження:** Тяжкість догляду за пацієнтами із деменцією в умовах карантинних обмежень.
- 2. Заклад, де проводилася розробка, адреса, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, 36011, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Животовська Л.В., Орлова О.В., Бойко Д.І., Пайда Ю.Ю., Скорик К.С.
- 3. Джерело інформації:** стаття. Бібліографічні параметри: The cargo of caring for patients with dementia under conditions of quarantine restrictions / L. Zhivotovska et al. Azerbaijan Medical Journal. 2022. Vol. 62, no. 9. P. 4527–4533.
- 4. Базова установа, яка проводить впровадження:** кафедра психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького
- 5. Термін впровадження:** січень 2023 р. – травень 2023 р.
- 6. Форма впровадження:** у навчальну роботу кафедри психіатрії, психології та сексології в матеріали лекцій та практичних занять при вивченні: «впливу соціальних та психологічних чинників на рівень стресостійкості осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією».
- 7. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелах інформації (п. 3):** використання результатів наукових досліджень у навчальному процесі дозволяє розширити знання студентів щодо детального вивчення

перебігу деменції, рівня стресостійкості доглядачів за пацієнтами із деменцією.

8. **Зауваження та пропозиції:** не вносилися

9. **Обговорено та затверджено** на засіданні психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, протокол № 8 «1» лютого 2024р.

Відповідальний за впровадження:

завідувач кафедри

психіатрії, психології та сексології

Львівського національного медичного
університету імені Данила Галицького

д. мед. н., професор



Ростислав Білобровка

Анкета: «Опитувальник для осіб, які доглядають пацієнтів із деменцією»

Мета. Опитувальник призначений для визначення соціально-демографічних показників, характеристики психічного здоров'я, а також особливостей під час догляду у осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією.

Опитувальник складається з 3 блоків, кожен з яких містить 15 запитань. На прохання лікаря потрібно надати відповідь «так» чи «ні», з деякими уточненнями.

Інструкція. «Вам необхідно відповісти на запитання, що стосуються Ваших особистих даних, сімейного стану, професії, повсякденної діяльності та особливостей, що стосуються догляду за пацієнтом з деменцією. Навпроти кожного запитання надайте відповідь – «так» чи «ні». Для уточнюючих запитань необхідно вписати відповідь».

I. Соціально-демографічні характеристики особи, що виконує функцію догляду за пацієнтом із деменцією.

1. П.І.П. (не обов'язково)

2. Вік: _____ (кількість повних років)

3. Стать:

– чоловіча

– жіноча

4. Ви проживаєте у:

– місті

– селі

– СМТ

5. Ваше сімейне положення:

– одружений/заміжня

– розлучений/розлучена

– не одружений/не заміжня

– вдівство

6. Рід зайнятості в даний момент:

– розумова праця

– фізична праця

– безробітний

– студент(ка)

– пенсіонер

– інше.....

7. Чи маєте Ви дітей ?

– так

– ні

8. Якщо маєте дітей вони:

– дошкільного віку

– шкільного віку

9. Освіта:

– середня

– середня спеціальна

– вища

10. Чи маєте Ви досвід з догляду за пацієнтами з деменцією?

– так

– ні

11. Якщо «так», то вкажіть за скількома пацієнтами Ви доглядали?

.....

12. Якщо раніше доглядали, то вкажіть тривалість догляду за пацієнтом:

.....

13. Чи маєте Ви професійну освіту для здійснення догляду за пацієнтами з деменцією?

– так – ні

14. Якщо «так», то вкажіть яку саме освіту Ви маєте:

.....

15. Чи маєте Ви навички надання першої домедичної допомоги?

– так – ні

II. Характеристика психічного здоров'я особи, що виконує функцію догляду за пацієнтом із деменцією

1. Чи маєте ви скарги, що стосуються психічного здоров'я?

– так – ні

2. Якщо на попереднє запитання відповіли «так», то вкажіть ці скарги:

.....

3. Якщо є скарги вкажіть тривалість їх:

.....

4. Чи зверталися Ви на консультацію до психіатра, психотерапевта, невролога чи іншого лікаря-інтерніста?

– так – ні

5. Якщо зверталися до лікаря то вкажіть коли було перше звернення?

.....

6. Якщо зверталися на консультацію, то вкажіть як часто?

- 1 раз на тиждень
- 1 раз на місяць
- 1 раз на 3 місяці
- 1 раз на півроку
- 1 раз на рік

7. Чи перебуваєте Ви на диспансерному обліку в психоневрологічному диспансері?

– так – ні

8. Чи було вас діагностовано психічний розлад згідно МКХ-10?

– так – ні

9. Якщо на попереднє запитання відповіли «так», то вкажіть тривалість психічного розладу:

- менше 6 місяців
- від 6 місяців до 1 року
- від 1 до 2 років
- більше 2 років

10. Чи приймали Ви медикаментозні препарати призначені лікарем?

- так
- ні

11. Якщо приймали, то вкажіть які саме препарати:

.....

12. Чи маєте ви скарги, що стосуються соматичного здоров'я?

- так
- ні

13. Якщо на попереднє запитання відповіли «так», то вкажіть яке саме:

.....

14. Чи є у Вас діагностоване супутнє соматичне захворювання у стадії ремісії?

- так
- ні

15. Якщо діагностовано, то вкажіть його:

.....

III. Характеристика особи, що виконує функцію догляду за пацієнтом з деменцією

1. Ким Ви доводитеся пацієнту з деменцією?

- родичем,
- професійним доглядальником

Якщо на попереднє запитання відповіли, що Ви є родичем пацієнта перейдіть до запитань № 2-5

Якщо на попереднє запитання відповіли, що Ви є професійним доглядальником перейдіть до запитань № 6-9

2. Чи довелося Вам змінювати місце чи години праці через те, що виконуєте догляд за пацієнтом із деменцією?

- так
- ні

3.

3. Чи відчуваєте Ви, що втратили контроль над своїм життям після початку догляду за пацієнтом із деменцією?

- так
- ні

4. Чи впливає догляд за пацієнтом із деменцією на взаємовідносини з іншими членами родини?

- так
- ні

5. Чи є у Вас бажання змінити доглядача для пацієнта із деменцією?

- так – ні

6. Чи приносить задоволення Вам робота?

- так – ні

7. Чи впливає догляд за пацієнтом з деменцією негативно на Вашу працездатність?

- так – ні

8. Чи присутнє у Вас відчуття емоційного спустошення пов'язане з виконанням функції догляду за пацієнтом із деменцією?

- так – ні

9. Чи відчуваєте Ви, що емоційне перевантаження на роботі надто велике для Вас?

- так – ні

10. Вкажіть тривалість захворювання пацієнта із деменцією:

- менше 6 місяців
 – від 6 місяців до 1 року
 – від 1 до 2 років
 – більше 2 років

11. Чи самостійно Ви виконуєте функцію догляду за пацієнтом з деменцією?

- так – ні

12. Чи може пацієнт із деменцією пересуватися самостійно?

- так – ні

13. Особа за якою доглядаєте проживає разом з Вами?

- так – ні

14. Скільки годин на тиждень Ви відвідуєте пацієнта з деменцією, за яким доглядаєте?

- від 5 до 10 годин
 – від 11 до 15 годин
 – від 16 до 20 годин
 – більше 20 годин

15. Пацієнт з деменцією здатний до виконання повсякденних справ?

- так – ні – зі сторонньою допомогою

Деменція

Деменція - синдром, який супроводжується зниженням пам'яті, порушенням мислення, поведінки та здатності виконувати щоденні функції, що вражає здебільшого осіб літнього віку і є однією з основних причин інвалідності. Це робить глибокий вплив не тільки на пацієнтів, їхні родини та осіб, які здійснюють догляд, а й на суспільство в цілому



При наявності скарг можете звертатися за консультацією

КП "Обласний заклад з надання психіатричної допомоги ПОР" та кафедра психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету
адреса: вул. Медична 1

д.мед.н. проф., Скрипников Андрій Миколайович
0502523300,
д.мед.н., проф.
Животовська Лілія Валентинівна 0677531590,
аспірант Орлова Ольга Вячеславівна
тел. 0664488080,

Доглядачі за пацієнтами з деменцією

