

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

УДК: 616.89-008.454-036.838:364.62-055.5/.7(043.3)

БОНДАР ОЛЬГА МИКОЛАЇВНА

**ПСИХООСВІТА У КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА
ДЕМЕНЦІЮ ЗА УЧАСТЮ ЧЛЕНІВ ЇХ РОДИН**

22 – охорона здоров'я
222 – медицина, спеціалізація «Психіатрія»

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.М. Бондар

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник Кожина Ганна Михайлівна, доктор медичних наук,
професор

Харків – 2023

АНОТАЦІЯ

Бондар О.М. Психосвіта у комплексній реабілітації хворих на деменцію за участю членів їх родин. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії в галузі знань 22 «Охорона здоров'я», за спеціальністю 222 «Медицина», спеціалізація «Психіатрія». – Харківський національний медичний університет МОЗ України, Харків, 2023. Захист відбудеться в Харківському національному медичному університеті.

Мета роботи: оцінити ефективність психосвітньої програми у комплексній психосоціальной реабілітації хворих на деменцію за участю членів їх родин і розробити оптимальні методи її застосування.

Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології проведено комплексне обстеження 98 хворих на деменцію (48 жінок та 50 чоловіків) у віці 65 – 85 років та 97 їх родичів, які здійснювали ухід за хворими (56 жінок та 41 чоловік).

У обстежених хворих згідно діагностичних критеріїв МКХ-10 встановлено діагнози: хвороба Альцгеймера з раннім початком – 19,4% обстежених хворих; хвороба Альцгеймера з пізнім початком – 27,6% пацієнтів; мультиінфарктна судинна деменція – 23,5% обстежених; субкортикальна судинна деменція – 13,3% обстежених; змішана деменція – 16,2% обстежених.

І основну групу склали 61 хворий на деменцію (32 жінки та 29 чоловіків), які окрім стандартного лікування за клінічними протоколами приймали участь у комплексній програмі психосоціальной реабілітації з використанням психосвіти, у І контрольну групу увійшли 37 пацієнтів (19 жінок та 18 чоловіків), які отримували стандартну терапію за клінічними протоколами.

II основну групи склали 63 родича хворих на деменцію які здійснювали ухід за хворими (37 жінок та 26 чоловіків), які приймали участь у психосвітній програмі, II контрольну групу 34 родича хворих на деменцію (17 жінок та 17 чоловіків), які не отримували психосвітньої підтримки.

Описано структуру розладів мислення, емоційних розладів та маячних

розладів у хворих на деменцію. Встановлено зниження загального рівня соціального функціонування у хворих на деменцію, яке проявлялося в першу чергу дисфункцією соціальних ролей (серйозний рівень порушення було виявлено у 38,2 % респондентів I основної групи, і 35,6 % – I контрольної групи; серйозного рівня порушень дисфункція сягнула у 28,2 % і 26,7 % обстежених відповідно), які вимагали достатнього рівня самостійності і незалежності хворого.

Встановлено, що для родичів хворих на деменцію притаманні емоційні розлади переважно тривожно-депресивного регістру, виникнення дезадаптивної поведінки під час піклування за хворим родичем, психосоціальна дезадаптація, порушення міжособистісних стосунків, деформація сімейної взаємодії, переважання драматизуючого та негативного ставлення членів сім'ї до захворювання на деменцію їх родича та переважання обмеженого рівня сімейної підтримки.

Базуючись на отриманих даних нами розроблена та апробована програма медико-психологічного супроводу пацієнтів із деменцією за участю членів їх родин, що спрямована на їх зміну з фіксації на проблемах, що розвиваються внаслідок захворювання, на фокусування щодо адаптації та ресоціалізації хворого, відновленні задоволеності життям, оптимізації інтерперсональної взаємодії. Програма включала в себе комплексне використання методів психотерапії, психоосвіти та ерготерапії.

Розроблена та апробована програма медико-психологічний підтримки родичів хворих на деменцією включала використання психоосвіти, яка була спрямована на корекцію інтенсивних психічних реакцій на ситуацію хвороби члена сім'ї та зміну тривожної й депресивної установок; формування адекватних уявлень про перебіг на прогноз деменції; стабілізацію емоційного стану та корекцію сімейних відносин.

Проведене нами 1,5 річне катамнестичне дослідження довело значну ефективність розробленої психоосвітньої програми в комплексній психосоціальній реабілітації хворих на деменцію за участю членів їх родин.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше на основі системного підходу розроблено психоосвітню програму у комплексній психосоціальной реабілітації хворих на деменцію за участю членів їх родин.

Виділено тривожний (37,2% чоловіків та 29,8% жінок), депресивний (25,1% та 34,2% відповідно), астено-апатичний (19,5% чоловіків та 23,8% жінок) і дисфоричний (18,2% та 12,2% відповідно) варіанти емоційних розладів у родичів хворих на деменцію.

Виявлено прояви сімейного неблагополуччя у 45,3 % обстежених родин хворих на деменцію, високий рівень сімейної тривоги у 57,3% та переважання драматизуючого (59,8% жінок та 60,2% чоловіків) та негативного (деструктивного) ставлення членів сім'ї до захворювання на деменцію їх родича.

Розроблена комплексна програма психосоціальной реабілітації хворих на деменцію яка включає фармакотерапію, психотерапію з тренінговими впливами та психоосвіту (для пацієнтів та їх родичів).

Розроблена трьохкомпонентна психоосвітня програма в системі комплексній психосоціальной реабілітації: 1. Робота з хворими (залежно від стану їх когнітивного резерву), яка складалася з 20 занять, тривалістю 1 година з частотою 1 раз на тиждень. 2. Психоосвітня програма для родичів хворих на деменцію, яка проводилася яка складалася з 10 групових занять, тривалістю 1,5 годин з частотою 2 рази на тиждень. 3. Групова сімейна психоосвіта – 10 занять, тривалістю 1 година з частотою 1 раз на тиждень.

Встановлена висока результативність розробленої комплексної програми психосоціальной реабілітації хворих на деменцію в порівнянні з традиційними реабілітаційними заходами щодо позитивної динаміки сімейного функціонування – переважання адекватного ставлення родичів до хвороби, високого рівня сімейної підтримки, покращення психосоціального функціонування хворих на деменцію.

Практичне значення одержаних результатів. Практична значущість результатів дисертаційного дослідження полягає у поліпшенні якості надання

медичної допомоги хворим на деменцію та медико-психологічної підтримки членів їх родин.

Розроблена та апробована програма психосоціальної реабілітації хворих на деменцію включала використання для усіх хворих тренінгу когнітивних навичок, спрямований на відновлення або поліпшення когнітивних функцій, з додатковим використанням при деменції легкого ступеня кризової терапії, при деменції помірною та важкою ступеня тренінгів соціально-побутових та комунікативних навичок, арт-терапії та стимулювальної терапії. Важливою складовою розробленої програми є психоосвітня програма для родичів хворих над деменцію.

Впровадження розробленої персоніфікованої психоосвітньої програми в комплексній психосоціальній реабілітації хворих на деменцію за участю членів їх родин сприяє підвищенню рівня психосоціального функціонування хворих з відповідним підвищенням якості їхнього життя.

Отримані результати дисертаційного дослідження призначені для застосування у роботі психіатрів, медичних психологів, психотерапевтів, сімейних лікарів інших фахівців, діяльність яких пов'язана з наданням лікувально-реабілітаційної допомоги хворим на деменцію, а також у навчальній підготовці кваліфікованих кадрів на етапі перед- та післядипломної освіти.

Результати дослідження впроваджено в практику роботи КНП «Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня» ТОР; Центрі психологічно консультування Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського; Національному військово-медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь» МО України; Навчально-науковому медичному комплексі «Університетська клініка» Харківського національного медичного університету; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України»; КНП «Обласна клінічна наркологічна лікарня» ХОР; КНП «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня» ДОР.

Отримані наукові результати використовуються в навчальному процесі на кафедрі психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету МОЗ України та на кафедрі психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету.

Ключові слова: деменція, родичі хворих, психоосвіта, психосоціальна реабілітація.

ANNOTATION

Bondar O.M. Psychoeducation in the complex rehabilitation of patients with dementia involving their family members. – Qualifying scientific paper as a manuscript.

Thesis for competition of a scientific degree of Doctor of Philosophy, field of knowledge 22 “Health care”, specialty 222 “Medicine”, specialization “Psychiatry”. – Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, 2023. The defense will be held at the Kharkiv National Medical University.

The aim of the study is to evaluate effectiveness of a psychoeducational program in the complex psychosocial rehabilitation of patients with dementia with the participation of their family members and to develop optimal methods for its application.

To achieve this goal, a comprehensive examination of 98 patients with dementia (48 women and 50 men), aged 65-85 years and 97 of their relatives who were also caregivers (56 women and 41 men) was conducted in compliance with the principles of bioethics and deontology. All participants were provided with informed consent for participation in research.

According to the diagnostic criteria of ICD-10, the following diagnoses were made in the examined patients: early-onset Alzheimer's disease - 19.4% of the examined patients; late-onset Alzheimer's disease – 27.6% of the examined patients; multi-infarct vascular dementia – 23.5% of the examined patients; subcortical vascular dementia - 13.3% of the examined patients; mixed dementia - 16.2% of the examined patients.

The main group I consisted of 61 patients with dementia (32 women and 29 men) who, in addition to standard therapy according to clinical protocols, participated in a comprehensive psychosocial rehabilitation program using psychoeducation. The control group I included 37 patients (19 women and 18 men) who received therapy according to standards of clinical protocols.

The main group II consisted of 63 relatives of dementia patients who were caring for the patients (37 women and 26 men) who participated in the psychoeducational program, and the control group II consisted of 34 relatives of dementia patients (17 women and 17 men) who were not involved in psychoeducational support program.

The structure of thinking disorders, emotional disorders and delusional disorders in patients with dementia was written. A decrease in the overall level of social functioning in patients with dementia was found, which was manifested primarily by dysfunction of social roles (a serious level of impairment was found in 38.2% of respondents in the main group I and 35.6% in control group I; dysfunction reached a serious level of impairment in 28.2% and 26.7% of the subjects, respectively), which required a sufficient level of independence and autonomy of the patient.

It has been established that family members of dementia patients are characterized by emotional disorders of anxious and depressive registers, maladaptive behavior during caregiving for a relative, psychosocial maladjustment, disruption of interpersonal relationships, deformation of family interaction, prevalence of dramatizing, negative attitudes of family members towards the fact of their relative's dementia, and prevalence of a limited level of family support.

A program of medical and psychological support for patients with dementia with the participation of their family members was developed and tested, Based on the obtained data. It aimed at changing their focus from fixation on the problems that develop as a disease's result to focusing on adaptation and resocialization of the patient, restoring life satisfaction, and optimizing interpersonal interaction. The program included integrated usage of psychotherapy, psychoeducation, and ergotherapy.

The developed and tested program of medical and psychological support for family members of dementia patients included psychoeducation, which was aimed at correcting intense mental reactions to the situation of a relative's illness and changing

anxious/depressive attitudes; forming adequate ideas about the course and prognosis of dementia; stabilizing the emotional state and correcting family relationships.

Our 1.5-year longitudinal study demonstrated the significant effectiveness of the developed psychoeducational programme in the complex psychosocial rehabilitation of patients with dementia with their family members involvement.

Scientific novelty of the findings. For the first time, a psychoeducational programme based on a systematic approach was developed in the complex psychosocial rehabilitation of patients with dementia with the participation of their family members.

Among relatives of patients with dementia were identified following variants of emotional disorders: anxious (37.2% of men and 29.8% of women), depressive (25.1% and 34.2%, respectively), astheno-apathetic (19.5% of men and 23.8% of women) and dysphoric (18.2% and 12.2%, respectively).

The study revealed manifestations of family dysfunction in 45.3% of the surveyed families of dementia patients, a high level of family anxiety in 57.3%, prevalence of dramatic behaviour (59.8% of women and 60.2% of men) and negative (destructive) attitudes of family members towards their relative's dementia.

A comprehensive program of psychosocial rehabilitation for patients with dementia has been developed, which included pharmacotherapy, psychotherapy with training and psychoeducation (for patients and their family members).

A three-component psycho-educational program in the system of comprehensive psychosocial rehabilitation was developed: 1. Counselling of patients (depending on the state of their cognitive reserve), which consisted of 20 sessions lasting 1 hour with a frequency of 1 time per week. 2. Psycho-educational program for relatives of patients with dementia, which consisted of 10 group sessions lasting 1.5 hours and held 2 times a week. 3. Group family psychoeducation – 10 sessions, lasting 1 hour, with a frequency of once a week.

The high effectiveness of the developed comprehensive program of psychosocial rehabilitation of patients with dementia has been established, in comparison with traditional rehabilitation measures in terms of positive dynamics of

family functioning - prevalence of adequate relative`s attitude to 'dementia' as a disease, high level of family support, improvement of psychosocial functioning of patients with dementia.

Practical significance of the obtained results. Practical significance of the outcomes of the dissertation study is to improve quality of medical care for patients with dementia and medical/psychological support for their families.

The developed and tested program of psychosocial rehabilitation for patients with dementia included usage of cognitive skills training for all patients aimed at restoring or improving cognitive functions, with the additional use of crisis therapy in mild dementia, and training in social and communication skills, art therapy and stimulation therapy in moderate and severe dementia. An important component of the program is a psycho-educational training course for relatives of dementia patients.

The implementation of personalised psychoeducational program in the comprehensive psychosocial rehabilitation of dementia patients with the participation of their family members helps to improve the level of psychosocial functioning of patients with a corresponding increase in their quality of life.

The implementation of the developed personalised psychoeducational program in the complex psychosocial rehabilitation of patients with dementia, involving their family, enhances patients' psychosocial functioning and quality of life.

Results of the dissertation study aim to assist psychiatrists, medical psychologists, psychotherapists, family doctors, and other healthcare professionals involved in providing medical and rehabilitative care to patients with dementia. Additionally, the results will be valuable in the training of qualified professionals in pre- and postgraduate level of education.

The results of the study have been implemented in the practice of the Municipal Non-Profit Enterprise "Ternopil Regional Communal Clinical Psychoneurological Hospital" of the Ternopil Regional Council; Center for Psychological Counseling of I. Horbachevsky Ternopil National Medical University; National Military Medical Clinical Center "Main Military Clinical Hospital" of the

Ministry of Defense of Ukraine; Educational and Scientific Medical Complex "University Clinic" of Kharkiv National Medical University.

The obtained scientific results are used in the educational process at the Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine and at the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Dnipro State Medical University.

Keywords: dementia, patients' family members, psychoeducation, psychosocial rehabilitation.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Каплюх О.М. Оцінка психоемоційного стану родичів хворих на деменцію як основа системи їх медико-психологічної підтримки. // Клінічна та експериментальна медицина 2021. № 90 (2). С. 35-40. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.2.kap>
2. Каплюх О.М. Персоніфікована програма медико-психологічної реабілітації хворих на деменцію. // Клінічна та експериментальна медицина. 2021. № 90 (3), С. 70-75. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.3.kap>
3. Каплюх О.М. Комплексний психологічний супровід пацієнтів із деменцією та членів їх родин. // Клінічна та експериментальна медицина 2021. № 90 (4). С. 53-58. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.4.kap>
4. Каплюх О.М. Психосвітні програми для родичів хворих на деменцію. // Український вісник психоневрології. 2022. Том 30, № 1 (110). С. 52-54. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V30-is1-2022-9>

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

5. Гайчук Л. М., Каплюх О. М. Особливості хворих на деменцію в залежності від статі // Гендер. Екологія. Здоров'я: матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції (Харків, 22-23 квітня 2021 р.) / ред. кол. : В. А. Капустник, В. М. Лісовий, В. В. М'ясоєдов та ін. Харків : ХНМУ, 2021. С. 93-94. (дисертанткою запропоновано гіпотезу роботи, узагальнено аналітичні матеріали, підготовлено до друку рукопис)
6. Кожина Г.М., Кришталь В.Є., Каплюх О.М. Гендерні особливості сприйняття хвороби сім'єю хворого на деменцію. // Проблема людини у соціально-гуманітарному та медичному дискурсах : матеріали науково-практичної онлайн конференції з міжнародною участю, Харків, 28-29 травня 2020. Харків : ХНМУ. С. 51-52. (дисертанткою особисто сформульована

гіпотеза роботи, обґрунтовано використання необхідного психодіагностичного інструментарію, зібрано, емпіричний матеріал)

7. Каплюх О. М. Стан психологічної адаптації родин пацієнтів хворих на деменцію. // Медицина третього тисячоліття : міжвузівська конференція молодих вчених та студентів, Харків, 20-22 січня 2020 р. : збірник тез. ХНМУ. Харків, 2020. С. 402-403.

8. Каплюх О. М., Кришталь В. Є. Біоетичні феномени розладів адаптації родин пацієнтів хворих на деменцію.// Феномен біоетики та біобезпеки як індикатор стану медичної науки : II Реферативна конференція присвячена засновнику біоетики В. Р. Поттеру, Харків, 18 лютого 2020 р. : збірник тез / ХНМУ. Харків, 2020. С. 32-33. (авторкою особисто визначено завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих на цьому етапі роботи даних)

9. Кришталь В.Є., Каплюх О.М. Відношення родин пацієнтів хворих на деменцію до діагнозу та лікування. // Від еспериментальної та клінічної патофізіології до досягнень сучасної медицини і фармації : збірник тез II Науково-практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю, Харків, 15 травня 2020. Харків : НАФАУ, 2020. С. 90. (авторкою особисто проведена інтерпретація отриманих результатів та сформульовані висновки роботи.)

10. Каплюх О.М. Основні клініко-психопатологічні особливості хворих на деменцію. // Kharkiv international annual scientific meeting (KhIASM) : збірник матеріалів науково-практичної конференції студентів, молодих вчених та лікарів, Харків, 22. травня 2020. Харків : ХНМУ. С. 99-100.

11. Кришталь В. Є., Каплюх О. М. Клініко-психопатологічні особливості хворих на деменцію // III Науково-практична інтернет-конференції з міжнародною участю (19 листопада 2020 р.). – Х. : Вид-во НФаУ, 2020. С. 106. (авторкою особисто сформульована мета роботи, обґрунтовано використання необхідного психодіагностичного інструментарію, проаналізовано емпіричний матеріал)

12. Каплюх О.М., Кондратенко А.П. Оцінка працездатності при органічних захворюваннях головного мозку. // Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених «Актуальні питання нейронаук»: збірник тез. ХНМУ / Харків. 2019. С. 10-11. (авторкою особисто визначено мету та завдання дослідження, проведено систематизацію отриманих емпіричних даних, сформульовані висновки роботи)

13. Kaploukh O. Main clinical and psychopathological features of patients with dementia. // ISIC-2020 : [International Scientific Interdisciplinary Conference for medical students and young scientists, Kharkiv, 8-9 October, 2020] : abstract book. KNMU. Kharkiv, 2020. P. 124-125.

14. Кришталь В.С., Каплюх О.М. Особливості сприйняття хвороби родинами пацієнтів з деменцією. // XIV Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини», 20 листопада 2020р., м. Запоріжжя. С. 77. (дисертанткою особисто запропоновано гіпотезу роботи, здійснено аналіз отриманих емпіричних даних, підготовлено роботу до друку)

15. Каплюх О.М., Щербак О.А., Ресурс сімейної підтримки у пацієнтів з деменцією. // Медицина третього тисячоліття : міжвузівська конференція молодих вчених та студентів, Харків, 18-20 січня 2021 р. : збірник тез. ХНМУ. Харків, 2021. С. 333-334. (авторкою особисто запропоновано мету та завдання роботи, проаналізовано отриманий емпіричний матеріал)

16. Каплюх О.М. Відношення до терапії родин пацієнтів хворих на деменцію після проведення психоосвіти. // Актуальні питання нейронаук : Всеукраїнська науково-практична конференція студентів та молодих вчених. Харків, 29-30 квітня 2021 р. : збірник тез. Харків, 2021. С. 12-13.

17. Kaploukh O. Psychoeducation as a component of family adaptation of patients with dementia. // ISIC-2021 : International Scientific Interdisciplinary Conference for medical students and young scientists, Kharkiv, 20–21 October, 2021 : abstract book / KNMU. Kharkiv, 2021. P. 124–125.

18. Kaploukh O. Attitude of family members of patients with dementia to disease and treatment // ISIC – 2022. International Scientific Interdisciplinary Conference, Kharkiv, 23-25th November 2022 : abstract book / KhNMU. Kharkiv, 2022. P. 122-123.

19. Каплюх О.М. Деменція – вирок для членів родин або розумний підхід. // Медицина третього тисячоліття : Фестиваль молодіжної науки : збірник тез конференції, Харків, 13-15 лютого 2023. Харківський національний медичний університет. Харків : ХНМУ, 2023. С. 250-251.

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	2
ANNOTATION	7
СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА	12
ЗМІСТ	16
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	18
ВСТУП	19
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНИЙ СТАН ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ДЕМЕНЦІЇ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	28
1.1. Сучасні уявлення про роль і місце психосоціальних втручань в реабілітації хворих на деменцію	28
1.2. Вплив діагнозу деменція на членів родини хворого	32
1.3. Медико-психологічна допомога сім'ї хворого на деменцію	38
Висновки до розділу 1	43
РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ХВОРИХ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	46
2.1. Загальна характеристика обстежених хворих	46
2.2. Дизайн дослідження	49
2.3. Методи дослідження	50
Висновки до розділу 2	60
РОЗДІЛ 3 КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ, ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ, РІВЕНЬ ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ДЕМЕНЦІЮ	61
Висновки до розділу 3	68
РОЗДІЛ 4. ПСИХОЕМОЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ РОДИЧІВ ХВОРИХ НА ДЕМЕНЦІЮ ТА РІВНІ СІМЕЙНОЇ ПІДТРИМКИ ПАЦІЄНТА	71
Висновки до розділу 4	77
РОЗДІЛ 5. ТЕХНОЛОГІЯ ПСИХООСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ В	80

СИСТЕМІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ДЕМЕНЦІЮ ЗА УЧАСТЮ ЇХ РОДИН	
Висновки до розділу 5	88
РОЗДІЛ 6. ОЦІНКА ДИНАМІКИ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ, ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ДЕМЕНЦІЮ ТА ЇХ РОДИЧІВ ПІД ВПЛИВОМ ПСИХООСВІТНИХ ПРОГРАМ У КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ	90
Висновки до розділу 6	100
АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	103
ВИСНОВКИ	108
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	111
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	112
ДОДАТОК А	134
ДОДАТОК Б	140

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

ЗД	Змішана деменція
КГ	Контрольна група
МСД	Мультиінфарктна судинна деменція
ОГ	Основна група
КПТ	Когнітивно-поведінкова терапія
НПН	Нервово-психічна напруга
ПО	Психоосвіта
ПСР	Психосоціальна реабілітація
СД	Судинна деменція
ССД	Субкортикальна судинна деменція
СФ	Соціальне функціонування
ХА	Хвороба Альцгеймера
ЯК	Якість життя
DAS	Disability assessment Scale
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HDRS	Hamilton Rating Scale for Depression

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження

Деменція в наш час є однією з найактуальніших проблем медицини, через те, що кількість хворих, які страждають на різні форми цього захворювання, зростає з кожним роком. На сьогодні деменцією різних видів страждають приблизно 47 мільйонів населення нашої планети, за сучасними прогнозами до 2030 року ця цифра зросте у 2 рази. Щорічно всесвітній економічний збиток від деменції, називають більш ніж 600 мільярдів доларів також за прогнозами зазначена цифра зростатиме з кожним наступним роком [45, 155, 183].

Найбільш важливими питаннями сучасної психіатрії стають профілактика та лікування пацієнтів з деменціями, перш за все, її основними формами до яких відносять: судинні деменції та хворобу Альцгеймера. Значним проявом деменції стає невпинне вагоме погіршення більшості вищих психічних функцій, що викликає важку форму соціальної і побутової дезадаптації пацієнта. Також окрім наявності прогредієнтного когнітивного дефіциту більше ніж у половини пацієнтів з деменцією присутні афективні (тривога, емоційна нестійкість, депресія), поведінкові (втрата навичок спілкування, бродяжництво, розгальмування потягів) та продуктивні (маячення і галюцинації) симптоми. Важливо зазначити що депресивні прояви при деменції можуть свідчити про прогностично несприятливими симптомами, які ще більше викликають зниження активності у житті, та викликають необхідність ще більш швидкої інвалідизації та звичайно можуть призвести до швидкого наближення смерті такого пацієнта [63, 166, 191].

В наш час у психіатрії використовують багатовекторний підхід у межах біопсихосоціальної моделі надання допомоги хворим із деменціями. Головною метою під час організації медичної допомоги пацієнтам з деменціями вважають: оптимізацію фізичного стану здоров'я та когніцій у людей різного віку; своєчасна та рання діагностика розвитку когнітивного дефіциту з використанням скринінг-методу на рівні первинної медичної мережі допомоги;

своєчасне виявлення та терапія коморбідних та поведінкових психопатологічних розладів; своєчасний контроль за ранньою діагностикою та терапією супутньої соматичної патології; оптимізація можливих комунікацій, рівня фізичної активності та прийнятний рівень соціального благополуччя людей; проведення психоосвітньої роботи з населенням, що здійснюють догляд за хворими на деменції [21, 162, 176].

В Україні, нажаль, вагоме навантаження щодо догляду за пацієнтами з деменцією несе його родина. На тлі погіршенням стану пацієнта зростає навантаження на людину що веде догляд, проблема розвитку станів дезадаптації родичів хворих на деменцію є достатньо вагомою, через те, що це захворювання не тільки впливає на якість життя пацієнта, а й впливає на зростання нематеріальних і матеріальних витрат внаслідок потреби у постійному спостереженні за особами з проявами тотальної, а в деяких випадках і лакуарної деменції [14, 21, 113].

Деменція стає причиною дезадаптації особи у всіх сферах життєдіяльності: соціальній, побутовій, професійній. У осіб, що доглядають пацієнта з деменцією часто виникає стан дистресу, який в майбутньому може стати причиною розвитку невротичних розладів (тривожних, депресивних та станів дезадаптації). Розуміючи це важливо у своїй роботі лікарям використовувати комплексну сімейно-центровану реабілітацію, до якої бажано залучати і членів родин пацієнтів. Така реабілітація складається з заходів, спрямованих на пацієнта, а також проводять і заходи для родичів, що здійснюють догляд за такими пацієнтами [32, 171, 189].

Зараз провідним фактором у дослідженнях йде вивчення пацієнта в єдності з його найближчим оточенням. Цими питаннями займаються спеціалісти таких напрямків: медицини, психології та соціології. З урахуванням різноманітності та індивідуальних клінічних проявів різних видів деменції наявності обмеження соціального функціонування пацієнтів різного рівня. Ми вважаємо, що доцільним є використання комплексної програми допомоги хворим на деменцію, яка включає використання психофармакотерапії,

психотерапії та психоосвітніх тренінгів для хворих на початкових стадіях хвороби та для членів родин, з урахуванням сімейно-центрованого підходу [4, 58, 101].

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана відповідно до плану наукових досліджень кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету МОЗ України за темами: «Розробити систему психосоціальної реабілітації психічно хворих з використанням психоосвітніх програм на первинному рівні надання медичної допомоги» (№ держреєстрації 0118U000948), «Розробити систему профілактики непсихотичних психічних розладів та реабілітації осіб, які постраждали від бойових дій» (№ державної реєстрації 0119U002902)

Об'єкт дослідження – клініко-психопатологічні та соціально-психологічні особливості пацієнтів з деменцією.

Предмет дослідження – вплив психоосвіти на психосоціальне функціонування та якість життя хворих на деменцію та членів їх родин

Мета – оцінити ефективність психоосвітньої програми у комплексній психосоціальній реабілітації хворих на деменцію за участю членів їх родин і розробити оптимальні методи її застосування.

Для досягнення поставленої мети були вирішені наступні **задачі**:

1. Вивчити клініко-психопатологічні, психосоціальні особливості, рівень функціонування та якість життя хворих на деменцію
2. Вивчити психоемоційні особливості родичів хворих на деменцію
3. Вивчити особливості сімейної підтримки хворих на деменцію
4. Науково обґрунтувати і розробити принципи і алгоритм проведення психоосвітньої програми в комплексній психосоціальній реабілітації хворих на деменцію за участю членів їх родин

5. Вивчити особливості динаміки психопатологічної симптоматики, психосоціального функціонування та якості життя хворих на деменцію під впливом психоосвітньої програми в системі психосоціальної реабілітації

6. Вивчити динаміку психоемоційного стану родичів хворих, рівня сімейної підтримки хворих на деменцію під впливом психоосвітньої програми в системі психосоціальної реабілітації

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний та статистичний.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше на основі системного підходу розроблено психоосвітню програму у комплексній психосоціальної реабілітації хворих на деменцію за участю членів їх родин.

Виділено тривожний (37,2% чоловіків та 29,8% жінок), депресивний (25,1% та 34,2% відповідно), астено-апатичний (19,5% чоловіків та 23,8% жінок) і дисфоричний (18,2% та 12,2% відповідно) варіанти емоційних розладів у родичів хворих на деменцію.

Виявлено прояви сімейного неблагополуччя у 45,3 % обстежених родин хворих на деменцію, високий рівень сімейної тривоги у 57,3% та переважання драматизуючого (59,8% жінок та 60,2% чоловіків) та негативного (деструктивного) ставлення членів сім'ї до захворювання на деменцію їх родича.

Розроблена комплексна програма психосоціальної реабілітації хворих на деменцію яка включає фармакотерапію, психотерапію з тренінговими впливами та психоосвіту (для пацієнтів та їх родичів).

Розроблена трьохкомпонентна психоосвітня програма в системі комплексній психосоціальної реабілітації: 1. Робота з хворими (залежно від стану їх когнітивного резерву), яка складалася з 20 занять, тривалістю 1 година з частотою 1 раз на тиждень. 2. Психоосвітня програма для родичів хворих на деменцію, яка проводилася яка складалася з 10 групових занять, тривалістю 1,5 годин з частотою 2 рази на тиждень. 3. Групова сімейна психоосвіта – 10 занять, тривалістю 1 година з частотою 1 раз на тиждень.

Встановлена висока результативність розробленої комплексної програми психосоціальної реабілітації хворих на деменцію в порівнянні з традиційними реабілітаційними заходами щодо позитивної динаміки сімейного функціонування – переважання адекватного ставлення родичів до хвороби, високого рівня сімейної підтримки, покращення психосоціального функціонування хворих на деменцію.

Практична значимість одержаних результатів Практична значущість результатів дисертаційного дослідження полягає у поліпшенні якості надання медичної допомоги хворим на деменцію та медико-психологічної підтримки членів їх родин.

Розроблена та апробована програма психосоціальної реабілітації хворих на деменцію включала використання для усіх хворих тренінгу когнітивних навичок, спрямований на відновлення або поліпшення когнітивних функцій, з додатковим використанням при деменції легкого ступеня кризової терапії, при деменції помірного та важкого ступеня тренінгів соціально-побутових та комунікативних навичок, арт-терапії та стимулювальної терапії. Важливою складовою розробленої програми є психоосвітня програма для родичів хворих над деменцію.

Впровадження розробленої персоніфікованої психоосвітньої програми в комплексній психосоціальної реабілітації хворих на деменцію за участю членів їх родин сприяє підвищенню рівня психосоціального функціонування хворих з відповідним підвищенням якості їхнього життя.

Отримані результати дисертаційного дослідження призначені для застосування у роботі психіатрів, медичних психологів, психотерапевтів, сімейних лікарів інших фахівців, діяльність яких пов'язана з наданням лікувально-реабілітаційної допомоги хворим на деменцію, а також у навчальній підготовці кваліфікованих кадрів на етапі перед- та післядипломної освіти.

Результати дослідження впроваджено в практику роботи КНП «Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня» ТОР; Центрі психологічно консультування Тернопільського національного

медичного університету імені І.Я. Горбачевського; Національному військово-медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь» МО України; Навчально-науковому медичному комплексі «Університетська клініка» Харківського національного медичного університету; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України»; КНП «Обласна клінічна наркологічна лікарня» ХОР; КНП «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня» ДОР.

Отримані наукові результати використовуються в навчальному процесі на кафедрі психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету МОЗ України та на кафедрі психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є самостійною науковою працею. Автором одноосібно обґрунтовано, розроблено та практично реалізовано план наукового дослідження, результати якого представлені у рукописі. В процесі інформаційно-патентного пошуку здобувачем самостійно проведено ґрунтовний аналіз сучасних джерел наукової інформації з обраної теми, визначено об'єкт, предмет, мету, завдання дослідження. Дисертанткою розроблено дизайн дослідження, підібрано психодіагностичний інструментарій, що відповідав критеріям надійності та валідності щодо обраних методик. Самостійно виконано клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження, створена комп'ютерна база одержаних даних, здійснені статистична обробка, системний аналіз і наукова інтерпретація результатів дисертаційного дослідження, сформульовані основні положення та висновки дисертаційної роботи. Авторкою особисто обґрунтовано, розроблено і впроваджено персоніфіковану психоосвітню програму в комплексній психосоціальной реабілітації хворих на деменцію за участю членів їх родин.

Результати наукових досліджень відображені у наукових публікаціях, які розміщені у фахових виданнях, та самостійно викладені здобувачем у дисертаційній роботі.

Особистий внесок здобувача у роботах, виконаних у співавторстві: у роботі за № 5 авторкою особисто сформульована мета роботи, обґрунтовано використання необхідного психодіагностичного інструментарію, проаналізовано емпіричний матеріал; у роботі за № 6 дисертанткою запропоновано гіпотезу роботи, узагальнено аналітичні матеріали, підготовлено до друку рукопис; у роботі за № 8 авторкою особисто визначено завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих на цьому етапі роботи даних; у роботі за № 9 авторкою особисто проведена інтерпретація отриманих результатів та сформульовані висновки роботи; у роботі за № 11 дисертанткою особисто сформульована гіпотеза роботи, обґрунтовано використання необхідного психодіагностичного інструментарію, зібрано, емпіричний матеріал; у роботі за № 12 авторкою особисто визначено мету та завдання дослідження, проведено систематизацію отриманих емпіричних даних, сформульовані висновки роботи; у роботі за № 14 дисертанткою особисто запропоновано гіпотезу роботи, здійснено аналіз отриманих емпіричних даних, підготовлено роботу до друку; у роботі за № 15 авторкою особисто запропоновано мету та завдання роботи, проаналізовано отриманий емпіричний матеріал; у роботі за № 16 авторкою особисто запропоновано ідею роботи, узагальнено отримані аналітичні матеріали, підготовлено рукопис до друку; у роботі за № 17 дисертанткою особисто визначено гіпотезу дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих емпіричних даних; у роботі за № 18 авторкою особисто сформульована мета та завдання роботи, обґрунтовано використання необхідного психодіагностичного інструментарію, оброблено і проаналізовано отриманий емпіричний матеріал; у роботі за № 21 авторкою особисто здійснено аналіз наукової літератури, підготовлено до друку матеріал; у роботі за № 24 авторкою особисто розроблено методологічні засади дослідження та інтерпретація отриманих результатів.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційної роботи оприлюднено та обговорено на наступних наукових форумах,

конференціях: Основні положення дисертаційної роботи оприлюднено та обговорено на наступних наукових форумах, конференціях: Науковій сесії та міжвузівській конференції молодих вчених та студентів «Медицина третього тисячоліття» (Харків, 20–22.01.2020р.); Міжвузівській конференції молодих вчених та студентів «Медицина третього тисячоліття» (Харків, 18–20.01.2021р.); Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психіатрія, наркологія, клінічна психологія та загальна медична практика: міждисциплінарні питання сучасності» (Київ – Харків – Дніпро – Полтава – Львів – Вінниця – Бранденбург – Мюнхен – Дюссельдорф – Вашингтон – Лондон 22 – 23.04.2021); Kharkiv international annual scientific meeting (KhIASM'21) (Харків, 12-14.05.2021); Науково-практичній on-line конференції з міжнародною участю «Якість медичних послуг в сфері психічного здоров'я» (Харків, 20-21.05.2021); науково-практичному симпозиумі з міжнародною участю «Персоніфіковані підходи щодо неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги» (Харків, 7-8.10.2021); International Scientific Interdisciplinary Conference (ISIC) – 2021 (Харків, 20-21.10.2021); IV науково-практичній конференції «Психосоматична медицина: наука і практика» (Київ, 5-6.11.2021); VI Національному конгресі неврологів, психіатрів та наркологів України «Неврологія, психіатрія та наркологія у сучасному світі: глобальні виклики та шляхи розвитку» (Харків, 6-8.10.2022р.); III конгресі з міжнародною участю «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» (м. Київ, 4-6.11.2022); ISIC-2022 : International Scientific Interdisciplinary Conference for medical students and young scientists (Kharkiv, 23 – 24.11.2022); Науково-практичній конференції «Війна і люди: як зберегти психічне здоров'я». (Київ, 25-26.05.2022р.); Міжвузівській конференції молодих вчених та студентів «Медицина третього тисячоліття» (Харків, 13–15.01.2023р.); V Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика» (Київ, 21-22.04.2023р.); Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психічні та психологічні розлади під час війни: лікування та реабілітація» (Харків, 24-25.05.2023р.); VI Науково-практичній

конференції з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика» (Київ, 02-03.11.2023р.).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 19 наукових праць, у тому числі 4 статті, з них 4 – у фахових наукових виданнях України, що індексуються у наукометричних базах даних SCIENCEINDEX, Ulrich's Periodicals Directory і Google Scholar; 15 тез доповідей у матеріалах конференцій міжнародного та державного рівнів

Обсяг та структура дисертації. Основний текст дисертації викладено на 155 сторінках машинописного тексту. Робота складається з анотацій українською та англійською мовами, вступу, аналітичного огляду літератури, 4 глав власних досліджень, аналізу й узагальнення результатів дослідження, висновків і списку використаних джерел. Матеріали дисертації ілюстровані 30 таблицями й 6 малюнками. Бібліографічний список містить 209 джерел, з них 40% – закордонних.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНИЙ СТАН ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ДЕМЕНЦІЇ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

1.1. Сучасні уявлення про роль і місце психосоціальних втручань в реабілітації хворих на деменцію.

Деменція – це 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. За даними ВООЗ, у світі близько 50 млн людей страждають на це захворювання, і щорічно діагностують майже 10 млн нових випадків. В Україні цей процес протікає особливо гостро, що обумовлено певними соціально-економічними факторами. Зараз в Україні хвороба є наслідком нейродегенеративних і органічних процесів в організмі людини, що проявляється прогресуючим недоумством і призводить до деградації особистості, порушення працездатності, утруднення в самообслуговуванні та інвалідності [1, 3, 151].

Деменція є однією з найбільш актуальних проблем у сучасній клінічній медицині, оскільки вона має серйозний інвалідизуючий вплив на пацієнтів, і може призвести до руйнування для їх сімей і тих, хто здійснює догляд за ними. Глобальне поширення деменції, її економічний вплив на сім'ї хворих, доглядачів і стигматизація, пов'язана з нею, а також соціальна ізоляція, становлять серйозну проблему для суспільної охорони здоров'я [2, 202].

Запроваджується все більше думок, що психопатологічна симптоматика може бути фактором, що сприяє розвитку деменції або навіть одним із перших її симптомів. Поява нейропсихіатричних симптомів, таких як порушення сну і депресія, вже визнано факторами ризику розвитку деменції [27, 48, 191].

На сьогоднішній день дослідники виявили, що психотичні стани у пацієнтів з початковими ознаками деменції поширені більше ніж раніше і вони негативно впливають на клінічний хід процесу занепаду пам'яті [7]. Також,

дослідники не виключають пацієнтів з психотичними розладами на початку хвороби, зосереджувалися на вивченні особливостей раннього встановлення діагнозу та лікування, щоб отримати більш повне розуміння ролі психозу у розвитку деменції [50, 187].

Практично всі деменції різного походження мають схожі психопатологічні прояви. У багатьох випадках, легкі порушення поведінки виступають першими симптомами деменції, які проявляються клінічно навіть до початку загострення занепаду когнітивних функцій. [63-65, 152].

Деменція – хвороба, яка зазвичай виявляється у людей похилого віку. Поширеність її зростає з віком: 5% людей у віці 65-69 років страждають на це захворювання, і ця кількість подвоюється кожні 10 років. Приблизно 9% людей понад 65 років мають легку або помірну форму деменції, а 5% - важку форму. На сьогоднішній день у світі є близько 24-25 мільйонів пацієнтів з деменцією. За оцінками ВООЗ, ця кількість може збільшитися в 1,7 рази до 35 мільйонів осіб до 2025 року [155]. Прогнозується, що їх кількість подвоїться до 2030 року, а до 2050 - навіть потроїться. Щорічно у світі реєструється близько 9,9 млн нових випадків деменції. Згідно з даними Державної служби статистики, у 2016 році кількість осіб з деменціями становила 100,62 на 100 000 населення, а в 2017 році – 97,78. В Україні захворюваність на деменції всіх форм у 2016 році становила 14,1 на 100 000 населення, а в 2017 році – 13,63. [48, 53, 54]. Наприклад, деменція призводить до втрати працездатності після ракових захворювань та пошкоджень спинного мозку і забирає 11,2% працездатного періоду у людей віком понад 60 років. Однак, медичні витрати на лікування деменції є дуже високими і в США становлять 40 тисяч доларів на рік на одного пацієнта. У 2010 році загальні суспільні витрати на деменцію були оцінені в 604 мільярди доларів США. [26, 55]. Догляду за хворими, страждаючими на деменцію, відводиться третє місце за витратами на лікування та догляд [168]. Більшість витрат (70%) спрямована на надання догляду поза лікарняними установами та інтернатами. Понад 90% хворих на деменцію у пізніх стадіях мають поведінкові й психопатологічні розлади, які додатково

ускладнюють економічне навантаження та ускладнюють процес догляду для опікунів. Наприклад, для пацієнтів з деменцією необхідно майже 60 годин на тиждень догляду. [56-59, 160-162].

На сьогоднішній день у світі деменцію діагностували у 46,8 млн людей. З цієї кількості майже 60% становили пацієнти з країн розвиваючого світу. Найбільш висока поширеність хвороби була в Азійсько-Тихоокеанському регіоні - 22,8 мільйона осіб. У Європі це число становило 10,46 млн хворих, у Північній та Південній Америці - 10,44 млн, а в Африці - 4,03 млн [66]. В Україні показники відрізняються від інших стран, поширеність деменцій становила 97,78 на 100 тисяч населення. Варто відмітити, що в 13 областях країни середньоукраїнський показник поширеності перевищено. Найвищий показник зафіксовано в Запорізькій області (203,60 на 100 тисяч населення), що на 208% перевищує середньоукраїнський. Донецька область має показник 192,22, Харківська – 152,56, Вінницька – 135,48, а найнижчий показник в Тернопільській області – 47,82. На 2020 рік СД переважала серед показників захворюваності на деменцію, складаючи 9,87 на 100 тисяч населення [67, 154, 207].

Психосоціальні втручання в реабілітації хворих на деменцію розглядаються як важливий компонент комплексного підходу до лікування та догляду за пацієнтами. Сучасні уявлення про роль і місце цих втручань ґрунтуються на визнанні того, що деменція впливає не лише на когнітивні функції, але також на емоційний стан та соціальну взаємодію пацієнта [28, 32, 153].

Одним з основних принципів психосоціальних втручань – це індивідуалізація підходу до кожного пацієнта. Кожна людина з деменцією має свої унікальні потреби, вимоги та можливості, що потребують індивідуального підходу до лікування. Психосоціальні втручання ураховують цю індивідуальність, надаючи пацієнтам і їх близьким підтримку, розуміння і можливості активної участі в процесі відновлення та підтримки [55, 76, 204].

Крім того, психосоціальні втручання акцентують увагу на психологічному та соціальному благополуччі пацієнта. Це означає, що в лікуванні і догляд включаються не лише медичні процедури, такі як призначення лікарських препаратів, але також психологічна підтримка, психотерапія, реабілітаційні та соціальні заходи. Це може включати індивідуальні консультації, сімейну терапію, групові заняття, розваги і т.п. [57, 156, 199].

Психосоціальні втручання також надають підтримку близьким родичам та опікунам пацієнтів з деменцією. Супроводження і психологічна підтримка родичів може допомогти їм впоратися зі стресом, викликаним ролью опікунів, а також виявити і розвинути свої ресурси та навички. Це може сприяти покращенню якості життя самого пацієнта і запобіганню вигоранню опікунів [157, 205].

Основні види психосоціальних втручань включають наступні:

1. Інформування та освіта: Відповідна освіта як для самого пацієнта, так і для його близьких є важливою частиною психосоціальних втручань. Інформування родини про характеристики хвороби, такі як прогресування, симптоми та можливі наслідки, допомагає усвідомити і прийняти стан хворого.

2. Підтримка родини та догляд за хворим: Родина часто стикається зі значними труднощами під час догляду за хворим на деменцію. Психосоціальні втручання можуть надавати підтримку родині, а також навчати їх навичкам догляду за хворим, комунікації та використанню ефективних стратегій забезпечення безпеки та комфорту хворого [159].

3. Реабілітація та підтримка самостійності: Психосоціальні втручання також можуть сприяти підтримці самостійності у хворих на деменцію. Це може включати введення різних стратегій для покращення пам'яті, когнітивних навичок та особистої догляду [172].

4. Психологічна підтримка: Хворі на деменцію зазвичай мають психологічні проблеми, такі як депресія, тривога і більша схильність до емоційного розладу. Психосоціальні втручання можуть включати психологічну

підтримку, психотерапію та різні техніки релаксації для полегшення цих проблем [208].

5. Соціальна активізація та підтримка: Важливим аспектом психосоціальних втручань є стимулювання соціальної активності хворих на деменцію. Це може бути досягнуто через залучення до групових активностей, заходів та інших соціальних контактів.

Аналізуючи наукову літературу, доходимо висновків, що сучасні уявлення про роль і місце психосоціальних втручань в реабілітації хворих на деменцію підкреслюють їх значення як складової частини комплексного підходу до догляду за цими пацієнтами. Вони надають ефективну підтримку самим пацієнтам і їх близьким, сприяють поліпшенню якості життя та досягненню оптимальних результатів у реабілітації.

1.2. Вплив діагнозу деменція на членів родини хворого

Деменція – це стан, що виникає внаслідок органічного ураження мозку і проявляється у втраті інтелектуальних функцій, включаючи порушення критичного ставлення до власного стану, дефекти пам'яті, абстрактного мислення, здатності розуміти мову та інших когнітивних (пізнавальних) функцій. Це призводить до проблем в повсякденному та соціальному житті, включаючи професійну дезадаптацію. Деменція може бути прогресуючою, статичною або тимчасовою, і важливо визначити її ступінь виразності через порушення особистої активності у повсякденному житті [86, 95, 103, 165].

У більшості випадків допомогу в Україні у літнім пацієнтам надають рідні, оскільки менше 10% з них отримують медичну допомогу в медичних установах. У таких випадках психічна дезадаптація, яка виникає у сім'ї членів, які доглядають за пацієнтами з деменцією, є суттєвою складовою проблеми сімейної та соціальної дезінтеграції, пов'язаною з недоумством. [15, 67, 89, 163].

Спостерігаються різні соціальні наслідки, коли проявляється деменція. У випадку м'якої деменції професійна діяльність або соціальна активність можуть

бути обмежені, але особа все ще здатна жити самостійно і дбати про особисту гігієну. При помірній деменції завдається проблем самостійного проживання. Тривала деменція порушує повсякденне життя до такої міри, що пацієнтові потрібна постійна допомога та сторонній нагляд, оскільки він не може дотримуватися мінімальних правил безпеки в повсякденному житті [97, 115, 164].

Заподіяність хвороби збільшується: людина з помірною деменцією відчуває складнощі у повсякденному житті, наприклад може страждати від сильної забудькуватості, особливо коли йдеться про недавні події та імена людей. Зменшуються навички та самообслуговування: хворий не здатний самостійно готувати їжу, прибирати вдома або ходити до магазину. З прогресуванням хвороби його потреби у допомозі у справах особистої гігієни, таких як відвідування туалету, вмивання, одягання, посилюються. Поступово збільшуються труднощі у мовленні та спілкуванні, і пацієнт стає втрачатися у незнайомому суспільстві [166, 200]. Близкі люди, які доглядають, можуть стурбовано спостерігати за появою симптомів, що хвилюють: пацієнт може покидати дім і блукати, виникають галюцинації, особливо на межі сну та безсоння. На етапі важкої деменції хворий стає нездатним до дій або проявляє хаотичну активність. Він повністю залежить від доглядаючих людей. Порушення пам'яті мають серйозну сутність і сильно впливають на повсякденне життя. Також спостерігаються труднощі з прийомом їжі, втрата здатності впізнавати родичів, друзів, знайомі предмети. Ще однією проявою є труднощі у розумінні та тлумаченні подій, а також можлива епізодична втрата орієнтації, навіть вдома. [24, 56, 78, 124, 135, 148].

Наявність пацієнта з деменцією у сім'ї є джерелом постійного тривожного навантаження, яке впливає не тільки на самого хворого, але й на його родичів. Родичі постраждалих часто зазнають широкого спектру психічних і фізичних змін, таких як погіршення когнітивних процесів, депресія, тривожність і втрата здатності до концентрації. Родичам пацієнтів з деменцією також грозить виснаження, їх життєвий термін скорочується, вони страждають

від безсоння і почуття смертельної втоми. Приблизно у 30% родичів спостерігається вербальна агресія, а приблизно 10% виявляють себе фізично агресивними [85, 169].

Pearlin L.I. є автором класичного дослідження, хто розробив модель під назвою «стрес-процес» для осіб, які надають догляд за хворими родичами з хворобою Альцгеймера або судинною деменцією. У цій моделі виділені першинні стресори, такі як поведінка особи, за якою здійснюється догляд, потреба особи, яку доглядають, у сторонній допомозі, а також суб'єктивний стрес осіб, які надають догляд. Також є вторинні стресори, які виникають при виконанні ролі доглядача, наприклад, конфлікти у трудовому, сімейному та соціальному житті, фінансові труднощі, а також вторинні інтрапсихічні стресори, такі як зниження самооцінки, відчуття втрати контролю і порушення самоідентифікації. Наслідки надання догляду включають вплив на психічне самопочуття, вплив на фізичне здоров'я, а також відмову від надання догляду, що вважається проявом вигорання [94, 168].

До симптомів вигорання у членів сімей, що здійснюють догляд за хворими на деменцію, відносяться:

- уникнення друзів, членів сім'ї та інших близьких людей;
- втрата інтересу до того, що раніше приносило задоволення;
- почуття смутку, роздратованості, безнадійності й безпорадності;
- зміна апетиту, ваги або і того, й іншого;
- зміни характеру сну;
- більш часте виникнення простудних захворювань;
- виникнення бажання заподіяти шкоду собі або людині, за якою доглядають;
- емоційне і фізичне виснаження.

Фактори, які показують зв'язок з високим рівнем стресу та меншим рівнем благополуччя у осіб, що забезпечують догляд, включають: негативне поводження та залученість опікуваного; соціальний статус дружини замість статусу чоловіка; соціальний статус дочки над сином; відсутність підтримки

партнера; недостатність соціальної підтримки; обмежений спектр стратегій подолання стресу; відмова від активного вирішення проблем для подолання стресу; негативна оцінка поточних взаємин та незадоволеність процесом догляду [67, 171-173].

У людей, які доглядають за дементними пацієнтами, найчастішим є емоційний шок, відчуття страху, сором, гнів, занепокоєння і почуття втрати, самотність, тривогу та незнання щодо того, як краще допомогти хворому. Родиною також можуть відчуватися безсилля та невпевненість у майбутньому через прогресивне захворювання деменції, яке швидко прогресує і вимагає значних зусиль та ресурсів для допомоги. У багатьох випадках близькі родичі, такі як дружина/чоловік, діти або онуки, змушені бути опікунами хворого. Це може створити фізичне та емоційне навантаження для родини, особливо якщо догляд потребує постійної присутності та строгого режиму. Також, втрата комунікації і розуміння світу навколо може створювати проблеми для родини. Зміни у мовленні та сприйнятті інформації ускладнюють спілкування та можуть призводити до відчуження. Крім того, деменція може вплинути на динаміку родинних відносин, що може приводити до конфліктів та розбіжностей у догляді, фінансах, прийнятті рішень та розподілі обов'язків. Це може створювати напруженість і негативно впливати на стосунки між членами родини. У родичів будуть розвиватися: психологічні, емоційні та соціальні наслідки [34, 57, 107, 170].

Отримання діагнозу деменції часто викликає психологічні труднощі у членів родини. Вони можуть відчувати втому, депресію, тривогу та почуття втрати. Зміни психологічного стану можуть бути спричинені не тільки самою хворобою, але й нерозумінням характеру деменції та її прогресу. Це може вплинути на загальний стан здоров'я членів родини і негативно позначитися на їх здатності доглядати за хворим [24, 67, 93, 195].

Наявність діагнозу деменції також може викликати значні емоційні турботи для родинних членів. Вони можуть відчувати безнадію, втрату, гнів і провину через зміну стану здоров'я свого близького. Члени родини можуть

відчувати безпорадність, якщо вони відчувають, що їх можливості допомогти обмежені. Такі емоційні переживання можуть спричинити стрес і призвести до зниження якості життя [5, 17, 186].

Діагноз деменції може також вплинути на соціальне життя членів родини хворого. Вони можуть почувати себе відчуженими від свого оточення та досліджувати нездатність сконцентруватися на своїх особистих потребах. Багато членів родини хворих з деменцією можуть почуватися відповідальними за їх догляд та пригніченими відчуттям безперервного навантаження. Це може призвести до відчуття втрати контролю і справити негативний вплив на їх соціальні відносини [12, 30, 174].

Розуміння психологічних, емоційних і соціальних наслідків, що можуть спричинити зниження якості життя і загострити проблеми для членів родини, може допомогти фахівцям по догляду за хворими на деменцію та членам родини розробити підтримуючі стратегії, які сприятимуть збереженню загального благополуччя сім'ї. Додаткові дослідження і розвиток програм підтримки можуть бути корисними для максимізації ресурсів та поліпшення життя членів родини, які стикаються з деменцією. Однак, навіть за таких обставин, науково обгрунтовані та впроваджені в практику стратегії подолання цих емоцій є недостатньою реалізованістю в сфері охорони психічного здоров'я [17, 22, 53, 177].

Також, діагноз деменції вносить суттєві зміни у сімейну динаміку, оскільки вимагає адаптації членів родини до нової реальності. Цей діагноз може порушити звичне спілкування в родині, при чому родичам може бути важко знайти спільну мову з хворим, оскільки його здатність до мовлення та розуміння поступово погіршується. Крім того, сімейні члени можуть боятися висловлювати свої емоції і навіть уникати обговорення проблем, пов'язаних з деменцією. Отже, важливо встановити відкриту та сприяючу комунікацію в родині, де кожен може висловити свої потреби та почуття і отримати підтримку від інших членів родини [35, 69, 127, 176].

Виявлення деменції впливає на структуру сім'ї та розподіл обов'язків. Родинним учасникам може знадобитися переглянути свої ролі і взяти на себе більше зображення хворого. Це може призвести до перевантаження і стресу для доглядаючих. Важливо забезпечити наявність системи підтримки в сім'ї, де кожен може отримати допомогу і розподіляти обов'язки на основі інтересів і можливостей кожного [63, 194].

Враховуючи те, що захворювання деменції тривале і поступово прогресує, дуже важливо надавати навчання та підтримку родичам, які займаються доглядом за хворими. У різних організаціях, таких як «Альцгеймер-клуби», надаються безліч рекомендацій для родичів хворих на деменцію [178]. Щоб допомогти родичам уявити, як себе почуває хвора людина, можна запропонувати їм відчувати, як це - мати заткнуті вуха і носити щонаочі темні окуляри, що спотворюють зір. Для покращення розуміння родичів, які доглядають за своїми родичами з деменцією, пропонується тренування, яке полягає у уявленні такої ситуації. «Уявіть собі, що ви опинились у маленькому китайському містечку, при цьому не знаючи мови і не можучи прочитати. Ви постійно стикаєтесь з незрозумілими звичаями, наприклад, такими, як їжа паличками. І найгірше, ви постійно зустрічаєте людей, які з вами розмовляють і поводяться так, ніби вас добре знають і очікують від вас відповідності, ніби ви знаєте все про них». Таке тренування допомагає зрозуміти, чому виникають труднощі у спілкуванні з пацієнтами, які мають деменцію [58, 179, 200].

Отримання діагнозу деменції може створити значний стрес для родини, але в той же час це може зміцнити сімейні зв'язки та сприяти підтримці одне одного. Важливо надавати психологічну та емоційну підтримку сім'ї, щоб всі члени могли вільно спілкуватися про свої почуття, обговорювати проблеми та знаходити спільні рішення. Розвиток груп підтримки для родин, де люди можуть обмінюватися своїм досвідом та надавати одне одному підтримку, може бути корисним [83, 192].

Отже, вплив діагнозу деменції на членів родини хворого є складним і має широкий спектр наслідків. Це може призвести до психологічних, емоційних та

соціальних наслідків, які зменшують якість життя та поглиблюють проблеми для родини. Розуміння цих впливів може допомогти фахівцям по догляду за хворими на деменцію та родині розробити стратегії підтримки, які сприятимуть благополуччю всієї родини. Комунікація, розподіл обов'язків та сімейна підтримка стають основними складовими для забезпечення добробуту та якості життя сімей, стикаючись з деменцією. Додаткові дослідження та розвиток програм підтримки можуть бути корисними для максимізації ресурсів та поліпшення життя членів родини, у яких є хворі з деменцією [46, 84, 138, 180].

1.3 Медико-психологічна допомога сім'ї хворого на деменцію

Деменція має фізичний, психологічний, соціальний і економічний вплив не тільки на хвору людину, але і на тих, хто за нею доглядає, на членів родини і суспільство в цілому. Члени сім'ї стають більш схильними до розвитку тривожних і депресивних розладів, не рідко перебувають у «тривожному очікуванні» розвитку деменції у себе, оскільки відомо, що генетика грає неперспективну роль у появі цього патологічного процесу. Хвороба може поступово прогресувати і потребує спеціальної медико-психологічної допомоги сім'ї [10, 189].

Однією з основних задач медико-психологічної допомоги сім'ї є надання інформації про деменцію і процес, який відбувається в організмі хворої людини. Це допоможе родичам краще зрозуміти стан хворого і відповідно налаштувати своє ставлення та підхід до нього. Також, при наданні медико-психологічної допомоги при наявності даного захворювання є раннє втручання та поліпшення фізичного здоров'я, когнітивних здібностей, активності і благополуччя пацієнта. Також важливо виявлення і лікування супутньої фізичної хвороби та поведінкових і психологічних симптомів. Крім того, необхідно забезпечити інформаційну підтримку та довгостроковий догляд для осіб, що займаються доглядом пацієнта [3, 11, 184].

Медико-психологічна допомога також може включати психологічну підтримку для сім'ї. Деменція може бути дуже важким і тяжким для родичів,

особливо якщо вони стикаються зі змінами у поведінці хворої людини. Психолог може працювати з родичами, допомагати їм розуміти і приймати ці зміни, а також навчати певним стратегіям, щоб краще впоратися з них [8, 201].

Допомога може включати і практичні аспекти, такі як надання порад і рекомендацій щодо організації життєвого простору хворого. Наприклад, сім'я може потребувати порад щодо структури дня хворого, підтримки в забезпеченні безпеки вдома та простих стратегій для полегшення комунікації з хворою людиною [68, 185].

Крім того, медико-психологічна допомога може включати навчання сім'ї різними способами розуміння і спілкування з хворою людиною. Наприклад, використання несловесних методів спілкування, таких як жести, міміка, дотики, може допомогти встановити зв'язок з хворим на деменцію [69, 197].

Окрім медико-психологічної допомоги, сім'я хворого на деменцію також може потребувати підтримки в області піклування про хворого. Це можуть бути послуги домашнього догляду або навіть резиденціального перебування, де можна забезпечити якісну медичну і психологічну допомогу хворому людині [70, 188].

Загалом, медико-психологічна допомога сім'ї хворого на деменцію є важливим аспектом лікування цього захворювання. Вона допомагає родичам краще розуміти і приймати зміни, забезпечує підтримку і навчання, необхідні для ефективного догляду за хворим, та сприяє підвищенню якості життя всіх членів сім'ї [85, 190].

Лікування судинної деменції повинно носити диференційований характер, що визначається гетерогенністю патологічного процесу. Внаслідок великого числа етіопатогенетичних механізмів не існує єдиного і стандартизованого методу лікування даної категорії хворих. Лікування судинної деменції має включати заходи, спрямовані на основне захворювання, на тлі якого розвивається деменція, і на корекцію наявних факторів ризику [73, 198].

За основними принципами лікування судинної деменції розуміють етіопатогенетичний і профілактичний підходи, які спрямовані на використання

не тільки препаратів для поліпшення когнітивних функцій, але й для проведення симптоматичної терапії. Важливо відмітити, що процес лікування пацієнтів з судинною деменцією може бути організований як у стаціонарних, так і у напівстаціонарних умовах, а також у вигляді амбулаторного обслуговування при належній консультації пацієнтів та їх родичів [47, 84, 103].

Застосування медико-психологічної допомоги для цієї категорії хворих, включає наступні етапи:

1. діагностика деменції;
2. уточнення причини деменції;
3. лікування основного захворювання;
4. терапія емоційно-афективних розладів;
5. симптоматична терапія;
6. немедикаментозні методи лікування;
7. соціальна допомога [4]

Варто також зазначити, що психологічна підтримка осіб, що доглядають хворих на судинну деменцію, а також регулярні фізичні тренування й психотерапія мають позитивний вплив на процес лікування таких хворих [192].

У лікуванні судинної деменції психотерапія включає групову терапію, тренування когнітивних навичок, психотерапію для сімей, роботу з родичами хворого, психологічну підтримку доглядачів, стимулювання фізичної активності, трудотерапію, сприяння соціальної взаємодії, застосування ароматерапії та музикотерапії [137].

Оптимізація якості життя та підвищення рівня щоденного функціонування в умовах когнітивного дефіциту – це загальні цілі психотерапії. Деякі методики психотерапії також мають додаткові цілі, такі як поліпшення когнітивних функцій, настрою або поведінки [193].

В загальному, тактика ведення хворого включає такі аспекти: посилення можливостей пацієнта; відновлення втрачених функцій, якщо це можливо; підтримка психологічного та соціального благополуччя пацієнта і навчання членів родини. Психосоціальні інтервенції використовуються як додаток до

фармакологічного лікування і поділяються на поведінково, емоційно та когнітивно спрямовані. Когнітивну спрямовану терапію, зокрема когнітивну стимуляцію, включають у лікування пацієнтів похилого віку, і це охоплює навчання, обговорення, дебати, методи «розв'язання проблем» та «орієнтацію на реальність», а також відтворення спогадів. Нейропсихологічна реабілітація використовується для покращення когнітивних функцій шляхом полегшення роботи пам'яті за допомогою зовнішніх асоціацій і стратегій. У процесі нейропсихологічної реабілітації для тренування пам'яті використовуються рухові рухи, вербальні асоціації та категоризація, а також тренування навичок повсякденного життя [56, 93, 195].

Застосовуючи теорію нейропластичності, можливо відновити пошкоджену когнітивну функцію шляхом тренування незахворілого модулю когніції. У пацієнтів з хронічним амнестичним синдромом, які мають майже нетронуту неявну пам'ять, цей підхід здається найкращим способом компенсування явного пам'яті. Цю задачу можна вирішити за допомогою емоційного та перцептивного навчання, категоризації, розвитку моторних навичок, звичок та підтримки адаптивної поведінки. Наприклад, метод рухових асоціацій дозволяє запам'ятати ім'я, місце або подію, створюючи асоціацію з певним рухом тіла. Ці вправи можуть бути закріплені під час групових тренувань. Метод словесних асоціацій полягає в побудові простих речень з вивченими словами, щоб викликати найбільшу кількість емоцій у пацієнта [79, 118].

Методика категоризації, спрямована на покращення навичок запам'ятовування слів, включала таку вправу: пацієнтам давали список слів і пропонували розділити їх на категорії, такі як одяг, їжа і т.п. Для повторення всіх слів зі списку пацієнтам потрібно було лише згадати категорії. Цей підхід базується на методиці «навички у повсякденному житті». Для цього використовувалися функціональні завдання, які включали підготовку пацієнтів до таких типів діяльності, як використання телефону, надання і отримання повідомлень, використання щоденника та приготування бутерброду. Через те,

що пацієнти мали труднощі зі спонтанним застосуванням навичок у реальних повсякденних ситуаціях, життєві ситуації моделювалися щоденно. Наприклад, для вдосконалення навичок використання телефону, отримання повідомлень і складання нотаток, навчання проводилося за допомогою телефону, паперу і пера, що імітували дзвінок. Так само, коли пацієнт навчався записувати зустрічі в щоденнику, він використовував реальні зустрічі та події [84, 196].

Під час проведення реабілітаційних заходів необхідно враховувати що може бути послідовне погіршення психічного стану, пошкоджені системи мозку, що перешкоджають усвідомленню власної хвороби, і все більш помітний зв'язок між геріатричною депресією та деменцією. Незважаючи на те, що основне завдання полягає в пом'якшенні нейродегенеративних порушень, сповільнення когнітивного зниження, що дає можливість більше кількох місяців самотійного життя, може значно покращити якість життя пацієнтів, відкладаючи необхідність посиленого догляду з боку інших осіб. Проте існують різні нейропсихологічні та психологічні перешкоди при намаганні залучити пацієнтів з деменцією до реабілітації [36, 209].

Місцями пацієнти часто відмовляються визнати наявність або серйозність когнітивних та функціональних порушень, навіть в обличчя очевидних доказів. Анозогнозія - це без усвідомлення або нерозуміння власної хвороби, що може бути спричинене механізмом захисту, погіршенням когнітивних процесів, відповідальних за осмислення власного стану, або і тим, і іншим. Також лікар може зіткнутися зі відсутністю мотивації та апатією пацієнта, або почуттям безвихідності, яке може бути викликане самим захворюванням або як прояв інволютивної депресії. Тому важливо встановити мотиваційні стратегії [75, 206].

Проаналізувавши дослідження можна стверджувати, що медико-психологічна допомога родині повинна включати такі елементи, як психодіагностика, психоосвіта та психокорекція. Психоосвіта для родини має на меті збільшення рівня їх знань щодо психологічного стану хворого, який має цереброваскулярну деменцію, а також його сім'ї. Психокорекція передбачає

розробку індивідуальної програми, яка включає оцінку ризику дезадаптації, визначення цілей, комплексну оцінку умов і факторів, що впливають на процес реалізації психокорекції. Останнім етапом є сама реалізація цієї індивідуально розробленої програми психокорекції [75, 96, 128].

Розробка та впровадження системи медико-психологічної підтримки для осіб, які обслуговують пацієнтів з деменцією, має на меті зменшити психоемоційний стрес, покращити міжособистісні стосунки і гармонію у родині, а також сприяти наближенню переживань до нормальної реакції на горе. Це також допоможе медичному персоналу збільшити рівень знань щодо психології невиліковного онкологічного хворого, членів їх родини і психології медичного працівника. Метою є також поліпшення комунікативних навичок та вмінь розробляти та застосовувати адекватні стратегії поведінки в конфліктних ситуаціях, а також зниження негативної реакції на психотравматичні та стресові ситуації [71, 203].

Таким чином, з метою забезпечення повного впливу на процес лікування пацієнтів з деменцією, рекомендується використовувати комплексний медико-психологічний підхід, який повинен включати не тільки заходи, спрямовані на відновлення здоров'я пацієнта, але і на покращення його емоційного стану. Не менш важлива роль у психологічному супроводі таких пацієнтів відіграє підтримка з боку родичів, з якими слід належним чином організувати роботу та надавати консультації [1, 86].

Висновки до розділу 1

Деменція – це 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. За даними ВООЗ, у світі близько 50 млн людей страждають на це захворювання, і щорічно діагностують майже 10 млн нових випадків. В Україні цей процес протікає особливо гостро, що обумовлено певними соціально-економічними факторами. Зараз в Україні хвороба є наслідком

нейродегенеративних і органічних процесів в організмі людини, що проявляється прогресуючим недоумством і призводить до деградації особистості, порушення працездатності, утруднення в самообслуговуванні та інвалідності.

Наявність пацієнта з деменцією у сім'ї є джерелом постійного тривожного навантаження, яке впливає не тільки на самого хворого, але й на його родичів. Родичі постраждалих часто зазнають широкого спектру психічних і фізичних змін, таких як погіршення когнітивних процесів, депресія, тривожність і втрата здатності до концентрації. Родичам пацієнтів з деменцією також грозить виснаження, їх життєвий термін скорочується, вони страждають від безсоння і почуття смертельної втоми. Приблизно у 30% родичів спостерігається вербальна агресія, а приблизно 10% виявляють себе фізично агресивними.

Pearlin L.I. є автором класичного дослідження, хто розробив модель під назвою «стрес-процес» для осіб, які надають догляд за хворими родичами з хворобою Альцгеймера або судинною деменцією. У цій моделі виділені першинні стресори, такі як поведінка особи, за якою здійснюється догляд, потреба особи, яку доглядають, у сторонній допомозі, а також суб'єктивний стрес осіб, які надають догляд. Також є вторинні стресори, які виникають при виконанні ролі доглядача, наприклад, конфлікти у трудовому, сімейному та соціальному житті, фінансові труднощі, а також вторинні інтрапсихічні стресори, такі як зниження самооцінки, відчуття втрати контролю і порушення самоідентифікації. Наслідки надання догляду включають вплив на психічне самопочуття, вплив на фізичне здоров'я, а також відмову від надання догляду, що вважається проявом вигорання.

Загалом, медико-психологічна допомога сім'ї хворого на деменцію є важливим аспектом лікування цього захворювання. Вона допомагає родичам краще розуміти і приймати зміни, забезпечує підтримку і навчання, необхідні для ефективного догляду за хворим, та сприяє підвищенню якості життя всіх членів сім'ї.

Проаналізувавши дослідження можна стверджувати, що медико-психологічна допомога родині повинна включати такі елементи, як психодіагностика, психоосвіта та психокорекція. Психоосвіта для родини має на меті збільшення рівня їх знань щодо психологічного стану хворого, який має цереброваскулярну деменцію, а також його сім'ї. Психокорекція передбачає розробку індивідуальної програми, яка включає оцінку ризику дезадаптації, визначення цілей, комплексну оцінку умов і факторів, що впливають на процес реалізації психокорекції. Останнім етапом є сама реалізація цієї індивідуально розробленої програми психокорекції.

РОЗДІЛ 2

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ХВОРИХ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Загальна характеристика обстежених хворих

Дослідження проводилась на протязі 2019 – 2023 років на базі КНП ХОР «Обласна клінічна психіатрична лікарня №3». Для досягнення поставленої мети, за умови підписання інформованої згоди учасниками дослідження з дотриманням принципів біоетики та деонтології нами було проведено комплексне обстеження 98 пацієнтів, хворих на деменцію (48 жінок та 50 чоловіків) у віці 65 – 85 років та 97 членів їх родин, які здійснювали догляд за пацієнтами (56 жінок та 41 чоловік).

Контингент обстежених був однорідним за основними показниками, що дозволило говорити про те, що результати дослідження є такими, що репрезентативно відображають генеральну сукупність.

У обстежених хворих згідно діагностичних критеріїв МКХ-10 встановлено діагнози: хвороба Альцгеймера (з раннім початком (F00.0) – 19,4% обстежених хворих; з пізнім початком (F00.1) – 27,6% обстежених); судинна деменція (мультиінфарктна деменція (F01.1) – 23,5% обстежених; субкортикальна судинна деменція (F01.2) – 13,3% обстежених; змішана деменція (F01.3) – 16,2% обстежених) (рис. 2.1).

I основну групу склали 61 пацієнт, хворий на деменцію (32 жінки та 29 чоловіків), які окрім стандартного регламентованого лікування за клінічними протоколами брали участь у комплексній програмі психосоціальної реабілітації з використанням психосвітних заходів, I контрольну групу склали 37 пацієнтів (19 жінок та 18 чоловіків), які отримували стандартну регламентовану терапію за клінічними протоколами МОЗ України.

II основну групи склали 63 родича хворих на деменцію які здійснювали ухід за хворими (37 жінок та 26 чоловіків), які приймали участь у психосвітній

програмі, II контрольну групу 34 родича хворих на деменцію (17 жінок та 17 чоловіків), які не отримували психоосвітньої підтримки.

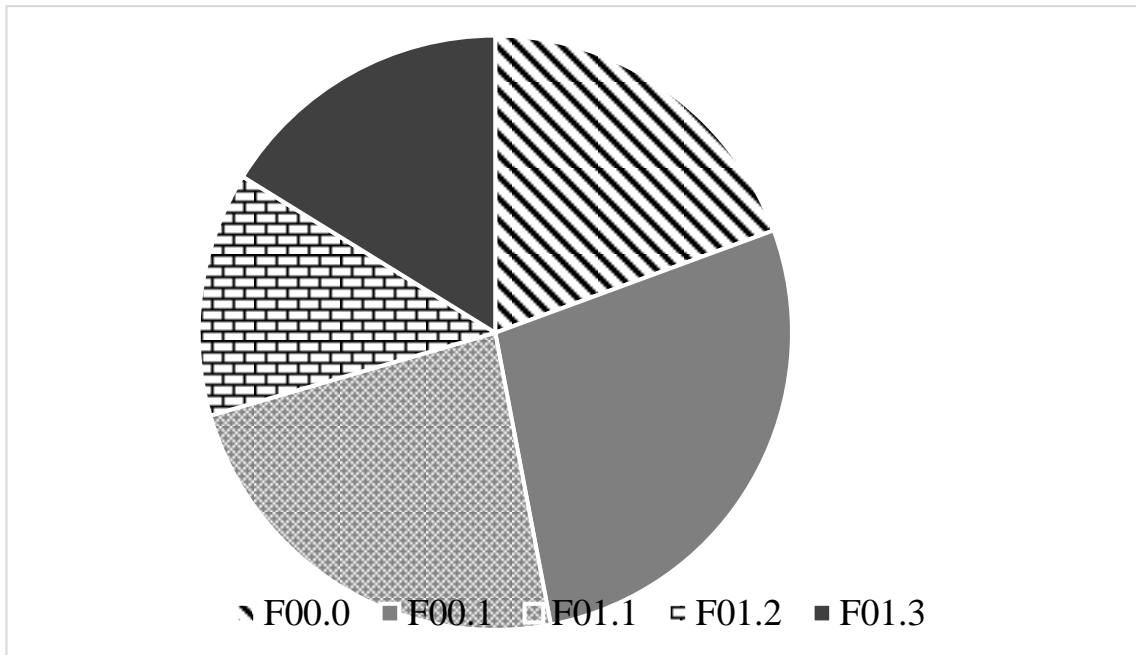


Рис.2.1 Розподіл обстежених хворих за діагнозами (%)

За віком хворі були поділені таким чином: 35,2 % хворих I основної та 34,1% хворих I контрольної групи належали до вікової категорії 81–85 років; 29,6% та 31,0% хворих відповідно - до вікової категорії 76 – 80 років; 24,1% хворих I основної групи та 23,9% I контрольної групи - до вікової категорії 71 – 75 років; 11,% та 11,)% хворих відповідно – до вікової категорії 65 – 70 років (табл. 2.1.)

Таблиця 2.1

Розподіл хворих за віком (%)

Вікова категорія	I основна група	I контрольна група
81 – 85 років	35,2	34,1
76 – 80 років	29,6	31,0
71 – 75 років	24,1	23,9
65 – 70 років	11,1	11,0

Дослідження сімейного статусу обстежених родичів хворих показало, що у шлюбі перебували 67,5 % обстежених II основної групи та 69,1% II контрольної групи; були розлучені 31,2% та 28,3% обстежених відповідно; ніколи не перебували у шлюбі 7,9% обстежених II основної та 5,7% II контрольної груп. Дітей мали 84,6% та 85,9% обстежених відповідно (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Розподіл обстежених хворих за сімейним статусом (%)

Умови проживання	Основна група	Контрольна група
У шлюбі	67,5	69,1
Розлучені	31,2	28,3
Самотні	1,3	2,6
Мають дітей	84,6	85,9

За рівнем освіти всі обстежені були розподілені таким чином 45,6% обстежених I основної групи та 55,6% обстежених II основної групи, 44,9% I контрольної та 54,7% II контрольної групи мали вищу освіту; 40,3% і 32,4% та 39,9% і 33,8% обстежених відповідно мали середню спеціальну освіту та 14,1% обстежених I основної, 12,0% II основної та 15,2% I контрольної груп і 11,5% II контрольної групи мали загальну середню (табл. 2.3.)

Таблиця 2.3

Розподіл обстежених за рівнем освіти (%)

Рівень освіти	Основна група		Контрольна група	
	I	II	I	II
Вища	45,6	55,6	44,9	54,7
Середня спеціальна	40,3	32,4	39,9	33,8
Загальна середня	14,1	12,0	15,2	11,5

Обстежені родичі хворих працювали – у сфері інтелектуальної праці 45,2% обстежених II основної та 43,9% II контрольної групи; у сфері обслуговування – 28,7% та 27,1% обстежених відповідно; фізичною працею

були зайняті 15,2 % обстежених II основної та 13,6% II контрольної груп; 10,9% та 15,4% обстежених відповідно не працювали (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Розподіл обстежених за професійною занятістю (%)

	Основна група	Контрольна група
Інтелектуальна праця	45,2	43,9
Сфера обслуговування	28,7	27,1
Зайняті фізичною працею	15,2	13,6
Не працюють	10,9	15,4

2.2. Дизайн дослідження

Дослідження було проведено у чотири етапи (рис.2.2).

Перший етап (комплексної всебічної діагностики) складався з комплексного клініко-психопатологічного, клініко-анамнестичного та психодіагностичного обстеження 98 пацієнтів, хворих на деменцію (48 жінок та 50 чоловіків) у віці 65 – 85 років та 97 їх родичів, які здійснювали догляд за хворими (56 жінок та 41 чоловік). На I етапі проводилися вивчення психічного стану та рівня соціального функціонування хворих на деменцію та емоційного стану їх родичів.

II етап включав вивчення інформаційного дефіциту та розробку психоосвітньої програми для пацієнтів, хворих на деменцію та членів їх родин.

III включав розробку комплексної програми психосоціальної реабілітації хворих на деменцію за участю членів їх родин з використанням психоосвіти.

На IV етапі проводилась оцінка ефективності розробленої програми психосоціальної реабілітації пацієнтів, хворих на деменцію за участю членів їх родин з використанням психоосвітніх заходів.

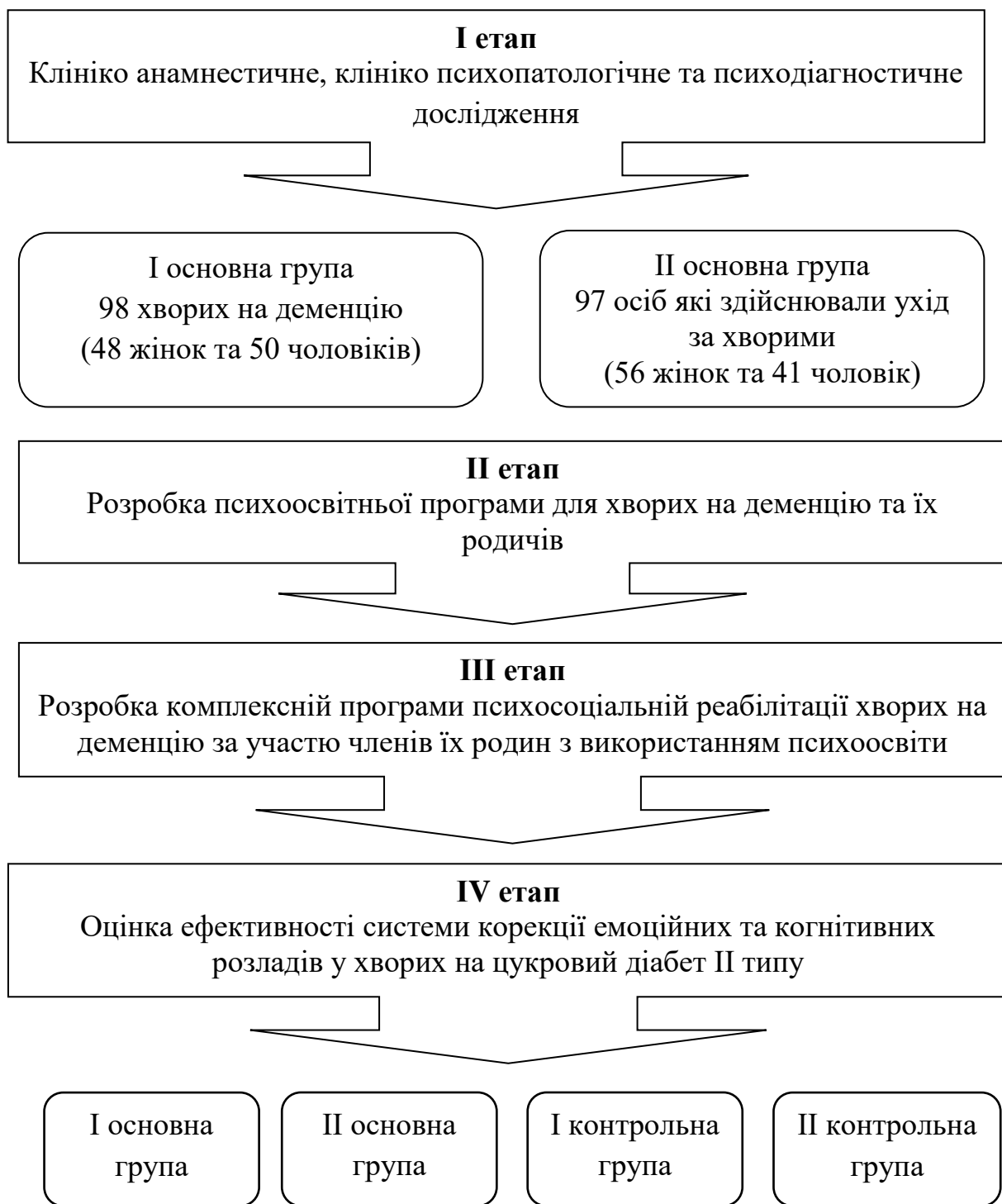


Рис. 2.2. Етапи дослідження

2.3. Методи дослідження

У роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-психопатологічне дослідження, що базувалося на загальноприйнятих підходах до психіатричного дослідження шляхом інтерв'ювання хворого і членів їх

родин та спостереження за ними. Діагностику розладів психіки та поведінки проводили відповідно до МКХ-10. Від хворих та їх піклувальників було отримано згоду на проведення діагностики та лікування відповідно чинного законодавства.

Клініко-анамнестичне дослідження складалося з структурованого інтерв'ю, що було спрямоване на вивчення впливу біологічних і соціально-психологічних факторів, що впливали на розвиток когнітивних і емоційних розладів. Вивчали доступну під час дослідження медичну документацію (виписки з історії хвороби, медичні карти амбулаторних хворих та інше).

Психодіагностичний метод проходив з використанням у пацієнтів, хворих на деменцію та їх родичів, які здійснюють догляд за хворими таких методик:

Шкала Гамільтона, для оцінки тривоги (HARS) (Hamilton, 1968), містить 14 питань, що спрямовані на виявлення тривожного настрою, інсомнії, проявів напруги, страхів, когнітивних порушень, наявності соматичних сенсорних, м'язових, серцево-судинних, респіраторних, сечостатевих, гастроентерологічних та вегетативних скарг, а також дає можливість оцінити поведінку хворого при огляді.

Шкала Гамільтона, для оцінки депресії (HDRS) (Hamilton, 1967) є однією з найбільш поширених шкал, які застосовують за-для оцінки ступеня вираженості депресивної симптоматики. Дана шкала складається з 21 питання, які дозволяють оцінити такі складові: наявність депресивного настрою, суїцидальних намірів, почуття провини, ступінь безсоння, рівень активності та працездатності, соматичної тривоги, наявність ажитації або загальмованості, психічної тривоги, загальносоматичних (шлунково-кишкових, генітальних симптомів, респіраторних), а також явищ іпохондрії, дереалізації та деперсоналізації, параноїдальних проявів, компульсивних та obsесивних симптомів.

Ступінь вираженості депресивної та тривожної симптоматики за шкалою Гамільтона виражається в балах та стосовно у МКХ-10 (Пантелєєва Г.В., 1998)

відповідає: 14 - 17 балів – легкого, 18 - 25 балів – помірного, 25 і більше балів – важкого ступеня вираженості симптоматики.

У хворих на деменцію ми використовували:

Шкали інвалідності WHO/DAS (Disability assessment Scale) (WHO, 1988).

Шкала дозволяє оцінити ступінь загальної поведінкової дисфункції (інтереси та зайнятість, самообслуговування, діяльність в родині та вдома, ізоляцію і спілкування), виконання певних індивідуальних соціальних ролей (сімейна роль, участь в сімейних справах, статеві роль, шлюбна роль, роль батька, професійна роль, соціальні контакти, інформованість і зацікавленість, поведінка у різних нестандартних складних і не складних ситуаціях), внутрішньолікарняне функціонування (думка медичних сестер та членів родин, поведінка у палаті та відділенні, справи пацієнта, контакт з зовнішнім світом і іншими пацієнтами) та визначають рівень дисфункції додаткових модифікуючих чинників (WHO, 1988).

Шкала орієнтована на професіоналів у сфері охорони здоров'я, лікарів, інших фахівців в області охорони здоров'я (фахівців з реабілітації, спеціалістів з організації охорони здоров'я, працетерапевтів, соціологів соціальних працівників та інших фахівців, що приймають участь в дослідженнях по проблем здоров'я та інвалідності), однак, найбільш ця шкала орієнтована у першу чергу на лікарів-психіатрів і клінічних психологів. Шкала складається з окремих модулів, які призначені для оцінки у різних різних сферах життєдіяльності особистості:

Розділ 1 – «Загальна поведінкова дисфункція», включала оцінку наступних параметрів.

1. Самообслуговування. Розглядається як активна функція хворого щодо догляду за собою та своїми потребами, що відповідають певним соціальним правилам поведінки і встановленим нормам. По відхиленням та не співпадінням від загальноприйнятих норм особистої гігієни та стану фізичного здоров'я робився висновок про загальний соціальний стан хворого.

2. Інтереси та зайнятість. Було оцінено інтерес до рутинних занять та захоплення: перегляд телепередач, читанням книг, наявністю хобі, участь у спортивних змаганнях/групах, активність у інших формах громадського життя. Все це дозволяє визначити інтереси, які оцінювалися по їхній спонтанності, змістовності, захопленості, доречності у певних обставинах (правильності).

3. Діяльність в родині та у побуті. Розглядали як можливість з потрібною швидкістю виконувати необхідні справи та реагувати на суспільні (соціальні) стимули (оцінка повільності діяльності як чинника, який значно впливає на повноцінну самостійну діяльність чи негативно проявляється на сімейному (соціальному) спілкуванні та взаємодії).

4. Спілкування та ізоляція. Розглядали сферу соціальних взаємодій готовність до спілкування, ступінь комунікативних навичок, наявність існуючих контактів та спілкування, рівень самотності на момент обстеження.

Розділ 2 – «Виконання соціальних ролей», включав вивчення:

1. Участі в домашніх справах: ступінь участі хворого у прийнятті важливих сімейних рішень, спільне приготування їжі, відвідування родичів, прибирання квартири тощо.

2. Сімейної ролі: спілкування, емоційні взаємовідносини, взаєморозуміння, наявність підтримки тощо.

3. Шлюбної ролі (статева роль у шлюбі): ступень зниження або втрати зацікавленості та ініціативи у статевому житті (оцінювалися лише пацієнти, що перебувають у шлюбі на момент обстеження).

4. Статевої ролі поза шлюбом: ступінь втрати зацікавленості та ініціативи в статевому житті хворих, що не перебувають у шлюбі.

5. Батьківської ролі: зацікавленості стосовно дитини та її потреб, турботи про дитину, догляд за дитиною, спільне проведення часу, знання проблем та інтересів дитини (оцінювалися пацієнти, що мають дітей).

6. Соціальні контакти: труднощів у спілкуванні та наявність конфліктів у відносинах із друзями, сусідами, колегами, знайомими.

7. Професійної ролі 1: здатність виконувати професійні обов'язки, своєчасно виконувати необхідний обсяг роботи, дотримуватися правил поведінки на робочому місці (проводилася оцінка у працюючих хворих та тих, що навчаються).

8. Професійної ролі 2: реальні дії та зацікавленості пацієнта для одержання / відновлення роботи або навчання (у тих, що не працюють).

9. Зацікавленості та поінформованості: орієнтація у різних подіях, які відбуваються в суспільному житті.

10. Поведінки в нестандартних та складних ситуаціях: домашні труднощі, реакція пацієнта на хворобу родича, інші ситуації, що вимагають активних дій.

Розділ 3 – «Внутрішньолікарняне функціонування» включав оцінку таких характеристик: 1. поведінка пацієнта в палаті та відділенні; 2. думка медичних сестер та родичів хворого; 3. заняття пацієнта (рутина); 4. контакт з зовнішнім світом та іншими пацієнтами відділення.

Розділ 4 – «Модифікуючі чинники» включали аналіз: 1) наявності особливих позитивних якостей; 2) особливих проблем; 3) рівень благополуччя домашньої атмосфери; 4) наявність підтримки ззовні; 5) загальна оцінка стану пацієнта.

Відповідно до рекомендацій авторів-розробників шкали, у разі потреби інформація щодо пацієнта підтверджується близькими / родичами, іншими значимими для пацієнта людьми. Ступінь вираженості дисфункції визначалася відповідно до такої інструкції з урахуванням кількісної адаптованої оцінки в балах: немає дисфункції – 0; мінімальна дисфункція – 1; очевидна дисфункція – 2; серйозна дисфункція – 3; дуже серйозна дисфункція – 4; максимальна дисфункція – 5. Оцінка 8 балів встановлювалась, в ситуації якщо інформація не доступна, оцінка 9 – встановлювалась у випадках, якщо питання не можливо використати (наприклад, у пацієнта немає дітей).

Загальний середній бал УД, відображав рівень загальної поведінкової дисфункції чи дисфункції виконання соціальних ролей та визначався за формулою:

$$Z = \frac{\sum b}{N},$$

де Z – загальний УД (середній бал дисфункції);

$\sum b$ – сумарний бал дисфункції;

При підрахунку загального УД (середнього бала) оцінка 8 та 9 не підсумовувалася.

У родичів хворих на деменцію ми використовували:

Дослідження рівня нервово-психічної напруги за допомогою опитувальника нервово-психічної напруги (Т. А. Немчин, 1984).

Опитувальник нервово-психічної напруги, запропонований Т.А. Немчиним представляє собою перелік проявів нервово-психічної напруги, складений за даними клініко-психологічного спостереження. Опитувальник має 30 основних характеристик цього стану, що розподілені на три ступені вираженості. Результат набраних балів здійснюється шляхом їх підсумовування. Мінімальна кількість балів, що може набрати людина, складає 30, а максимальне – 90. Діапазон слабкої, або так званої «детензивної» нервово-психічної напруги знаходиться в проміжку 30-50 балів; помірного, або «інтенсивного» – 51-70 балів; надмірного, або «екстенсивного» – 71-90 балів.

Дослідження рівня самооцінки тривожності за допомогою шкали ситуативної й особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера (в адаптації Ю. Л. Ханина, 1981)

Для вивчення рівня тривожності нами була використана шкала самооцінки тривожності Спілбергера–Ханіна яка була запропонована Ч.Д.Спілбергером у 1966 році та адаптована Ю.Ханіним у 1976 році. За допомогою шкали можна провести оцінювання рівня тривожності в конкретний часовий момент (так звана ситуативна / реактивна тривожність) та оцінити особистісну тривожність (вивчається тривожність, яка стосується характеристики особистості яка є респондентом). Шкала має два розділи,

кожний із яких має 20 питань, що оцінюються за чотирьох-бальною шкалою та описують поточний реальний емоційний стан (перший розділ), або звичний, притаманний повсякденності стан (другий розділ ситуативна тривожність). При інтерпретації отриманих результатів можливі варіанти (значення у межах 20-80 балів): до 30 балів – низький рівень тривожності (особистісної / ситуативної), від 31 до 45 – помірний рівень тривожності (особистісної / ситуативної), більше 45 балів – високий рівень тривожності (особистісної / ситуативної).

Шкала структурованого інтерв'ю для визначення відношення членів родини до хвороби (психіатричного діагнозу) у родича (В.А. Абрамов зі співав., 2009).

Шкала дає можливість визначити три типи ставлення членів родини до хвороби у рідної людини: адекватне, драматизуюче або негативне (деструктивне). Адекватне ставлення – члени родини мають повне розуміння реальної складності хвороби, є концептуалізація хвороби, усвідомлена готовність виконувати всі рекомендації фахівця, є реальні очікування щодо лікувальних заходів; родина прагне прийняти факт хвороби та пов'язані з нею труднощі. Драматизуюче ставлення – переоцінка членами родини важкості хвороби з розгубленістю, занепокоєнням, почуттям провини та недовірою до лікаря; очікування негативних наслідків хворобливого стану для членів родини; впевненість, що хвороба викличе у внутрішньому світі пацієнта хаос та безлад, виб'є його з колії, та з буденних життєвих відносин, звичайно позбавить будь-якої перспективи; буде спостерігатися низька готовність допомагати хворому дотримуватися призначеного терапевтичного лікування. Негативне (деструктивне) ставлення – ігнорування або нерозуміння хвороби, ставлення до неї як до життєвої події, яка значно порушує подальший розвиток родинних відносин та якість життя родинної ланки суспільства; самоусунення від участі у долі хворого, повна безконтрольність, зневіра у позитивну терапевтичну та реабілітаційну перспективу.

Шкала має 18 тверджень, що сформульовані так щоб була можливість визначити тип ставлення родини до хвороби пацієнта. Респондент висловлює своє ставлення до цих тверджень, яке оцінюється наступним чином: «так» – 2 бали, «не знаю» – 1 бал, «ні» – 0 балів.

Розподіл суджень за типами ставлення родини до хвороби пацієнта:

Адекватне ставлення – твердження: 1,4,7,10,13,16.

Драматизуючі відношення – твердження: 2, 5, 8, 11, 14,17.

Негативне (деструктивне) ставлення – твердження: 3,6, 9, 12, 15,18.

Максимально можлива кількість балів за кожним типом відношення –12.

Тип ставлення родини до хвороби родича визначається за найбільшою кількістю набраних балів.

Методика «Оцінка ресурсу сімейної підтримки пацієнта» (В.А. Абрамов зі співав., 2009).

У шкалі маємо 20 тверджень, які охоплюють готовність членів сім'ї надавати допомогу та підтримку хворому на психічний розлад. При висловленні своєї відповіді («ні», «важко відповісти», «так») член сім'ї (респондент) повинен враховувати такі обставини:

1. Він попередньо має інформацію про реальні особливості перебігу захворювання у його родича, його динаміку, клінічний і соціальний прогноз, особливості терапевтичної тактики, необхідність підтримуючого лікування, соціальної та емоційної підтримки в сім'ї;
 2. Сімейна підтримка звичайно, передбачає надання хворому необхідної допомоги в різних сферах його життєдіяльності (у сферах самообслуговування, спілкування, соціальних контактів, використання соціальних ролей та навичок).
- Категорії відповідей респондента та їх оцінка: «так» – 2 бали, «важко відповісти» – 1 бал, «ні» – 0 балів.

Ресурс сімейної підтримки ранжується таким чином:

1-13 балів – достатній (позитивне ставлення членів сім'ї до наявної необхідності та можливості емоційної та соціальної підтримки пацієнта,

готовність до співпраці та конструктивного вирішення завдань, що виникають у повсякденному житті, визнання кордонів своїх можливостей без невинуватених очікувань та ілюзій);

14-27 балів – обмежений (зниження мотивації, зацікавленості та реальних можливостей для надання в сім'ю повноцінної підтримки пацієнтові);

28-40 балів – низький (дисбаланс між вагомими сферами задоволення потреб членів сім'ї та виникшою необхідністю підтримувати та піклуватися про родича, що хворіє).

При якісній оцінці ресурсів сімейної підтримки хворого враховуються два типи характеристик і механізмів:

- ригідні (гіперпротективність, симбіоз-емоційна дистанція та соціальна дистанція);
- Реактивно-динамічні (характер очікувань, емоційна експресія, сімейне навантаження).

Методика «Аналіз сімейної тривоги» Е. Ейдміллера, В. Юстіцкіса (за Н. І. Олифирович, Т. А. Зинкевич-Куземкіна, Т. Ф. Велента, 2006).

Завданням методики стоїть вивчення загального фону переживань індивіда, пов'язаного з його позицією в сім'ї, з тим, як він сприймає себе в сім'ї.

Під «сімейною тривою» маються стани тривоги у одного або кількох членів родини, нерідко майже не усвідомлювані та важко локалізуемі. Характерною ознакою такого типу тривоги мається наявність страхів, сумнівів, побоювань, що стосуються, насамперед, сім'ї – здоров'я членів родини, їх відсутності та пізніх повернень, перепалок та конфліктів. Така тривога зазвичай не переходить поза-сімейні сфери, такі як: виробничу діяльність, професійну діяльність, навчання, сусідські відносини, спілкування з новими особами і т. п. В основі «сімейної тривоги», частіше, лежить не усвідомлювана невпевненість особи в якомусь дуже для цієї особи важливому аспекті сімейного життя. Це може бути, наприклад, невпевненість у почуттях іншої людини, або в собі.

Нерідко такі переживання, які суперечать уявленням про себе, можуть витісняються, це може призвести до появи у сімейних відносинах тривоги.

Важливими складовими «сімейної тривоги» є також відчуття нездатності втрутитися в хід подій в родині та безпорадності, неможливість направити події у необхідне русло. Індивід із сімейно-обумовленої тривогою не має відчуття себе значущою дійовою особою в сім'ї, в незалежності від того, яку сімейну роль він у ній займає та наскільки активну роль грає в дійсності у родині.

Членам сім'ї пропонується самостійно заповнити опитувальник. За кожну згоду з твердженням нараховується 1 бал. Сума балів підраховується окремо по кожній з трьох шкал:

1. Субшкала В – вина (сімейна вина члена сім'ї) – неадекватне відчуття у індивіда відповідальності за все погане та негативне, що відбувається в сім'ї. До шкали відносяться такі твердження: 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19. Наявність сімейної провини встановлюється при п'яти позитивних відповідях.

2. Субшкала Т – тривожність (сімейна тривожність члена сім'ї) – відчуття, що ситуація у сім'ї повністю не залежить від власних зусиль досліджуемого. До шкали відносяться наступні твердження: 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20. Сімейна тривожність діагностується при п'яти позитивних відповідях.

3. Субшкала Н – напруженість (сімейна напруженість) – відчуття досліджуваного, щодо виконання сімейних обов'язків стає таким як непосильна за дача для опитуваного індивіда. До шкали відносяться такі твердження: 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21. Наявність сімейної напруженості встановлюється при п'яти позитивних відповідях.

Після сами балів за окремими субшкалами (субшкала В, субшкала, Т, субшкала Н) обчислюється сума балів за узагальненою шкалою (вина + тривожність + напруженість), на підставі отриманого результату робиться висновок про рівень загальної сімейної тривожності.

Методи математичної статистики. Обробка даних під час статистичного аналізу отриманих результатів дослідження проводилася на персональному

комп'ютері за допомогою ліцензійного офісного пакету Microsoft Excel та пакету прикладних програм Statistica 6.0 (StatSoft Inc., США). Результати представлені у вигляді середнього значення \pm похибка репрезентативності при рівні вірогідності $p < 0,05$.

Висновки до розділу 2

У ході роботи використовувався комплексний підхід з використанням клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного та статистичного методів дослідження.

Таким чином, обраний діагностичний інструментарій та контингент дослідження дозволила нам вирішити основні завдання дослідження: вивчити клініко-психопатологічні, психосоціальні особливості, рівень функціонування та якість життя хворих на деменцію; вивчити психоемоційні особливості родичів хворих на деменцію; вивчити особливості сімейної підтримки хворих на деменцію; науково обґрунтувати і розробити принципи і алгоритм проведення психоосвітньої програми в комплексній психосоціальній реабілітації хворих на деменцію за участю членів їх родин; вивчити особливості динаміки психопатологічної симптоматики та психосоціального функціонування хворих на деменцію під впливом психоосвітньої програми в системі психосоціальної реабілітації; вивчити динаміку психоемоційного стану родичів хворих, рівня сімейної підтримки та якості життя хворих на деменцію під впливом психоосвітньої програми в системі психосоціальної реабілітації.

РОЗДІЛ 3**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ, ПСИХОСОЦІАЛЬНІ
ОСОБЛИВОСТІ, РІВЕНЬ ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ
ХВОРИХ НА ДЕМЕНЦІЮ**

Деменція – це психічний розлад, що проявляється наявністю порушень у когнітивних функціях, які викликають дезадаптацію хворого у його повсякденному функціонуванні. Стан дезадаптації при деменції є найвагомим для значного впливу на якість життя пацієнта та його найближчого оточення. Якщо брати середньостатистичну смертність серед осіб похилого віку вона значно нижче, аніж смертність серед хворих на деменцію. Якість життя у пацієнтів з деменцією звичайно залежить від типу деменції та швидкості наростання когнітивного дефіциту, а також від багатьох зовнішніх та внутрішніх факторів: супутніх захворювань обумовлених соматичним та неврологічним станом, появою супутньої психічної симптоматики, допомоги та піклування родинами, можливостей самообслуговування та незалежності від сторонньої допомоги у побуті [12, 49, 163].

У дослідженні взяли участь 98 хворих на деменцію (48 жінок та 50 чоловіків) у віці 65 – 85 років. І основну групу склали 61 хворий на деменцію (32 жінки та 29 чоловіків), які окрім стандартного лікування за клінічними протоколами приймали участь у комплексній програмі психосоціальної реабілітації з використанням психоосвіти, у І контрольну групу увійшли 37 пацієнтів (19 жінок та 18 чоловіків), які отримували стандартну регламентовану терапію згідно з клінічними протоколами.

У 18,6 % обстежених І основної та 19,3 % І контрольної групи діагностована хвороба Альцгеймера з раннім початком (F00.0), у 27,5 % та 27,9 % обстежених відповідно хвороба Альцгеймера з пізнім початком (F00.1); у 24,6 % обстежених І основної та 23,5 % обстежених ІІ контрольної групи мультиінфарктна судинна деменція (F01.1); у 14,5 % та 13,2 % обстежених відповідно – субкортикальна судинна деменція (F01.2); у 14,8 % обстежених І

основної та 16,1 % обстежених I контрольної групи – змішана судинна деменція (F01.3) (табл. 3.1.).

Таблиця 3.1.

Розподіл хворих за клінічними варіантами деменції

	I основна група	I контрольна група
Хвороба Альцгеймера з раннім початком	18,6	19,3
Хвороба Альцгеймера з пізнім початком	27,5	27,9
Мультиінфарктна судинна деменція	24,6	23,5
Субкортикальна судинна деменція	14,5	13,2
Змішана деменція	14,8	16,1

У 39,5 % хворих I основної та 37,2 % I контрольної груп встановлено легкий ступень деменції, у 37,5 % у 39,2 % відповідно помірний ступень деменції, у 23,0 % обстежених I основної та у 23,6 % I контрольної груп діагностовано важку деменцію (табл. 3.2).

Таблиця 3.2.

Вираженість деменції у обстежених хворих (%)

Ступінь деменції	I основна група	I контрольна група
Легка деменція	39,5	37,2
Деменція помірної тяжкості	37,5	39,2
Важка деменція	23,0	23,6

Аналіз наявної додаткової симптоматики дозволив встановити, що у більшості хворих переважали особи з депресивними симптомами 53,2 % обстежених I основної та 51,9 % I контрольної групи; у 16,7 % та 18,2 % обстежених відповідно реєструвалась додаткова маячна симптоматика; у 12,3 % обстежених I основної та у 14,2 % I контрольної групи додаткова галюцинаторна симптоматика; у 18,3 % та 17,2 % обстежених відповідно –

змішана додаткова симптоматика; відсутністю додаткових симптомів; у 19,4 % обстежених I основної та 18,8 % I контрольної груп додаткова симптоматика не реєструвалась (табл. 3.3.).

Таблиця 3.3

Наявність додаткової симптоматики у обстежених хворих (%)

Групи симптомів	I основна група	I контрольна група
Депресивні	53,2	51,9
Маячні	16,7	18,2
Галюцинаторні	12,3	14,2
Змішана додаткова симптоматика	18,3	17,2
Відсутність додаткових симптомів	19,4	18,8

Клініко-психопатологічний аналіз розладів мислення у обстежених хворих показав наявність порушення темпів мислення: прискорене мислення відмічалось у 8,2 % обстежених основної та I контрольної груп, сповільнене мислення – у 47,8 % та 51,2 % хворих відповідно; в'язкість, ригідність відмічалась у 41,4 % обстежених I основної та 40,9 % I контрольної груп; патологічна докладність у 45,2 % та 43,9 % обстежених відповідно; порушення цілеспрямованості мислення відмічалось у 22,6 % обстежених I основної та 24,1 % I контрольної груп; нав'язливі думки у 17,8 % та 18,9 % обстежених відповідно, труднощі планування та організації діяльності спостерігалися у 41,3 % обстежених I основної та у 43,2 % I контрольної груп (табл.3.4.).

Таблиця 3.4

Клініко-психопатологічний аналіз розладів мислення у обстежених хворих (%)

Порушення мислення	I основна група	I контрольна група
Прискорене мислення	8,2	8,2
Сповільнене мислення	47,8	51,2
В'язкість, ригідність мислення	41,4	40,9
Патологічна докладність	45,2	43,9

Непослідовне мислення	22,6	24,1
Нав'язливі думки	17,8	18,9
Труднощі планування та організації діяльності	41,3	43,2

Аналіз додаткової маячної симптоматики показав, що структура марення включала в себе маячні ідеї стосунку (34,3 % обстежених I основної та 35,2 % I контрольної групи), ідеї втрати або шкоди (22,3 % та 23,3 % відповідно), ідеї переслідування (34,3 % обстежених I основної та 35,2 % I контрольної групи) ідеї самозвинувачення та самоприниження (21,8 % та 20,9 % відповідно) (табл.3.5.).

Таблиця 3.5

Структура маячення у обстежених хворих (%)

Маячення за змістом	I основна група	I контрольна група
Ідеї стосунку	34,3	35,2
Ідеї втрати, шкоди	22,3	23,3
Ідеї переслідування	34,3	35,2
Ідеї самозвинувачення та самоприниження	21,8	20,9

К свідчать результати аналізу емоційних розладів у обстежених хворих відмічались знижений фон настрою (53,2 % обстежених I основної та 51,9 % I контрольної груп); відчуття безнадії та безпорадності (33,9 % та 34,5 % обстежених відповідно), емоційна лабільність (33,6 % обстежених I основної та 37,4 % I контрольної груп), дратівливість, нестриманість афекту (35,2 % та 36,1 % відповідно), відчуття внутрішнього неспокою (37,6 % обстежених I основної та 37,3 % I контрольної груп), тривога (41,4 % та 40,1 % обстежених відповідно), відчуття внутрішньої напруги, постійного занепокоєння (41,2 % обстежених I основної та 43,0 % I контрольної груп) (табл. 3.6).

Клініко-психопатологічний аналіз емоційних розладів у обстежених хворих (%)

Порушення емоційної сфери	I основна група	I контрольна група
Знижений фон настрою	53,2	51,9
Відчуття безнадії та безпорадності	33,9	34,5
Емоційна лабільність	33,6	37,4
Дратівливість, нестриманість афекту	35,2	36,1
Відчуття внутрішнього неспокою	37,6	37,3
Тривога	41,4	40,1
Відчуття внутрішньої напруги, постійного занепокоєння	41,2	43,0

Дослідження рівнів тривоги та депресії за шкалою Гамільтона показало, що легка тривога була притаманна 15,6 % пацієнтів I основної групи та 17,2 % – I контрольної групи, легкий депресивний епізод мали 13,2 % осіб з I основної групи і 12,9 % осіб з I контрольної групи. Помірний епізод тривоги відзначався у 46,7 % респондентів з I основної групи і у 47,4 % з I контрольної групи. Помірний депресивний епізод мали 45,5 % і 46,1 % обстежених відповідно. Щодо важкої депресії, за результатами тестування її було відмічено у 37,2 % пацієнтів з I основної групи, у 34,6 % – з I контрольної групи. А важкий епізод тривоги зафіксовано у 34,0 % та 31,3 % обстежених, відповідно. Відсутність тривоги спостерігалась у 3,7 % обстежених з I основної групи і у 4,1 % – з I контрольної групи. Не зафіксовано симптомів вираженої депресії у 6,7 % і 6,4 % обстежених відповідно (табл. 3.7.).

Рівні тривоги та депресії у обстежених хворих за шкалою Гамільтона

Вираженість тривоги і депресії (%)		I Основна група	I Контрольна група
Відсутність	тривоги	3,7	4,1
	депресії	6,7	6,4
Легкий епізод	тривоги	15,6	17,2
	депресії	13,2	12,9
Помірний епізод	тривоги	46,7	47,4
	депресії	45,5	46,1
Важкий епізод	тривоги	34,0	31,3
	депресії	37,2	34,6

Як показали результати вивчення соціального функціонування пацієнтів з деменцією за шкалою WHO/DAS (Disability assessment Scale) у обстежених хворих відмічалися різні варіанти поведінкової дисфункції у суспільстві: наприклад, очевидна у 37,6 % – I основної групи і 37,2 % – I контрольної групи, серйозна – зафіксована у 26,7 % пацієнтів I основної групи і у 25,9 % пацієнтів I контрольної групи, дуже серйозна – у 19,0 % і 18,7 % відповідно. З мінімальною дисфункцією виявлено 13,3 % пацієнтів I основної групи, і 14,1 % пацієнтів I контрольної групи. Відсутність же проявів загальної поведінкової дисфункції у суспільстві відзначено лише у 3,4 % обстежених осіб з деменцією, які входили до I основної групи і у 4,1 % осіб з деменцією, які відносились до I контрольної групи.

Порушення при виконанні соціальних ролей у суспільстві варіювалося за тими ж показниками. Дуже серйозний рівень порушення було виявлено у 38,2 % респондентів I основної групи, і 35,6 % – I контрольної групи. Серйозного рівня порушень дисфункція сягнула у 28,2 % і 26,7 % обстежених пацієнтів відповідно. Очевидного рівня дисфункція відзначалась у 38,9 %

випадків серед хворих I основної групи і 40,1 % серед хворих I контрольної групи. Мінімальні порушення при виконанні соціальних ролей у суспільстві були помічені у 11,3 % обстежених з I основної групи і у 10,9 % з I контрольної групи. Не встановлені ж подібні відхилення у 1,2 % і 1,5 % представників вищезначених груп відповідно.

Також, завдяки шкалі DAS визначено, що порушення функціонування пацієнтів у лікарні зустрічались: у 17,1 % пацієнтів I основної групи і у 13,8 % пацієнтів I контрольної групи – на дуже серйозному рівні; у 25,6 % і у 26,6 % обстежених осіб відповідно – на серйозному рівні; у 38,9 % і у 40,1 % респондентів – на очевидному рівні, у 16,3% представників I основної групи і у 17,0 % представників I контрольної групи на рівні мінімальної дисфункції. Без дисфункції у лікарняному середовищі перебувають 2,1 % пацієнтів I основної групи і 2,5 % пацієнтів I контрольної групи.

Дисфункція модифікуючих чинників у хворих була відсутня у 5,1 % хворих I основної групи та у 5,4 % – з I контрольної групи. Мінімально дисфункція за цим показником була виражена у 22,3 % і 24,5 % пацієнтів відповідно. Очевидного рівня порушення досягли серед 36,8 % обстежених, які входили до I основної групи і серед 35,6 % учасників I контрольної групи. Серйозний рівень дисфункції модифікуючих чинників був зафіксований у 25,6 % респондентів I основної групи і у 24,6 % – з I контрольної групи. «Дуже серйозні» відхилення за цією підшкалою були відмічені у 10,2 % опитаних з I основної групи, у 9,9 % опитаних з I контрольної групи (табл.3.8.).

Таблиця 3.8

Рівень соціального функціонування у обстежених хворих на деменцію (%)

	I основна група	I контрольна група
Загальна поведінкова дисфункція у суспільстві		
Без дисфункції	3,4	4,1
Мінімальна дисфункція	13,3	14,1
Очевидна	37,6	37,2
Серйозна	26,7	25,9

	I основна група	I контрольна група
Дуже серйозна	19,0	18,7
Порушення при виконанні соціальних ролей у суспільстві		
Без дисфункції	1,2	1,5
Мінімальна дисфункція	11,3	10,9
Очевидна	21,1	25,3
Серйозна	28,2	26,7
Дуже серйозна	38,2	35,6
Порушення функціонування пацієнтів у лікарні		
Без дисфункції	2,1	2,5
Мінімальна дисфункція	16,3	17,0
Очевидна	38,9	40,1
Серйозна	25,6	26,6
Дуже серйозна	17,1	13,8
Дисфункція модифікуючих чинників у хворих		
Без дисфункції	5,1	5,4
Мінімальна дисфункція	22,3	24,5
Очевидна	36,8	35,6
Серйозна	25,6	24,6
Дуже серйозна	10,2	9,9

Отримані у ході дослідження данні лягли в основу розробки реабілітаційних стратегій для хворих на деменцію.

Висновки до розділу 3

Таким чином як свідчать результати дослідження в структурі розладів мислення у обстежених хворих переважали загальмоване мислення (47,8% обстежених I основної та 51,2% I контрольної груп), патологічна докладність

(45,2% та 43,9% обстежених відповідно) та в'язкість, надмірна деталізація (у 41,4% обстежених І основної та 40,9%)

Серед додаткової симптоматики у хворих на деменцію домінує депресивна симптоматика (53,2% обстежених І основної та 51,9% І контрольної груп),

К свідчать результати аналізу емоційних розладів у обстежених хворих відмічались знижений фон настрою (53,2% обстежених І основної та 51,9% І контрольної груп); тривога (41,4% та 40,1% обстежених відповідно), відчуття внутрішньої напруги, постійного неспокою (41,2% обстежених І основної та 43,0% І контрольної груп) та відчуття внутрішнього неспокою (37,6% обстежених І основної та 37,3% І контрольної груп).

При оцінці рівня виразності тривожно депресивної симптоматики за шкалою Гамільтона у обстежених хворих відмічалось переважання помірних епізодів депресії (45,5% обстежених І основної та 46,1% обстежених І контрольної груп) та тривоги (46,7% та 47,4% обстежених відповідно)

Як свідчать результати дослідження зниження загального рівня соціального функціонування у обстеженого контингенту проявлялося в першу чергу дисфункцією соціальних ролей, що вимагали від пацієнта достатнього рівня незалежності та самостійності.

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

Гайчук Л. М., Каплюх О. М. Особливості хворих на деменцію в залежності від статі // Гендер. Екологія. Здоров'я: матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції (Харків, 22-23 квітня 2021 р.) / ред. кол. : В. А. Капустник, В. М. Лісовий, В. В. М'ясоєдов та ін. Харків : ХНМУ, 2021. С. 93-94.

Каплюх О. М., Кришталь В. Є. Біоетичні феномени розладів адаптації родин пацієнтів хворих на деменцію.// Феномен біоетики та біобезпеки як індикатор стану медичної науки : II Реферативна конференція присвячена

засновнику біоетики В. Р. Поттеру, Харків, 18 лютого 2020 р. : збірник тез / ХНМУ. Харків, 2020. С. 32-33.

Капlouх О.М. Основні клініко-психопатологічні особливості хворих на деменцію. // Kharkiv international annual scientific meeting (KhIASM) : збірник матеріалів науково-практичної конференції студентів, молодих вчених та лікарів, Харків, 22. травня 2020. Харків : ХНМУ. С. 99-100.

Kaploukh O. Main clinical and psychopathatological features of patients with dementia. // ISIC-2020 : [International Scientific Interdisciplinary Conference for medical students and young scientists, Kharkiv, 8 – 9 Oktober, 2020] : abstract book. KNMU. Kharkiv, 2020. P. 124-125.

РОЗДІЛ 4

ПСИХОЕМОЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ РОДИЧІВ ХВОРИХ НА ДЕМЕНЦІЮ ТА РІВНІ СІМЕЙНОЇ ПІДТРИМКИ ПАЦІЄНТА

За даними ВООЗ, мільйони сімей у світі щорічно стикаються з ситуацією психічного розладу у члена сім'ї і змушені вирішувати пов'язані з цим проблеми. Поява психічного захворювання у одного з членів родини впливає на всі сфери сімейного життя і являє собою важкий психоемоційний стрес, обумовлений ситуацією початку захворювання, втратою короткострокових і довгострокових планів на майбутнє, труднощами щоденного догляду за пацієнтом, додатковим фінансовим навантаженням, звуженням соціальної мережі, стигматизацією і самостигматизацією [175, 209].

Розробка системи медико-психологічного супроводу сімей, де проживають психічно хворі особи, передбачає дослідження конструктивних адаптаційного психологічного потенціалу, у першу чергу осіб, які забезпечують життєві потреби та соціальне функціонування пацієнтів, – це референтні родичі [162, 201].

Як показали результати дослідження важка хвороба близького є важким стресом для родичів хворих на деменцію у 72,3 % обстежених жінок та 59,8 % чоловіків виявлено порушення психоемоційної сфери. Вони пред'являли скарги на знижений фон настрою (76,9% жінок та 55,3% чоловіків), почуття постійного внутрішнього напруження та тривоги, (81,2% жінок та 65,9% чоловіків), пригніченість (72,3% та 65,8% відповідно), загальну швидку стомлюваність, млявість і слабкість (36,8% жінок та 31,1% чоловіків), порушення циклу сон-неспанья з неприємними сновидіннями (55,8% та 53,9% відповідно), стани з відчуттям розгубленості та невпевненості (72,3% та 65,7 % відповідно) (табл. 4.1.).

Структура скарг родичів хворих на деменцію

Симптоми	Чоловіки	Жінки
Зниження настрою	55,3%	76,9%
Пригніченість	76,9%	55,3%
Почуття тривоги, постійного внутрішнього напруження	81,2%	65,9%
Порушення циклу сон-неспанья	55,8%	53,9%
Загальна слабкість, млявість і швидка стомлюваність	36,8%	31,1%
Стани розгубленості	72,3%	65,7%

У 42,2% обстежених жінок та у 35,8% обстежених чоловіків виявлено важкий тривожний епізод, у 41,2 % жінок та 36,1% чоловіків помірний тривожний епізод за шкалою тривоги Гамільтона. У 35,2 % жінок та у 25,8% чоловіків виявлено важкий депресивний епізод, у 39,3 % жінок та 29,6% чоловіків відповідно помірний депресивний епізод за шкалою депресії Гамільтона. Таким чином виявлено що у жінок рівень тривожно-депресивних станів був більш виражений, ніж у чоловіків. (табл. 4.2.)

Таблиця 4.2.

Рівні тривоги та депресії у обстежених хворих за шкалою Гамільтона

Вираженість тривоги і депресії (%)		чоловіки	жінки
Відсутність	тривоги	3,9	2,1
	депресії	5,5	4,8
Легкий епізод	тривоги	24,2	14,5
	депресії	39,1	20,7
Помірний епізод	тривоги	36,1	41,2
	депресії	29,6	39,3

Продовження таблиці 4.2.

Вираженість тривоги і депресії (%)		чоловіки	жінки
Важкий епізод	тривоги	35,8	42,2
	депресії	25,8	35,2

Аналізуючи результати оцінки тривожності за шкалою Ч.Д. Спілбергера в адаптації Ю.Л. Ханіна для обстежених жінок було отримано високі рівні як ситуативної (62,8%) так і особистісної (65,2%) тривожності, а у чоловіків було отримано високі рівні ситуативної (56,8%) та помірні особистісної (38,5%) тривожності (табл. 4.3.)

Таблиця 4.3.

Виразність тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна (%)

	Особистісна тривожність		Ситуативна тривожність	
	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки
Високий рівень	9,1	65,2	56,8	62,8
Помірний рівень	38,5	31,5	30,5	34,4
Низький рівень	52,4	3,3	12,7	2,8

У 67,8% обстежених чоловіків та 71,3% жінок встановлено надмірний рівень нервово-психічної напруги, у 26,4% та 22,6% обстежених відповідно – помірний рівень нервово-психічної напруги, у 5,8% чоловіків та 6,1% жінок – низький рівень нервово-психічної напруги (табл.4.4)

На основі отриманих у ході нашої роботи даних, нами було виділено такі варіанти емоційних розладів в обстежених родичів хворих на деменцію: депресивний, тривожний, дисфоричний та астено-апатичний (рис. 4.1.)

Таблиця 4.4.

Виразність нервово-психічної напруги (%)

Рівень напруги	Чоловіки	Жінки
Надмірний рівень	67,8	71,3
Помірний рівень	26,4	22,6
Низький рівень	5,8	6,1

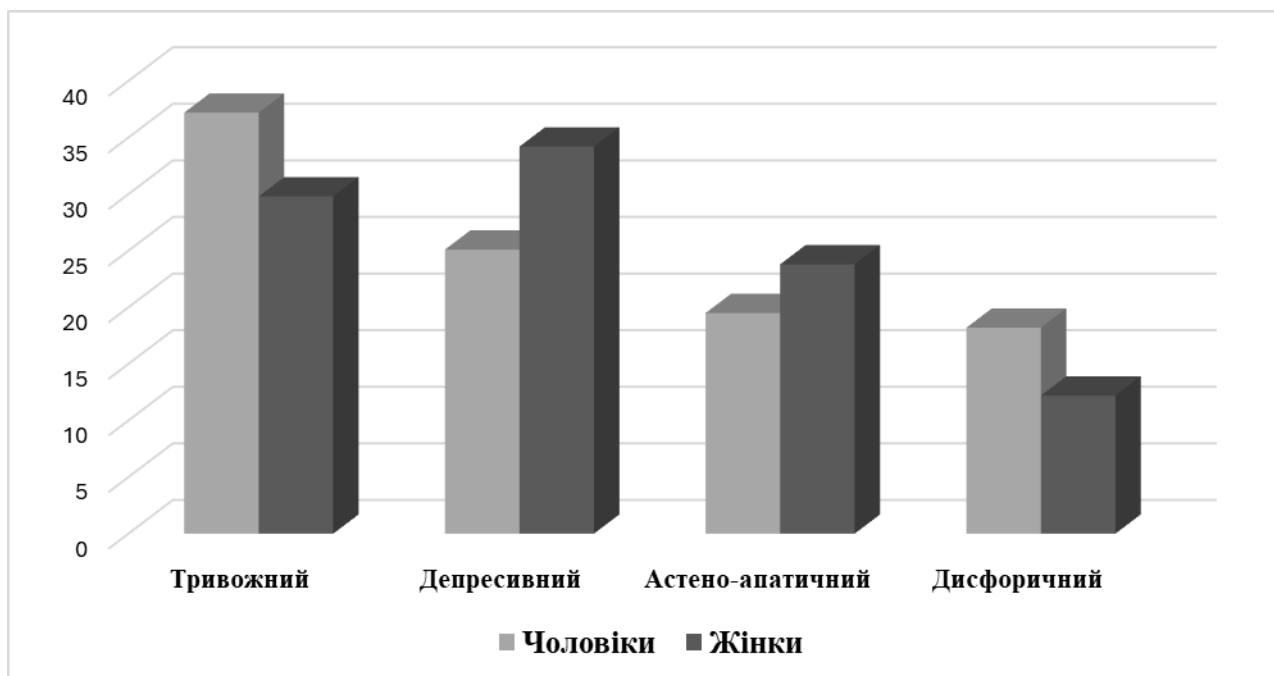


Рис. 4.1. Структура емоційних розладів у родичів хворих на деменцію (%)

У структурі тривожного варіанту (37,2% чоловіків та 29,8% жінок) домінували відчуття важкої тривоги, внутрішнього напруження з неможливістю розслабитися, невизначеності майбутнього, сильне занепокоєння щодо хвороби родича та несприятливим прогнозом розвитку стану деменції, також на тлі зазначених станів відбувалося загострення або поява конфліктів подружніх, сімейних, внутрішньоособистісних та міжособистісних з відчуттям розгубленості та страху за майбутнє.

При депресивному варіанті (25,1% та 34,2% відповідно) відмічалися наступні симптоми: відчуття відчаю, безперспективності й розпачу, туга, знижений та пригнічений настрій, зниження якості та концентрації уваги з забудькуватістю та неухважністю, утруднення або нездатність зосередитися на необхідних справах.

У клінічній картині астено-апатичного варіанту (19,5% чоловіків та 23,8% жінок) переважали загальна слабкість, відчуття виснаженості, млявість, легка психомоторна загальмованість, слабкі або виражені прояви ангедонії, байдужність до всього що відбувається в родині в тому числі до важкого захворювання родича, безініціативність різного ступеня вираженості.

Дисфоричний варіант (18,2% та 12,2% відповідно) характеризувався настроєм що змінювався від тужливого до похмурого зі злобою, значне дратівливість із виникаючими час від часу спалахами гніву та агресії, гіперстезіями.

У 53,8% обстежених чоловіків та 55,1% жінок що прийняли участь у дослідженні – скаржилися на багаточисленні проблеми, що розвивалися в родині через розвиток хвороби (деменції) родича, за яким вони повинні були здійснювати догляд: психо-емоційне напруження; зміну звичного способу та укладу життя; зміна соціальних ролей одного з подружжя (звільнення, графік роботи, зростання робочого навантаження); зменшення часу на необхідний відпочинок, спілкування з друзями та іншими членами родини, і як наслідок зниження емоційного і фізичного відновлення; фінансові і побутові негаразди, а іноді і проблеми.

За використанням шкали структурованого інтерв'ю для визначення відношення членів родини до хвороби (психіатричного діагнозу) у родича нами були визначені особливості ставлення членів родини до близької людини що має захворювання – деменцію. У родичів хворих виявлені переважання драматизуючого типу (59,8% жінок та 60,2% чоловіків) та негативного (деструктивного) типу ставлення (25,9% та 26,5% відповідно), адекватне ставлення відмічалось лише у 14,3% жінок та 13,3% чоловіків (табл.4.5).

Таблиця 4.5.

Тип ставлення членів сім'ї до захворювання на деменцію їх родича (%)

Тип ставлення	Чоловіки	Жінки
Адекватне	13,3	14,3
Драматизуюче	60,2	59,8
Негативне (деструктивне)	26,5	25,9

Аналіз ресурсу сімейної підтримки показав переважання обмеженого (39,2% жінок та 40,2% чоловіків) рівня, для якого було притаманне зниження зацікавленості, мотивацій родичів і реальних можливостей для надання повноцінної підтримки хворому в сім'ї та низького (38,0% та 33,5% відповідно) рівня, який характеризувався дисбалансом між пріоритетними сферами задоволення потрібної членів сім'ї і необхідністю піклуватися і підтримувати родича хворого на деменцію. Достатній рівень сімейної підтримки хворого на деменцію відмічався у 22,8% жінок та 26,3% чоловіків) та характеризувався позитивним ставленням членів родини до необхідності та можливості емоційної та соціальної підтримки пацієнта, готовність до співпраці та конструктивного вирішення нових завдань у повсякденному житті у зв'язку зі зміною обставин цього життя, визнання меж своїх можливостей без ілюзій та невиправданих очікувань. (табл.4.6.)

Таблиця 4.6.

Рівні сімейної підтримки у родинах обстежених хворих (%)

Рівень	Чоловіки	Жінки
Низький	33,5	38,0
Обмежений	40,2	39,2
Достатній	26,3	22,8
Високий	0	0

У 45,3 % обстежених родин були виявлені прояви сімейного неблагополуччя, аналіз рівнів сімейної тривоги показав переважання у високого

рівня сімейної тривоги (57,3% обстежених чоловіків та 56,8% жінок), що можна розглядати як первинну реакцію порушення сімейної ладу, що пов'язаний з деменцією члена родини. (табл. 4.7.)

Таблиця 4.7.

Виразність рівнів сімейної тривоги в родинях обстежених хворих (%)

Субшкала	Чоловіки	Жінки
Вина	16,3	15,8
Тривожність	57,3	56,8
Напруженість	26,4	27,4

Таким чином, для родичів хворих на деменцію притаманні емоційні розлади переважно тривожно-депресивного регістру, психосоціальна дезадаптація, розвиток та виникнення дезадаптивної поведінки під час догляду та піклування за хворою близькою людиною (членом родини), порушення міжособистісних контактів та деформація сімейної взаємодії.

Висновки до розділу 4

Як показали результати дослідження важка хвороба близького є значним тягарем для родичів хворих на деменцію у 72,3 % обстежених жінок та 59,8 % чоловіків виявлено порушення психоемоційної сфери, які проявлялися у вигляді тривожного (37,2% чоловіків та 29,8% жінок), депресивного (25,1% та 34,2% відповідно), астено-апатичного (19,5% чоловіків та 23,8% жінок) і дисфоричного (18,2% та 12,2% відповідно) варіантів психопатологічної симптоматики

Аналіз рівнів виразності тривожно-депресивної симптоматики показав наявність важкого депресивного (35,2 % обстежених жінок та 25,8% чоловіків) та тривожного (42,2 % та 35,8% обстежених відповідно) епізодів та помірного депресивного (39,3 % жінок та 29,6% чоловіків) та тривожного (41,2 % та 36,1%

хворих відповідно) епізодів за шкалою тривоги та депресії Гамільтона. Високих рівнів ситуативної (56,8% чоловіків та 62,8% жінок) та особистісної (36,7% та 65,2% відповідно) тривожності та надмірного рівня нервово-психічної напруги (67,8% обстежених чоловіків та 71,3% жінок)

Як показали результати дослідження 53,8% обстежених чоловіків та 55,1% жінок скаржилися на численні проблеми, які виникали у родині у зв'язку з деменцією родича. Виявлено переважання драматизуючого (59,8% жінок та 60,2% чоловіків) та негативного (деструктивного) (26,5% та 25,9% відповідно) ставлення членів сім'ї до захворювання на деменцію їх родича. Та переважання обмеженого (39,2% жінок та 40,2% чоловіків) та низького (38,0% та 33,5% відповідно) рівнів ресурсу сімейної підтримки хворого у поєднанні з високим рівнем сімейної тривоги (57,3% обстежених чоловіків та 56,8% жінок), що можна розглядати як первинну реакцію порушення сімейної структури у зв'язку з хворобою на деменцію члена родини.

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

Каплюх О.М. Оцінка психоемоційного стану родичів хворих на деменцію як основа системи їх медико-психологічної підтримки. // Клінічна та експериментальна медицина 2021. № 2, С. 35-40.
<https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.2.kap>

Кришталь В.Є., Каплюх О.М. Відношення родин пацієнтів хворих на деменцію до діагнозу та лікування. // Від еспереминтальної та клінічної патофізіології до досягнень сучасної медицини і фармації : збірник тез II Науково-практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю, Харків, 15 травня 2020. Харків : НАФАУ, 2020. С. 90.

Кожина Г.М., Кришталь В.Є., Каплюх О.М. Гендерні особливості сприйняття хвороби сім'єю хворого на деменцію. // Проблема людини у соціально-гуманітарному та медичному дискурсах : матеріали науково-

практичної онлайн конференції з міжнародною участю , Харків, 28 -29 травня 2020. Харків : ХНМУ. С. 51-52

Каплоух О.М., Кондратенко А.П. Оцінка працездатності при органічних захворюваннях головного мозку. // Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених «Актуальні питання нейронаук»: збірник тез. ХНМУ / Харків. 2019. С. 10-11.

Каплоух О.М. Відношення до терапії родин пацієнтів хворих на деменцію після проведення психоосвіти. // Актуальні питання нейронаук : Всеукраїнська науково-практична конференція студентів та молодих вчених. Харків, 29-30 квітня 2021 р. : збірник тез. Харків, 2021. – С. 12-13

РОЗДІЛ 5

ТЕХНОЛОГІЯ ПСИХООСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ В СИСТЕМІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ДЕМЕНЦІЮ ЗА УЧАСТЮ ЇХ РОДИН

У ході роботи нами розроблена комплексна програма психосоціальної реабілітації хворих на деменцію яка складалася з фармакотерапію, психотерапію, психоосвіту (для самих пацієнтів та членів їх родин що доглядають за хворими), психологічні тренінги. У розробленій програмі ми використовували наступні тренінги: соціальних, комунікативних та когнітивних навичок.

Програма медико-психологічного супроводу пацієнтів із деменцією починалася з формування робочого альянсу: формування довіри хворого до лікаря і напрацювання якісного контакту з ним, сприяння мотивації до терапії, пояснення та обговорення завдань психотерапії та психоосвіти на рівні когнітивних можливостей самого пацієнта.

Психофармакотерапія призначалася диференційовано в залежності від ступеню когнітивного дефіциту та типу деменції. Складалася терапія з використання у пацієнтів з хворобою Альцгеймера (помірного і легкого ступеня деменції) – інгібіторів ацетилхолінестерази (донепезил), у пацієнтів з хворобою Альцгеймера (деменції тяжкого ступеня) використовували блокатори NMDA- рецепторів (мемантин); у хворих з судинною деменцією призначали комбінований лікарський засіб когніфен або блокатори NMDA-рецепторів (мемантин) (рис. 5.1.).

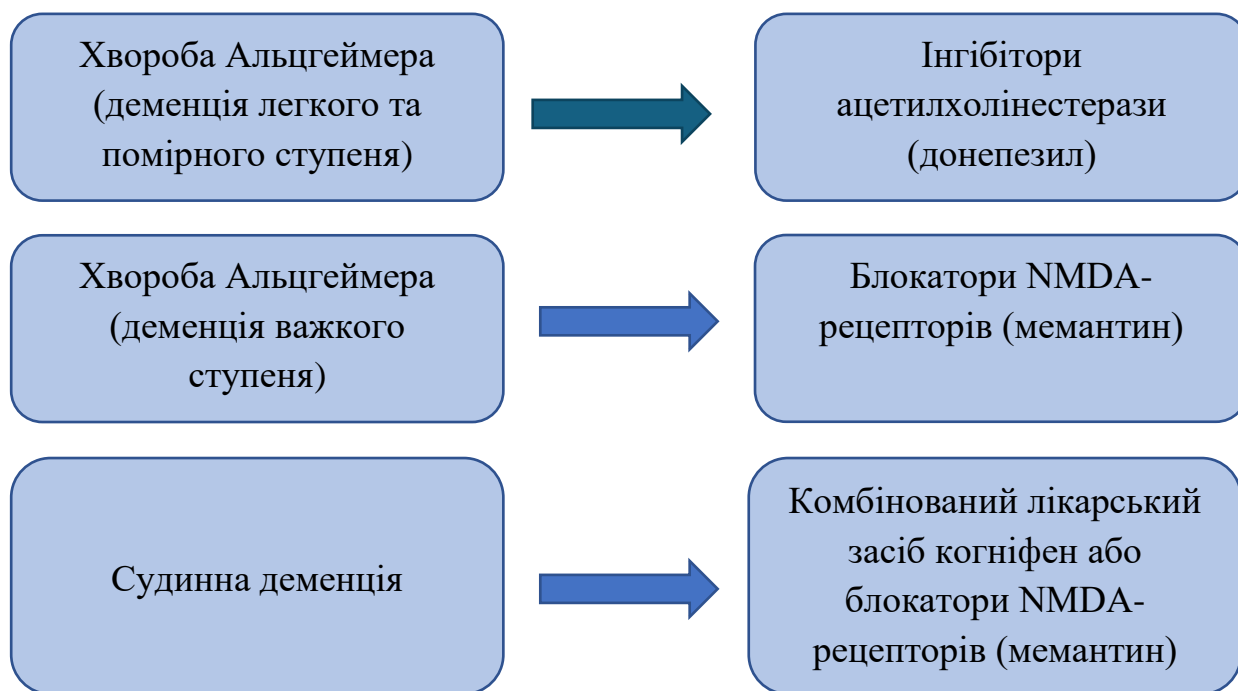


Рисунок 5.1 Психофармакотерапія хворих на деменцію

Психотерапевтичний комплекс базувався на принципах комплексності, системності, етапності, інтегративності та диференційованого характеру впливів в залежності від ступеню когнітивного дефіциту та типу деменції.

Для усіх хворих психотерапевтичний комплекс складався з використання когнітивно-стимулюючої терапії, що була спрямована на відновлення або покращення когнітивних функцій пацієнта, з урахуванням наявного когнітивного резерву людини хворої на деменцію, тривалістю 6 місяців, з кількістю психотерапевтичних зустрічей – кожен тиждень 2 рази.

Когнітивно-стимулююча терапія, а саме тренінгові заняття для поліпшення розумових здібностей та пам'яті хворого: музична і малюнкова арт-терапія, ігри у слова, анімалотерапія, спортивні вправи та інші види неформальних та формальних методів, що мають гарний позитивний емоційний відгук у осіб з деменцією.

Когнітивна ремедіація, була спрямована на можливе покращення когнітивних функцій пацієнта, що складалася з використання феномена ремінісценції реальної чи цифрової версії. Цей метод заснований на розмові про

події чи предмети з минулого пацієнта. Наприклад, може бути обговорення пам'ятних речей, фотокарток, музичних композицій, які дозволяють позитивно вплинути на емоційний стан та самопочуття хворого.

Також, додатково при деменції легкого ступеня ми використовували: кризову терапію, тривалістю 4 місяці, з кількістю психотерапевтичних сеансів 2 рази на тиждень та арт-терапії (різні малюнкові техніки) – 10 зустрічей з частотою 1 раз на тиждень.

При деменції помірною та важкою ступеня ми використовували: тренінг соціально-побутових навичок, що використовувався задля збереження та часткового відновлення навичок до самообслуговування (гігієнічні процедури, приготування їжі та прибирання) та сприяння покращення комунікативних навичок. Зазначені техніки ми використовували повторними курсами тривалість одного курсу – 4 місяці, з кількістю зустрічей 2-3 рази на тиждень; арт-терапії (ліплення, малюнкові техніки, музикотерапія) – 20 зустрічей з частотою 2 рази на тиждень. У терапії також була використана стимулювальна терапія (терапія зайнятістю) – тривалістю 6 місяців, з частотою психотерапевтичних сесій 2–3 рази на тиждень. У схемі була використана ерготерапія з використанням: заходів рефлексотерапії, кінезотерапії, регулярного посилюючого фізичного навантаження (рис.5.2.).

Важливою складовою розробленої програми медико-психологічної реабілітації стало використання трьохкомпонентних психоосвітніх програм (рис. 5.3.):

1. Робота з пацієнтами хворими на деменцію (залежно від стану їх когнітивних можливостей). Психоосвітні програми були спрямовані на інформування про механізми формування захворювання та особливості клінічного перебігу, основні механізми дії фармакотерапії та всі можливі очікувані ефекти (включаючи можливі побічні ефекти) використовуваних препаратів; інформували про важливість психосоціальної реабілітації кожної особи; обговорення будь яких можливих побічних ефектів від препаратів і дій хворих в разі їх виникнення; вироблення мотивації у пацієнта до необхідності

тривалого підтримуючого медикаментозного лікування; зниження наявного рівня самостигматизації.

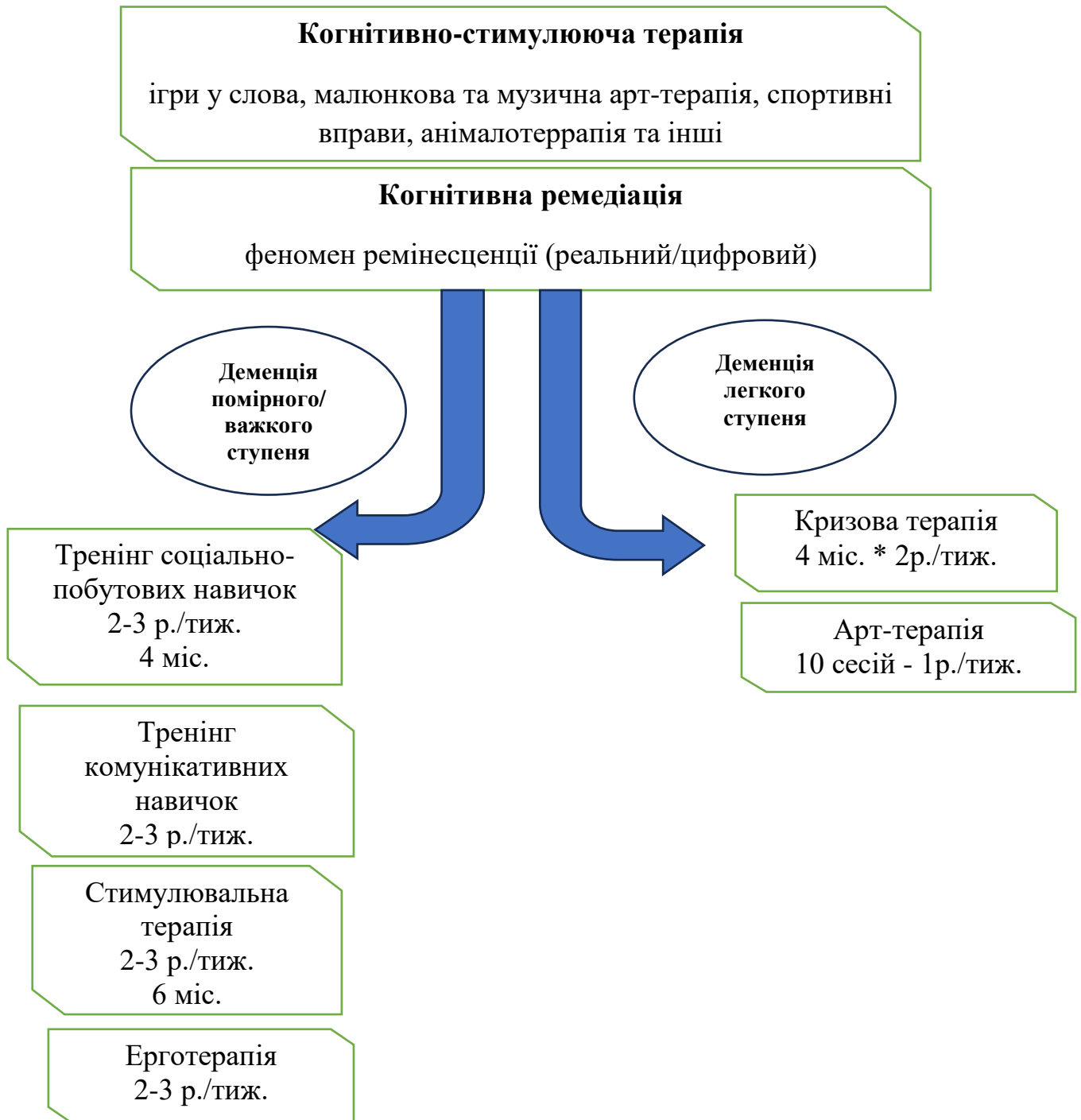


Рисунок 5.2 Психотерапевтичний комплекс у обстежених хворих на деменцію

Психоосвітні заняття проводилися нами у відкритих гендерно-недиференційованих групах, з кількістю людей у групі від 8 до 10 осіб та склалися з 20 занять, тривалістю 1 година з частотою 1 раз на тиждень.



Рисунок 5.3 Схеми трьохкомпонентної психоосвітньої програми

2. Психоосвітня програма для родичів, що піклуються про хворих на деменцію, метою таких програм є переорієнтація з фіксації на наявних проблемах, що виникають через хвороби пацієнта на фокусування щодо адаптації та ресоціалізації пацієнта з деменцією, оптимізацію можливої інтерперсональної взаємодії. Психоосвіта була нами спрямована на заповнення дефіциту знань про можливі причини виникнення деменції, соціальні аспекти,

які на пряму пов'язані із захворюванням на деменцію, всі доступні можливості фармакотерапії в Україні, важливість застосування психосоціальної реабілітації; подолання стигматизації та самостигматизації (вже існуючої чи тої що розвивається), подолання внутрішньоособистісних та міжособистісних конфліктів, що частіше за все пов'язані із захворюванням члена родини.

Психоосвітні заняття були проведені у груповому форматі, у відкритих групах з кількістю осіб від 10 до 15, кількістю 10 занять, тривалістю однієї зустрічі 1,5 годин з частотою 2 рази на тиждень.

3. Групова сімейна психоосвіта була спрямована на набуття нових навичок та ефективних способів комунікації з урахуванням когнітивного резерву пацієнта, навчання навичкам вирішення проблем, поліпшення сімейної взаємодії; зміну не конструктивного ставлення до хвороби родича і самого себе, поліпшення та за необхідністю відновлення сфери відповідальності.

Психоосвітні заняття склалися з 10 зустрічей, тривалістю зустрічі 1 година з частотою 1 раз на тиждень.

Побудова психоосвітньої програми ґрунтувалася на вивченні наявного інформаційного дефіциту що спирається на питання, що пов'язані з деменцією. Як показали результати нашого дослідження, найбільш важливою є достовірна інформація про причини виникнення деменції (67,8% обстежених хворих та 83,2% їх родичів); розпізнавання ознак загострення захворювання та про необхідну допомогу у такому випадку (34,3% та 67,9% відповідно); соціальні і юридичні аспекти, які пов'язані з деменцією (45,2% обстежених хворих та 67,9% їх родичів); медикаментозна терапія, яка використовується для лікування деменції, механізми їх дії, можливі побічні ефекти та їх попередження (67,3% та 56,3% відповідно); питання спадковості деменції (45,3% хворих та 57,8% родичів, що здійснюють догляд за пацієнтом).

Окремо для родичів хворих також були розглянуті актуальні питання щодо організації догляду за близькою людиною хворою на деменцію (65,3% обстежених), правил спілкування з близьким, що хворіє (56,3%), як реагувати у

випадках уходів з дому (бродяжництва) та блукання по житлу (45,7%), як реагувати у випадку мотивованої чи не мотивованої агресії (34,4%) (табл. 5.1).

Таблиця 5.1

Структура інформаційного дефіциту стосовно деменції (%)

Ознаки	Родичі	Хворий
Інформація про причини виникнення захворювання	83,2	67,8
Розпізнавання ознак загострення та необхідну у такому разі допомогу	67,9	34,3
Питання спадковості деменції	57,8	45,3
Медикаментозна терапія, яка використовуються для лікування деменції, механізми їх дії, можливі побічні ефекти	56,3	67,3
Юридичні та соціальні аспекти, що пов'язані з захворюванням на деменцію	67,9	45,2
Питання організації догляду за хворим	65,3	0
Правила спілкування з хворим	56,3,	0
Способи реагування у випадках уходів з дому та блукання	45,7,	0
Способи реагування у випадку агресії	(34,4%)	0

Базуючись на отриманих даних нами розроблена психоосвітня програма для родичів хворих на деменцію, що була спрямована на їх переорієнтацію з фіксації на проблемах, що виникають на тлі хвороби близької людини, на фокусування щодо адаптації та ресоціалізації пацієнта, відновлення задоволеності життям всіх членів родини, оптимізації наявної інтерперсональної взаємодії.

Психоосвітня програма, складалася з чотирьох етапів:

I етап – інформаційний, був спрямований на заповнення інформаційного дефіциту щодо знань про причини виникнення захворювання, всі наявні

можливості психофармакотерапії, соціальні аспекти, які пов'язані з деменцією родича, важливість усіх можливих заходів психосоціальної реабілітації; зниження рівня стигматизації родини і хворого.

II етап – когнітивного тренінгу, спрямований на усвідомлення власних емоційних станів та розуміння можливих змін у способі життя, подолання стигматизації та самостигматизації, подолання наявних та можливих внутрішньоособистісних та міжособистісних конфліктів, що пов'язані із захворюванням члена родини, відреагування власних та чужих негативних емоцій.

III етап – комунікативної активації, який був спрямований на набуття навичок можливих ефективних способів сімейної взаємодії, комунікації, подолання наявних неконструктивних копінг-стратегій та трансформування їх у конструктивні.

IV етап – відновлення існуючого соціального та особистісного ресурсу, що був спрямований на навчання навичкам вирішення існуючих та виникаючих проблем; зміну не конструктивного ставлення до себе та хвороби родича, відновлення сфери відповідальності особистості.

Алгоритм психоосвітнього заняття включав вступну частину, робочий час, обговорення. Кожне наступне заняття починалося, з обговорення і повторення матеріалу попереднього заняття. Важливою складовою психоосвіти було співвіднесення отриманої інформації з особистим досвідом учасників групи і їх переживаннями

Програма медико-психологічний підтримки родичів хворих на деменцією включала використання когнітивно повденкової терапії, що ґрунтувалася на корекції інтенсивних психічних реакцій щодо ситуації хвороби члена родини та зміну депресивної та тривожної установок; формування адекватних уявлень щодо перебігу та прогнозу деменції; стабілізацію емоційного стану членів родини, що здійснюють догляд та корекцію існуючих сімейних відносин.

Висновки до розділу 5

Комплексна програма психосоціальної реабілітації хворих на деменцію яка включає фармакотерапію, психотерапію, психоосвіту (для пацієнтів та їх родичів), психологічні тренінги (тренінг когнітивних, комунікативних, соціальних навичок).

Психофармакотерапія призначалася диференційовано в залежності від ступеню когнітивного дефіциту та типу деменції. Складалася терапія з використання у пацієнтів з хворобою Альцгеймера (помірного і легкого ступеня деменції) – інгібіторів ацетилхолінестерази (донепезил), у пацієнтів з хворобою Альцгеймера (деменції тяжкого ступеня) використовували блокатори NMDA- рецепторів (мемантин); у хворих з судинною деменцією призначали комбінований лікарський засіб когніфен або блокатори NMDA-рецепторів (мемантин).

Психотерапевтичний комплекс включав використання когнітивно-стимулюючої терапії та когнітивної ремедіація, з додатковим використанням при деменції легкого ступеня: кризової терапії; при деменції помірного та важкого ступеня: тренінгу соціально-побутових та комунікативних навичок, арт-терапію (малюнкові техніки, ліплення, музикотерапія), стимулювальну терапію та ерготерапію.

У ході роботи нами розроблена комплексна програма психосоціальної реабілітації хворих на деменцію яка складалася когнітивно-стимулюючої терапії (6 місяців, 2 рази на тиждень) з додатковим використанням при деменції легкого ступеня кризової терапії (4 місяці, 2 рази на тиждень) та арт-терапії (10 сеансів 1 раз на тиждень); при деменції помірного та важкого ступеня тренінгу соціально-побутових навичок (4 місяці, 2-3 рази на тиждень), арт-терапії (20 сеансів 2 рази на тиждень) та стимулювальної терапія (6 місяців, 2–3 рази на тиждень).

Розроблена трьохкомпонентна психоосвітня програма: психоосвіта хворих на деменцію, залежно від стану їх когнітивних можливостей. (20 занять, тривалістю 1 година з частотою 1 раз на тиждень); психоосвіта родичів, що

підключються про хворих на деменцію (10 занять, тривалістю 1,5 годин з частотою 2 рази на тиждень) та групова сімейна психоосвіта (10 зустрічей, тривалістю зустрічі 1 година з частотою 1 раз на тиждень).

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

Каплюх О.М. Психоосвітні програми для родичів хворих на деменцію // Український вісник психоневрології. 2022. Том 30, № 1 (110). С. 52-54. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V30-is1-2022-9>

Каплюх О.М. Персоніфікована програма медико-психологічної реабілітації хворих на деменцію // Клінічна та експериментальна медицина. 2021. № 90 (3), 70-75. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.3.kap>

Каплюх О.М., Кондратенко А.П. Оцінка працездатності при органічних захворюваннях головного мозку. // Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених «Актуальні питання нейронаук»: збірник тез. ХНМУ / Харків. 2019. С. 10-11..

Kaploukh O. Psychoeducation as a component of family adaptation of patients with dementia. // ISIC-2021 : International Scientific Interdisciplinary Conference for medical students and young scientists, Kharkiv, 20–21 october, 2021 : abstract book / KNMU. Kharkiv, 2021. P. 124–125.

РОЗДІЛ 6

**ОЦІНКА ДИНАМІКИ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ,
ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ
ХВОРИХ НА ДЕМЕНЦІЮ ТА ЇХ РОДИЧІВ ПІД ВПЛИВОМ
ПСИХООСВІТНИХ ПРОГРАМ У КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

Як показав аналіз ефективності запропонованої програми психосоціальної реабілітації хворих на деменцію за участю їх родин на тлі її використання відмічається стабілізація емоційного стану хворих на деменцію. Відсотки вказують на частоту певних емоційних порушень у кожній категорії.

У основній групі були зафіксовані наступні відсотки емоційних розладів: знижений фон настрою – 19,9%, відчуття безнадії та безпорадності – 15,6%, емоційна лабільність – 21,4%, дратівливість, нестриманість афекту – 19,7%, відчуття внутрішнього дискомфорту – 17,4%, тривога – 22,1%, відчуття внутрішньої напруги, постійного занепокоєння – 20,5%.

У контрольній групі було зафіксовано наступні відсотки емоційних розладів: знижений фон настрою – 33,4%, відчуття безнадії та безпорадності – 29,8%, емоційна лабільність – 31,2%, дратівливість, нестриманість афекту – 25,4%, відчуття внутрішнього дискомфорту – 26,3%, тривога – 33,1%, відчуття внутрішньої напруги, постійного занепокоєння – 32,6%.

Ці дані надають уявлення про позитивну динаміку змін, внаслідок проведеної системи тренінгів у I основній групі.

Таблиця 6.1.

Динаміка емоційних розладів у обстежених хворих (%)

Порушення емоційної сфери	I основна група	I контрольна група
Знижений фон настрою	19,9	33,4
Відчуття безнадії та безпорадності	15,6	29,8
Емоційна лабільність	21,4	31,2
Дратівливість, нестриманість афекту	19,7	25,4

Продовження таблиці 6.1.

Порушення емоційної сфери	I основна група	I контрольна група
Відчуття внутрішнього дискомфорту	17,4	26,3
Тривога	22,1	33,1
Відчуття внутрішньої напруги	20,5	32,6

Дослідження рівнів тривоги та депресії за шкалою Гамільтона показало, переважання легкого тривожного та депресивного епізодів у обстежених хворих I основної групи. Відсутність тривоги та депресії спостерігалася відповідно у 22,3% та 11,1% пацієнтів I основної групи, у той час, як у I контрольній групі цей показник становив 24,1% та 12,5% відповідно. Легкі епізоди тривоги та депресії були виявлені у 42,1% та 27,6% хворих I основної групи, і в 45,2% та 25,9% у пацієнтів I контрольної групи. Помірні епізоди тривоги та депресії були відзначені відповідно у 18,9% та 33,2% у I основній групі, і у 17,6% та 31,4% у I контрольній групі. Важкі епізоди тривоги та депресії спостерігалися у 16,7% та 28,1% в I основній групі, і у 13,1% та 30,2% у I контрольній групі. (табл. 6.2.).

Таблиця 6.2.

Динаміка рівнів тривоги та депресії у обстежених хворих
за шкалою Гамільтона (%)

Вираженість тривоги і депресії		I Основна група	I Контрольна група
Відсутність	тривоги	22,3	11,1
	депресії	24,1	12,5
Легкий епізод	тривоги	42,1	27,6
	депресії	45,2	25,9
Помірний епізод	тривоги	18,9	33,2
	депресії	17,6	31,4
Важкий епізод	тривоги	16,7	28,1
	депресії	13,1	30,2

Результати отримані, після курсу психосоціальної реабілітації хворих на деменцію за участю їх родин, який відвідували саме представники I основної групи, надають незаперечні відомості щодо позитивної динаміки дисфункціональних поведінкових патернів у I основній групі.

За рівнем загальної поведінкової дисфункції у суспільстві серед обстежених хворих розподілення сталося наступним чином: у основній групі 22,3% пацієнтів не мають дисфункції, тоді як у I контрольній групі цей відсоток нижчий – 12,3%. Мінімальну дисфункцію у I основній групі мають 31,2% пацієнтів порівняно з 18,5% у I контрольній групі. В основній групі також менший відсоток пацієнтів з явною дисфункцією (20% проти 32,4% в контрольній групі). Однак, коли мова йде про важку дисфункцію, контрольна група має вищий відсоток (24,9%) порівняно з основною групою (16,7%). Різниця стає менш значущою для дуже важкої дисфункції: 9,8% хворих в основній групі та 11,9% пацієнтів контрольної групи.

За параметром порушення при виконанні соціальних ролей у суспільстві у I основній групі превалював відсоток пацієнтів без дисфункції (19,1% порівняно з 9,7% у контрольній групі). Також, у I основній групі домінували пацієнти з мінімальною дисфункцією (33,9% порівняно з 19,8% у контрольній групі). Однак, у I контрольній групі було більше пацієнтів з очевидною дисфункцією (36,7% порівняно з 20,6% у I основній групі). Різниця була менш помітною для серйозної дисфункції, але у I контрольній групі все ще було більше пацієнтів з цим ступенем дисфункції (20,7% порівняно з 17,3% у основній групі). Дуже серйозна дисфункція була більш поширена у I контрольній групі (13,1% порівняно з 9,1% обстежених I основної групи).

Порушення функціонування пацієнтів у лікарні розподілилось наступним чином, результати показують, що I основна група має вищий рівень соціального функціонування в порівнянні з I контрольною групою для всіх рівнів дисфункції, крім мінімальної. Для рівня без дисфункції, I основна група має значно вищий показник, ніж I контрольна група. Однак, для рівнів мінімальної

та очевидної дисфункції, рівні соціального функціонування у I основній групі все ще вищі, але різниця менш значуща. Для серйозної та дуже серйозної дисфункції, I основна група має нижчі показники соціального функціонування в порівнянні з I контрольною групою.

За параметром дисфункції модифікуючих чинників у хворих зміни відбулися наступним чином. У I основній групі помічено відсутність дисфункції у 18,9% пацієнтів та мінімальну дисфункцію у 37,8%, тоді як у I контрольній групі – відсутність дисфункції зафіксовано у 11,4% хворих та мінімальну дисфункцію відзначено у 25,6% випадків. Очевидна дисфункція відзначена у 22,4% пацієнтів I основної групи та у 29,7% респондентів з I контрольної групи. Серйозна дисфункція після курсу комплексної реабілітації спостерігалась лише у 11,3% пацієнтів I основної групи та у 22,3% – I контрольної групи, а дуже серйозна дисфункція – у 9,6% пацієнтів I основної групи та у 11,0% I контрольної групи. (табл.6.3.)

Таблиця 6.3.

Рівень соціального функціонування у обстежених хворих на деменцію
(%)

Рівень соціального функціонування	I основна група	I контрольна група
Загальна поведінкова дисфункція у суспільстві		
Без дисфункції	22,3	12,3
Мінімальна дисфункція	31,2	18,5
Очевидна	20,0	32,4
Серйозна	16,7	24,9
Дуже серйозна	9,8	11,9
Порушення при виконанні соціальних ролей у суспільстві		
Без дисфункції	19,1	9,7
Мінімальна дисфункція	33,9	19,8
Очевидна	20,6	36,7

Рівень соціального функціонування	I основна група	I контрольна група
Серйозна	17,3	20,7
Дуже серйозна	9,1	13,1
Порушення функціонування пацієнтів у лікарні		
Без дисфункції	22,3	7,2
Мінімальна дисфункція	38,9	25,1
Очевидна	15,6	33,8
Серйозна	14,3	15,6
Дуже серйозна	8,9	18,3
Дисфункція модифікуючих чинників у хворих		
Без дисфункції	18,9	11,4
Мінімальна дисфункція	37,8	25,6
Очевидна	22,4	29,7
Серйозна	11,3	22,3
Дуже серйозна	9,6	11,0

На тлі проведеної програми психотерапевтичної підтримки спостерігалось стабілізація емоціонального статусу родичів хворих, зниження рівнів тривоги та депресії.

У II основній групі: знизився відсоток обстежених зі порушенням настрою до 7,8%, впав показник пригніченості до 4,5%, помітно зменшилося почуття тривоги до 22,1% обстежених, також поліпшились показники циклу сон-неспанья, порушення мали місце у 25,4% випадків, астеничний симптомокомплекс зостався у 17,6% суб'єктів, стани розгубленості зберіглися лише у 6,5%.

У II контрольній групі, для порівняння порушення настрою відмічали 34,5% опитаних, пригніченість зафіксовано у 31,1% учасників дослідження,

почуття тривоги переживали 42,1% членів родин, а порушення циклу сон-неспанья засвідчили 28,9% респондентів.

Астенію родичі хворих на деменцію з II контрольної групи мали у 27,8% випадків. А стани розгубленості зберігалися у 25,8% обстежених. (табл.6.4.)

Таблиця 6.4.

Динаміка скарг родичів хворих на деменцію

	II основна група	II контрольна група
Знижений фон настрою	7,8	34,5
Пригніченість	4,5	31,1
Почуття тривоги	22,1	42,1
Порушення циклу сон-неспанья	25,4	28,9
Астенічний симптомокомплекс	17,6	27,8
Стани розгубленості	6,5	25,8

Відмічалось достовірне зниження тривоги та депресії за шкалою Гамільтона. У II контрольній групі відсутність тривоги була на рівні поширення 7,8%, депресію не зафіксовано у 9,2% респондентів. У II же основній групі відбулися значні зміни, депресія була відзначена у 52,1% обстежених, при тривозі – у 46,7% пацієнтів.

Кількість пацієнтів із легким епізодом і тривоги, і депресії також помітно зросла у II основній групі, до 42,3% для тривоги, і 40,2% для депресії.

У II контрольній групі ці показники не зазнали значних змін і визначались у 22,1% для тривожного епізоду, і у 23,4% – для депресивного епізоду.

II основна група мала також визначну динаміку у хворих із помірним тривожним епізодом, із близьким за рівнем до депресивного: 9,8% для тривоги, 7,7% для депресії відповідно.

II контрольна група втримала відсоток пацієнтів саме з помірним ступенем депресії на рівні – 47,1%, і тривоги – на рівні 48,9%.

Важкий епізод тривоги у II основній групі складав 1,2% для тривоги, 0% для депресії, що означало падіння поширеності цього ступеня симптомів у групі. При незначній динаміці у II контрольній групі: 21,2% для важкої тривоги, і 20,3% для важкої депресії. (табл. 6.5)

Таблиця 6.5.

Динаміка рівнів тривоги та депресії у обстежених хворих за шкалою
Гамільтона

Вираженість тривоги і депресії (%)		II основна група	II контрольна група
Відсутність	тривоги	46,7	7,8
	депресії	52,1	9,2
Легкий епізод	тривоги	42,3	22,1
	депресії	40,2	23,4
Помірний епізод	тривоги	9,8	48,9
	депресії	7,7	47,1
Важкий епізод	тривоги	1,2	21,2
	депресії	0	20,3

Як свідчить аналіз результатів оцінки тривожності за шкалою Ч.Д.Спілбергера в адаптації Ю.Л. Ханіна для обстежених II основної групи були притаманні низькі рівні і особистісної – 59,5%, і ситуативної тривожності – 56,9%, у той час, як у II контрольній групі ці показники також були близькими за величиною, але невисокими: 21,9% – для особистісної, та 26,6% – для ситуативної. Помірний рівень тривожності, також був співставним у II основній групі: 33,4% пацієнтів – із особистісною, і 34,2% – із ситуативною тривожністю.

При тому у II контрольній групі – особистісну тривожність мали 45,6%, а ситуативну – 37,8%. «Високий рівень тривоги» суттєво знизився серед

пацієнтів II основної групи і дійшов до 7,1% особистісної, та 8,9% - ситуативної тривоги. Особливо у порівнянні з II контрольною групою, де особистісну тривожність було відмічено у 32,5%, а ситуативну у 35,6%. (табл. 6.6.)

Таблиця 6.6.

Виразність тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна (%)

	Особистісна тривожність		Ситуативна тривожність	
	II ОГ	II КГ	II ОГ	II КГ
Високий рівень	7,1	32,5	8,9	35,6
Помірний рівень	33,4	45,6	34,2	37,8
Низький рівень	59,5	21,9	56,9	26,6

Також встановлена позитивна динаміка за шкалою нервово-психічної напруги. Спостерігається зниження відсотку осіб з надмірною напругою у II основній групі до 4,5%, в той час, як у II контрольній групі цей показник неспівставно високий – 33,9%. Помірний рівень напруги ближчий за показниками у обох групах. Але більший все ж у II котрольній групі. При 38,7% у пацієнтів II основної групи. Кількість осіб із низьким рівнем напруги достовірно збільшилась у пацієнтів II основної групи і зменшилась у II контрольній групі до 21,3%. (табл. 6.7)

Таблиця 6.7

Динаміка нервово-психічної напруги (%)

Рівень	II ОГ	II КГ
Надмірний	4,5	33,9
Помірний	38,7	44,8
Низький	56,8	21,3

В сім'ях пацієнтів відзначалося позитивна динаміка сімейного функціонування – переважало адекватне ставлення родичів до хвороби пацієнта (69,2% родин II основної групи у порівнянні з 23,4% родин II контрольною групою) з повним розумінням важкості захворювання, усвідомленою готовністю

виконувати рекомендації лікаря, концептуалізації хвороби, реальним розумінням результатів лікування. Родини намагалися прийняти факт наявності захворювання, та пов'язані з цим проблеми, а також займали конструктивну, активну позицію щодо лікуванні і реабілітації хворого. Драматизуюче ставлення було більш поширеним в II контрольній групі, становлячи 64,8%, порівняно з 23,8% в II основній групі. Негативне (деструктивне) ставлення фіксувалося у 7,0% членів сім'ї в II основній групі та в 11,8% обстежених II контрольної групи.

Ці дані свідчать про ефективність проведеної реабілітації. (табл. 6.8)

Таблиця 6.8.

Динаміка ставлення членів сім'ї до захворювання на деменцію їх родича (%)

Тип ставлення	II ОГ	II КГ
Адекватне	69,2	23,4
Драматизуюче	23,8	64,8
Негативне (деструктивне)	7,0	11,8

Відмічалось переважання високого рівня показників шкали сімейної підтримки (62,7% родин II основної та 23,2% II контрольної груп), що характеризувався позитивним ставленням родичів до необхідності та можливості соціальної та емоційної підтримки хворого, готовність близьких пацієнта до співпраці та конструктивного вирішення нових завдань з якими вони стикаються у повсякденному житті, визнання кордонів власних можливостей без невиправданих очікувань та ілюзій. У розрізі рівня активності сімейної підтримки можна спостерігати відмінності між чоловіками та жінками. Щодо низького рівня активності, його відзначено у 3,2% чоловіків та у 22,4% жінок. Обмежений рівень підтримки вищий серед чоловіків, і становить 6,5%, порівняно з 43,1% серед жінок. Достатній рівень підтримки у родинах характеризує 27,6% чоловіків і 12,2% жінок.

З іншого боку, високий рівень підтримки є більш поширеним серед чоловіків, досягаючи 67,7%, порівняно з 22,3% серед жінок. Ці дані вказують на статеві відмінності в рівнях підтримки у розглянутій групі. (табл. 6.9.)

Таблиця 6.9.

Рівні сімейної підтримки у родинах обстежених хворих (%)

Рівень	Чоловіки	Жінки
Низький	3,2	22,4
Обмежений	6,5	43,1
Достатній	27,6	12,2
Високий	67,7	22,3

У розрізі рівня активності сімейної підтримки можна спостерігати відмінності між чоловіками та жінками. Щодо низького рівня активності, його відзначено у 3,2% чоловіків та у 22,4% жінок. Обмежений рівень підтримки вищий серед чоловіків, і становить 6,5%, порівняно з 43,1% серед жінок.

Достатній рівень підтримки у родинах характеризує 27,6% чоловіків і 12,2% жінок. З іншого боку, високий рівень підтримки є більш поширеним серед чоловіків, досягаючи 67,7%, порівняно з 22,3% серед жінок. Ці дані вказують на статеві відмінності в рівнях підтримки у розглянутій групі.

Проведений аналіз рівнів сімейної тривоги показав її достовірне зниження за усіма шкалами з переважанням низького рівня сімейної тривоги (табл.6.10)

Таблиця 6.10.

Виразність рівнів сімейної тривоги в родинах обстежених хворих (%)

Субшкала	П ОГ	П К
Вина	15,4	14,2
Тривожність	22,1	42,3
Напруженість	13,2	26,8

Проведене 1,5 річне катamnестичне дослідження довело високу ефективність запропонованої медико-психологічної реабілітації у 92,59% хворих на деменцію.

Висновки до розділу 6

Як показав аналіз ефективності запропонованої програми психосоціальної реабілітації хворих на деменцію за участю їх родин на тлі її використання відмічається стабілізація емоційного стану хворих на деменцію (68,8% обстежених) та їх родичів (71,5%), зниження рівня нервово-психічної напруги (59,8% та 66,2% відповідно)

Спостерігається підвищення рівня соціально-психологічної адаптації (69,5% хворих I основної у порівнянні з 33,5% хворих I контрольної групи), хворих на деменцію та покращення рівнів соціального функціонування (69,3% та 32,4% відповідно).

На тлі проведеної програми психотерапевтичної підтримки спостерігалось стабілізація емоціонального статусу родичів хворих, зниження рівнів тривоги (76,2% обстежених II основної у порівнянні з 19,2% хворих II контрольної групи) та депресії (68,9% та 22,3% обстежених відповідно); особистісної (77,8% обстежених II основної та 25,8% контрольної груп) та ситуативної (65,9% та 33,1% відповідно) та нервово-психічної напруги (69,8% обстежених II основної та 34,5 % II контрольної груп).

В сім'ях пацієнтів відзначалося позитивна динаміка сімейного функціонування – переважали адекватне ставлення родичів до хвороби пацієнта (69,2% родин II основної групи у порівнянні з 23,4% родин II контрольної групи) з повним розумінням важкості захворювання, усвідомленою готовністю виконувати рекомендації лікаря, концептуалізації хвороби, реальним розумінням результатів лікування. Родини намагалися прийняти факт наявності захворювання, та пов'язані з цим проблеми, а також займали конструктивну, активну позицію щодо лікуванні і реабілітації хворого.

Відмічалось переважання високого рівня показників шкали сімейної підтримки (62,7% родин II основної та 33,2% II контрольної груп), що характеризувався позитивним ставленням родичів до необхідності та можливості соціальної та емоційної підтримки хворого, готовність близьких пацієнта до співпраці та конструктивного вирішення нових завдань з якими вони стикаються у повсякденному житті, визнання кордонів власних можливостей без невинуватених очікувань та ілюзій.

Проведений аналіз рівнів сімейної тривоги показав її достовірне зниження за усіма шкалами з переважанням низького рівня сімейної тривоги.

Проведене 1,5 річне катамнестичне дослідження довело високу ефективність запропонованої медико-психологічної реабілітації у 92,59% хворих на деменцію.

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

Каплюх О.М. Оцінка психоемоційного стану родичів хворих на деменцію як основа системи їх медико-психологічної підтримки. // Клінічна та експериментальна медицина 2021. № 90 (2). С. 35-40. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.2.kap>

Каплюх О.М. Комплексний психологічний супровід пацієнтів із деменцією та членів їх родин. // Клінічна та експериментальна медицина 2021. № 90 (4). С. 53-58. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.4.kap>

Каплюх О. М. Стан психологічної адаптації родин пацієнтів хворих на деменцію. // Медицина третього тисячоліття : міжвузівська конференція молодих вчених та студентів, Харків, 20–22 січня 2020 р. : збірник тез. ХНМУ. Харків, 2020. С. 402-403.

Кришталь В.Є., Каплюх О.М. Відношення родин пацієнтів хворих на деменцію до діагнозу та лікування. // Від еспереминтальної та клінічної патофізіології до досягнень сучасної медицини і фармації : збірник тез II

Науково-практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю, Харків, 15 травня 2020. Харків : НАФАУ, 2020. С. 90.

Капlouх О.М., Щербак О.А., Ресурс сімейної підтримки у пацієнтів з деменцією. // Медицина третього тисячоліття : міжвузівська конференція молодих вчених та студентів, Харків, 18–20 січня 2021 р. : збірник тез. ХНМУ. Харків, 2021. С. 333-334.

Kaploukh O. Attitude of family members of patients with dementia to disease and treatment // ISIC – 2022. International Scientific Interdisciplinary Conference, Kharkiv, 23–25th November 2022 : abstract book / KhNMU. Kharkiv, 2022. P. 122-123.

Капlouх О.М. Деменція – вирок для членів родин або розумний підхід. // Медицина третього тисячоліття : Фестиваль молодіжної науки : збірник тез конференції, Харків, 13–15 лютого 2023. Харківський національний медичний університет. Харків : ХНМУ, 2023. С. 250-251.

АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження проводилась на протязі 2019 – 2023 років на базі КНП ХОР «Обласна клінічна психіатрична лікарня №3». Для досягнення поставленої мети, за умови підписання інформованої згоди учасниками дослідження з дотриманням принципів біоетики та деонтології нами було проведено комплексне обстеження 98 пацієнтів, хворих на деменцію (48 жінок та 50 чоловіків) у віці 65 – 85 років та 97 членів їх родин, які здійснювали догляд за пацієнтами (56 жінок та 41 чоловік).

Контингент обстежених був однорідним за основними показниками, що дозволило говорити про те, що результати дослідження є такими, що репрезентативно відображають генеральну сукупність.

У обстежених хворих згідно діагностичних критеріїв МКХ-10 встановлено діагнози: хвороба Альцгеймера (з раннім початком (F00.0) – 19,4% обстежених хворих; з пізнім початком (F00.1) – 27,6% обстежених); судинна деменція (мультиінфарктна деменція (F01.1) – 23,5% обстежених; субкортикальна судинна деменція (F01.2) – 13,3% обстежених; змішана деменція (F01.3) – 16,2% обстежених)

I основну групу склали 61 пацієнт, хворий на деменцію (32 жінки та 29 чоловіків), які окрім стандартного регламентованого лікування за клінічними протоколами брали участь у комплексній програмі психосоціальної реабілітації з використанням психосвітніх заходів, I контрольну групу склали 37 пацієнтів (19 жінок та 18 чоловіків), які отримували стандартну регламентовану терапію за клінічними протоколами МОЗ України.

II основну групи склали 63 родича хворих на деменцію які здійснювали ухід за хворими (37 жінок та 26 чоловіків), які приймали участь у психосвітній програмі, II контрольну групу 34 родича хворих на деменцію (17 жінок та 17 чоловіків), які не отримували психосвітньої підтримки.

Аналіз наявної додаткової симптоматики дозволив встановити, що у більшості хворих переважали особи з депресивними симптомами 53,2 % обстежених I основної та 51,9 % I контрольної груп; у 16,7 % та 18,2 % обстежених відповідно реєструвалась додаткова маячна симптоматика; у 12,3 % обстежених I основної та у 14,2 % I контрольної групи додаткова галюцинаторна симптоматика; у 18,3 % та 17,2 % обстежених відповідно – змішана додаткова симптоматика; відсутністю додаткових симптомів; у 19,4 % обстежених I основної та 18,8 % I контрольної груп додаткова симптоматика не реєструвалась

В структурі розладів мислення у обстежених хворих переважали загальмоване мислення (47,8% обстежених I основної та 51,2% I контрольної груп), патологічна докладність (45,2% та 43,9% обстежених відповідно) та в'язкість, надмірна деталізація (у 41,4% обстежених I основної та 40,9%)

Серед додаткової симптоматики у хворих на деменцію домінує депресивна симптоматика (53,2% обстежених I основної та 51,9% I контрольної груп),

К свідчать результати аналізу емоційних розладів у обстежених хворих відмічались знижений фон настрою (53,2% обстежених I основної та 51,9% I контрольної груп); тривога (41,4% та 40,1% обстежених відповідно), відчуття внутрішньої напруги, постійного неспокою (41,2% обстежених I основної та 43,0% I контрольної груп) та відчуття внутрішнього неспокою (37,6% обстежених I основної та 37,3% I контрольної груп).

При оцінці рівня виразності тривожно депресивної симптоматики за шкалою Гамільтона у обстежених хворих відмічалось переважання помірних епізодів депресії (45,5% обстежених I основної та 46,1% обстежених I контрольної груп) та тривоги (46,7% та 47,4% обстежених відповідно)

Як свідчать результати дослідження зниження загального рівня соціального функціонування у обстеженого контингенту проявлялося в першу чергу дисфункцією соціальних ролей, що вимагали від пацієнта достатнього рівня незалежності та самостійності.

У ході роботи нами розроблена комплексна програма психосоціальної реабілітації хворих на деменцію яка складалася з фармакотерапію, психотерапію, психоосвіту (для самих пацієнтів та членів їх родин що доглядають за хворими), психологічні тренінги. У розробленій програмі ми використовували наступні тренінги: соціальних, комунікативних та когнітивних навичок.

Психофармакотерапія призначалася диференційовано в залежності від ступеню когнітивного дефіциту та типу деменції. Складалася терапія з використання у пацієнтів з хворобою Альцгеймера (помірного і легкого ступеня деменції) – інгібіторів ацетилхолінестерази (донепезил), у пацієнтів з хворобою Альцгеймера (деменції тяжкого ступеня) використовували блокатори NMDA- рецепторів (мемантин); у хворих з судинною деменцією призначали комбінований лікарський засіб когніфен або блокатори NMDA-рецепторів (мемантин)

У ході роботи нами розроблена комплексна програма психосоціальної реабілітації хворих на деменцію яка складалася когнітивно-стимулюючої терапії (6 місяців, 2 рази на тиждень) з додатковим використанням при деменції легкого ступеня кризової терапії (4 місяці, 2 рази на тиждень) та арт-терапії (10 сеансів 1 раз на тиждень); при деменції помірного та важкого ступеня тренінгу соціально-побутових навичок (4 місяці, 2-3 рази на тиждень), арт-терапії (20 сеансів 2 рази на тиждень) та стимулювальної терапія (6 місяців, 2–3 рази на тиждень).

Розроблена трьохкомпонентна психоосвітня програма: психоосвіта хворих на деменцію, залежно від стану їх когнітивних можливостей. (20 занять, тривалістю 1 година з частотою 1 раз на тиждень); психоосвіта родичів, що піклуються про хворих на деменцію (10 занять, тривалістю 1,5 годин з частотою 2 рази на тиждень) та групова сімейна психоосвіта (10 зустрічей, тривалістю зустрічі 1 година з частотою 1 раз на тиждень).

Як показав аналіз ефективності запропонованої програми психосоціальної реабілітації хворих на деменцію за участю їх родин на тлі її

використання відмічається стабілізація емоційного стану хворих на деменцію (68,8% обстежених) та їх родичів (71,5%), зниження рівня нервово-психічної напруги (59,8% та 66,2% відповідно)

Спостерігається підвищення рівня соціально-психологічної адаптації (69,5% хворих I основної у порівнянні з 33,5% хворих I контрольної групи), хворих на деменцію та покращення рівнів соціального функціонування (69,3% та 32,4% відповідно).

На тлі проведеної програми психотерапевтичної підтримки спостерігалось стабілізація емоціонального статусу родичів хворих, зниження рівнів тривоги (76,2% обстежених II основної у порівнянні з 19,2% хворих II контрольної групи) та депресії (68,9% та 22,3% обстежених відповідно); особистісної (77,8% обстежених II основної та 25,8% контрольної груп) та ситуативної (65,9% та 33,1% відповідно) та нервово-психічної напруги (69,8% обстежених II основної та 34,5 % II контрольної груп).

В сім'ях пацієнтів відзначалося позитивна динаміка сімейного функціонування – переважали адекватне ставлення родичів до хвороби пацієнта (69,2% родин II основної групи у порівнянні з 23,4% родин II контрольної групи) з повним розумінням важкості захворювання, усвідомленою готовністю виконувати рекомендації лікаря, концептуалізації хвороби, реальним розумінням результатів лікування. Родини намагалися прийняти факт наявності захворювання, та пов'язані з цим проблеми, а також займали конструктивну, активну позицію щодо лікуванні і реабілітації хворого.

Відмічалось переважання високого рівня показників шкали сімейної підтримки (62,7% родин II основної та 33,2% II контрольної груп), що характеризувався позитивним ставленням родичів до необхідності та можливості соціальної та емоційної підтримки хворого, готовність близьких пацієнта до співпраці та конструктивного вирішення нових завдань з якими вони стикаються у повсякденному житті, визнання кордонів власних можливостей без невинуватених очікувань та ілюзій.

Проведений аналіз рівнів сімейної тривоги показав її достовірне зниження за усіма шкалами з переважанням низького рівня сімейної тривоги. Проведений аналіз рівнів сімейної тривоги показав її достовірне зниження за усіма шкалами з переважанням низького рівня сімейної тривоги.

Проведене 1,5 річне катамнестичне дослідження довело високу ефективність запропонованої медико-психологічної реабілітації у 92,59% хворих на деменцію.

ВИСНОВКИ

1. У дисертаційному дослідженні здійснене теоретичне узагальнення та наведене нове вирішення актуальної наукової задачі оцінити ефективність психоосвітньої програми у комплексній психосоціальной реабілітації хворих на деменцію за участю членів їх родин і розробити оптимальні методи її застосування

2. Клінічна структура деменції у обстежених хворих була представлена: хворобою Альцгеймера з раннім початком (18,6 % обстежених I основної та 19,3 % I контрольної групи), хворобою Альцгеймера з пізнім початком (27,5 % та 27,9 % обстежених відповідно), мультиінфарктною судинною деменцією (24,6 % обстежених I основної та 23,5 % обстежених II контрольної групи) та субкортикальною судинною деменцією (14,5 % та 13,2 % обстежених відповідно). В структурі додаткової клінічної симптоматики деменцій спостерігались депресивна симптоматика (53,2 % обстежених I основної та 51,9 % I контрольної груп), маячна симптоматика (16,7 % та 18,2 % обстежених відповідно), галюцинаторна симптоматика (12,3 % обстежених I основної та 14,2 % I контрольної групи).

Встановлено зниження рівня соціального функціонування обстежених хворих, особливо у сфері виконання соціальних ролей у суспільстві (38,2 % респондентів I основної групи, і 35,6 % – I контрольної групи) та поведінкової дисфункції у суспільстві (37,6 % та 37,2 % відповідно)

3. Як показали результати дослідження важка хвороба близького є важким стресом для родичів хворих на деменцію у 72,3% обстежених жінок та 59,8% чоловіків виявлено емоційні розлади, структура яких представлена депресивним (25,1% та 34,2% відповідно), тривожним (37,2% чоловіків та 29,8% жінок), дисфоричним (18,2% та 12,2% відповідно) та астено-апатичним (19,5% чоловіків та 23,8% жінок) варіантами психопатологічної симптоматики.

Аналіз рівнів виразності тривожно-депресивної симптоматики показав наявність важкого депресивного (35,2 % обстежених жінок та 25,8% чоловіків) та тривожного (42,2 % та 35,8% обстежених відповідно) епізодів та помірного

депресивного (39,3 % жінок та 29,6% чоловіків) та тривожного (41,2 % та 36,1% хворих відповідно) епізодів за шкалою тривоги та депресії Гамільтона. Високих рівнів ситуативної (56,8% чоловіків та 62,8% жінок) та особистісної (36,7% та 65,2% відповідно) тривожності та надмірного рівня нервово-психічної напруги (67,8% обстежених чоловіків та 71,3% жінок)

4. Аналіз особливостей сімейної підтримки хворих на деменцію показав переважання драматизуючого (59,8% жінок та 60,2% чоловіків) та негативного (деструктивного) (26,5% та 25,9% відповідно) ставлення членів сім'ї до захворювання на деменцію їх родича; переважання обмеженого (39,2% жінок та 40,2% чоловіків) та низького (38,0% та 33,5% відповідно) рівнів ресурсу сімейної підтримки хворого у поєднанні з високим рівнем сімейної тривоги (57,3% обстежених чоловіків та 56,8% жінок), що можна розглядати як первинну реакцію порушення сімейної структури у зв'язку з хворобою на деменцію члена родини

5. Розроблена комплексна програма психосоціальної реабілітації хворих на деменцію яка складалася когнітивно-стимулюючої терапії (6 місяців, 2 рази на тиждень) з додатковим використанням при деменції легкого ступеня кризової терапії (4 місяці, 2 рази на тиждень) та арт-терапії (10 сеансів 1 раз на тиждень); при деменції помірною та важкою ступеня тренінгу соціально-побутових навичок (4 місяці, 2-3 рази на тиждень), арт-терапії (20 сеансів 2 рази на тиждень) та стимулювальної терапії (6 місяців, 2-3 рази на тиждень).

Розроблена трьохкомпонентна психоосвітня програма: психоосвіта хворих на деменцію, залежно від стану їх когнітивних можливостей. (20 занять, тривалістю 1 година з частотою 1 раз на тиждень); психоосвіта родичів, що піклуються про хворих на деменцію (10 занять, тривалістю 1,5 годин з частотою 2 рази на тиждень) та групова сімейна психоосвіта (10 зустрічей, тривалістю зустрічі 1 година з частотою 1 раз на тиждень).

6. Проведений аналіз ефективності запропонованої програми психосоціальної реабілітації хворих на деменцію за участю їх родин довів її ефективність: відмічено стабілізацію емоційного стану хворих на деменцію

(68,8% обстежених), зниження рівня нервово-психічної напруги (59,8%). Спостерігається підвищення рівня соціально-психологічної адаптації (69,5% хворих I основної у порівнянні з 33,5% хворих I контрольної групи), хворих на деменцію та покращення рівнів соціального функціонування (69,3% та 32,4% відповідно).

7. На тлі проведеної програми психотерапевтичної підтримки спостерігалось стабілізація емоціонального статусу родичів хворих, зниження рівнів тривоги (76,2% обстежених II основної у порівнянні з 19,2% хворих II контрольної групи) та депресії (68,9% та 22,3% обстежених відповідно); особистісної (77,8% обстежених II основної та 25,8% контрольної груп) та ситуативної (65,9% та 33,1% відповідно) та нервово-психічної напруги (69,8% обстежених II основної та 34,5 % II контрольної груп).

В сім'ях пацієнтів відзначалося позитивна динаміка сімейного функціонування – переважали адекватне ставлення родичів до хвороби пацієнта (69,2% родин II основної групи у порівнянні з 23,4% родин II контрольної групи), переважання високого рівня показників шкали сімейної підтримки (62,7% родин II основної та 33,2% II контрольної груп) та переважанням низького рівня сімейної тривоги (69,2% та 34,5% обстежених відповідно)

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Психосвітня програма для родичів хворих на деменцію, повинна складитися з чотирьох етапів:

I етап – інформаційний, спрямований на заповнення інформаційного дефіциту щодо знань про причини виникнення захворювання, всі наявні можливості психофармакотерапії, соціальні аспекти, які пов'язані з деменцією родича, важливість усіх можливих заходів психосоціальної реабілітації; зниження рівня стигматизації родини і хворого.

II етап – когнітивного тренінгу, спрямований на усвідомлення власних емоційних станів та розуміння можливих змін у способі життя, подолання стигматизації та самостигматизації, подолання наявних та можливих внутрішньоособистісних та міжособистісних конфліктів, що пов'язані із захворюванням члена родини, відреагування власних та чужих негативних емоцій.

III етап – комунікативної активації, спрямований на набуття навичок можливих ефективних способів сімейної взаємодії, комунікації, подолання наявних неконструктивних копінг-стратегій та трансформування їх у конструктивні.

IV етап – відновлення існуючого соціального та особистісного ресурсу, що був спрямований на навчання навичкам вирішення існуючих та виникаючих проблем; зміну не конструктивного ставлення до себе та хвороби родича, відновлення сфери відповідальності особистості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аймедов К.В., Волощук Д.А. Оцінка ефективності комплексного медико-соціального супроводу пацієнтів з судинною деменцією. // Архів психіатрії. 2016. Т. 22. №3. С. 20-27.
2. Аврамчук О.С., Плевачук О.Ю., Рахман Л. В. Переживання втрати особами з розладом соціальної тривоги та пов'язані стани. // Український вісник психоневрології. 2023. Том 31, випуск 3 (116). С. 53-58. DOI: 10.36927/2079-0325-V31-is3-2023-9
3. Бачинська Н.Ю., Копчак Н.Ю. Холінергічна стратегія в терапії когнітивних порушень у пацієнтів похилого та старечого віку // Міжнародний неврологічний журнал. 2014. № 2 (64). С. 84-92.
4. Бачинська Н.Ю., Холін В.А. Короткий довідник з діагностики деменцій для лікарів. Київ. 2015. С. 21.
5. Бачинська Н.Ю. Мемантин у лікуванні різних видів деменції у пацієнтів похилого віку // НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2015. №4 (68). С. 52-54.
6. Беспалова О.О. Результати впровадження програми фізичної терапії за показниками осіб похилого віку із хворобою Альцгеймера // Art of Medicine. 2020. № 1. С. 21-27.
7. Боголепова А.Н. Сучасна концепція змішаної деменції // Журнал неврології та психіатрії ім. Корсакова. 2015. Т. 115 №5. С. 120-126.
8. Бурчинський С.Г. Місце холінергічної фармакотерапії у стратегії лікування судинної деменції // Журнал неврології ім. Б.М.Маньковського. 2016. № 4. С. 24-25.
9. Васенина Е.Є., Ганькіна О.А. Нейропсихіатричні порушення при деменції: механізми розвитку та підходи до корекції // Журнал неврології і психіатрії ім. Корсакова. 2017. Т. 117. № 6. С. 58-65.
10. Волошин П.В., Марута Н.О. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди. // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, випуск. 1. С. 5-11.

11. Волошина Н.П., Федосєєв С.В., Богданова І.В. Порушення постави і патологічні пози у пацієнтів з хворобою Паркінсон. // Український вісник психоневрології. 2022. Т 30, випуск 3 (112). С. 13-14.
12. Волощук Д.А. Медико-психологічна допомога родичам хворих на судинну деменцію // XV-е читання В.В. Підвисоцького: Бюлетень матеріалів наукова конференція. 2016. С. 44-45.
13. Волощук Д.А. Комплексна реабілітація хворих на судинну деменцію за участі членів їх родин – автореферат дисертаційної роботи. Харків. 2017. С. 23.
14. Волощук Д.А. Аналіз ефективності комплексного медико-соціального супроводу пацієнтів із судинною деменцією та членів їх сімей // Український вісник психоневрології. 2019. Т. 24, випуск 3 (88). С. 41-44.
15. Волощук Д.А. Індивідуально-психологічні особливості членів сім'ї, здійснюють догляд за пацієнтами із судинною деменцією // Український вісник психоневрології. 2019. Т. 24, випуск 2 (87). С. 37-39.
16. Волощук Д.А. Психотерапевтичний супровід хворих на судинну деменцію // Архів психіатрії. 2016. Т. 22. № 2. С. 126-127.
17. Волос Л.І. Деменція судинного генезу: Квалітативний Аналіз кори головного мозку // Медичні науки. Український журнал медицини, біології та спорту №1. С.37-40.
18. Герасименко Л.О. Психосоціальна дезадаптація осіб, які доглядають пацієнтів із хворобою Альцгеймера // Медична психологія. 2017. Т.12. № 1. С. 9-13.
19. Герасименко Л.О., Скрипніков А.М., Ісаков Р.І., Фисун Ю.О., Гринь К.В. Роль інформаційної дезадаптації при obsesивно-компульсивному розладі у жінок. // Вісник проблем біології та медицини. 2020. №3 (157). С.146 – 149.
20. Григорова І.А. Ефективність застосування препарату Когніфен в комплексній терапії хворих з перенесеною черепно-мозковою травмою // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, випуск 4 (93). С. 59-65.

21. Деменція: лікування та ведення пацієнтів. // *НейроNews*. 2018р. № 9-10 (101). С. 34-39.
22. Дзись М.О., Рахман Л.В. Синдром блукання при деменції-нозоспецифічна характеристика та клініко-психопатологічні особливості. // *Український вісник психоневрології*. 2022. Т.30, випуск 1(110). С. 38-44
23. Дзись М.О, Рахман Л.В. Динаміка поширеності афективних розладів у пацієнтів з деменцією під час пандемії COVID-19. // *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2021. № 6(2). С. e0602277. DOI: 10.26766/pmgrp.v6i2.277
24. Дамулін І.В. Застосування донепезилу при хворобі Альцгеймера та судинної деменції // *Журнал неврології та психіатрії імені С.С. Корсакова*. 2013. Т.113. №7. С. 71-75.
25. Дубенко О.Є. Нейропсихологічний профіль когнітивних порушень у пацієнтів з хворобою Альцгеймера, судинною деменцією та помірними когнітивними розладами. // *Український неврологічний журнал*. 2017. №3. С. 64.
26. Емелін А.Ю. Когнітивні порушення при церебро васкулярної хвороби між нормою і деменцією. // *Неврологія, нейропсихіатрія, психосоматика*. 2015. Т.7. №1. С. 94-98. DOI: 10.14412/2074-2711-2015-1-94-98
27. Захаров В.В. Когнітивні порушення при судинних ураженнях головного мозку: клініка, діагностика, лікування. // *Фарматека*. 2009. №7. С. 32-37.
28. Зеленська К.О. Комплексна система підтримки психічного здоров'я волонтерів працюючих в зоні АТО/ООС. // *Експериментальна і клінічна медицина*. 2021. № 4 (91). С. 45-51.
29. Зеленська К.О. Персоніфікована програма корекції постстресових розладів у різних категорій осіб, які пережили бойові дії (комбатантів та волонтерів). // *Український вісник психоневрології*. 2021. Том 29, випуск 4 (109). С. 27-29.

30. Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Біосугестивна терапія в системі лікування стрес асоційованих розладів у вимушено переміщених осіб. // Медицина сьогодні и завтра 2020. № 4 (89). С. 66-73.

31. Злобін О.О. Поширеність і частота зустрічаємості психопатологічної симптоматики у осіб із судинною деменцією. // Довженківські читання. Харків. 2020.

32. Злобін О.О. Психопатологічні особливості судинних деменцій при різній локалізації вогнищ уражень головного мозку // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2020. № 14. С. 33-39. DOI: [10.26565/2312-5675-2020-14-04](https://doi.org/10.26565/2312-5675-2020-14-04).

33. Злобін О.О. Сталі комплекси нейропсихіатричної симптоматики, притаманні хворим з судинною деменцією з різною локалізацією вогнищ ураження головного мозку. // Український вісник психоневрології. 2020. Т. 28. випуск 3 (104). С. 44-50.

34. Іванова М.Ю., Святкіна Є.В., Цепляєва А.П. Судинна деменція в осіб, які перенесли гостре порушення мозкового кровообігу, залежності від локалізації та поширеності вогнища ураження. // Актуальність питання Багатопрофільного стаціонару. 2018. Т. 5. №. 2. С. 114-115.

35. Живілова Я.С. Медико-психологічний супровід хворих з органічними ураженнями головного мозку в умовах лікарні із суворим наглядом. // Медична психологія 2017. Т. 12, № 1. С. 46-50. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mpsl_2017_12_1_13.

36. Камінська А.О., Пшук Н.Г. Детермінанти інтерперсональної комунікації у референтних родичів пацієнтів з ендогенними психічними розладами. // Архів психіатрії. 2019. № 25(1). С 34-39.

37. Кожина Г.М. Метод лікування психотичних розладів при хворобі Альцгеймера // Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я Київ 2019р. № 268-2018. С. 4.

38. Копчак О.О. Поведінкові розлади у пацієнтів з деменцією: клініка, діагностика та лікування. // Міжнародний неврологічний журнал. 2017. № 8 (94). DOI: [10.22141/2224-0713.8.94.2017.120700](https://doi.org/10.22141/2224-0713.8.94.2017.120700).

39. Копчак О.О. Метаболічний синдром та його вклад у розвиток судинних когнітивних порушень // Український медичний часопис. 2014. випуск 2. С. 178-182.
40. Копчак О.О., Бачинська Н.Ю. Холінергічна стратегія в терапії когнітивних порушень у пацієнтів похилого та старечого віку.// Міжнародний неврологічний журнал. 2016. № 2 (64). С. 84-92.
41. Касаткіна ДС. Сучасна стратегія корекції когнітивних порушень. // Журнал неврології та психіатрії ім. С.С. Корсакова. 2014. №3 С. 14-21.
42. Левін О.С. Діагностика та лікування деменції у клінічній практиці. // Український медичний часопис. 2010. С.73-76
43. Лінский І.В., Злобін А.А. Особливості когнітивних функцій хворих на судинну деменцію з різною локалізацією вогнищ ураження мозку. // Український вісник психоневрології. 2021. Том 29. випуск 2 (107). С. 26-29.
44. Любов Є.Б., Єналієв І.Р., Крюченкова Т.П. Клініко-епідеміологічні, фармакоепідеміологічні та економічні аспекти старечих деменцій. // Соціальна та клінічна психіатрія. 2010. № 1. С. 33-38.
45. Малєв А.Л., Товажнянська Е.Л., Захарова А.Н, Каліберденко С.Б. Порівняльний психометричний аналіз когнітивних розладів внаслідок судинних захворювань головного мозку. // Медична психологія 2014. №9/1 (33). С.111-116.
46. Маркова М.В. Гендерні аспекти стрес-протекції як основа персоніфікації охорони психічного здоров'я людини. // Харків : «Друкарня Мадрид», 2019. 232 с. ISBN 978-617-7845-87-3
47. Маркова М.В. Постстресова психологічна дезадаптація: закономірності розвитку і специфіка клінічних проявів дезадаптивних станів у окремих специфічних груп. // Харків : «Друкарня Мадрид», 2019. 492 с. ISBN 978-617-7845-88-0
48. Маркова М.В., Мухаровська І.Р., Кривоніс Т.Г., Жулкевич І.В. Алгоритм оцінки сімейного статусу родини з онкологічним пацієнтом. // Вісник

соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020. № 1 (83). С. 18-23.

49. Маркова М.В., Росінський Г.С. Порушення здоров'я сім'ї у учасників бойових дій: феноменологія, механізми розвитку, психокорекція. // Медична психологія. 2019. Том 14, № 1 (53). С. 9-15.

50. Маркова М.В., Росінський Г.С. Порушення здоров'я родини в учасників бойових дій у світлі концепції постстресової психологічної дезадаптації: клініко-психологічні прояви, механізми формування, засади психокорекції // Проблеми безперервної медичної науки та освіти. 2019. № 3 (35). С. 5-9.

51. Маркова М.В., Савина М.В. Modern concepts and views on the problem of maladaptation // Медична психологія. 2019. № 3 (55). С. 3-8.

52. Марута Н.А., Мудренко І.Г., Каленская Г.Ю., Денисенко М.М. Суїцидальна поведінка у хворих на деменції. // Український вісник психоневрології. 2020. Т.28, випуск 4 (105). С. 4-12.

53. Марута Н.О. Програма комплексної персоніфікованої психосоціальної реабілітації пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами при судинній деменції. // Вісник проблем біології і медицини. 2019. Т. 2. № 4 (154). С. 144-149.

54. Марута Н.О. Раннє втручання при деменції: проблеми та рішення. // Український медичний часопис 2019. URL:<https://www.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2019/04/Cognit.pdf?upload=>.

55. Марута Н.О., Потапов А.А., Мудренко І.Г., Сотников Д.Д. Клініко-психопатологічні особливості хворих із суїцидальною поведінкою при змішаній формі деменції. // Психіатрія, психотерапія та клінічна психологія. 2018. Т. 8, №1. С. 46-59.

56. Марценковський ІА, Дубовик КВ. Легкі когнітивні порушення (лекція для лікарів загальної практики). // Український медичний часопис. 2015. №3 (107). С.45-52.

57. Марцинковський І.А., Казакова С.Е., Марцинковська І.І. Деменції як коморбідні патологічні стани (погляд на проблему через призму терапії інгібіторами холінестерази). // Міжнародний неврологічний журнал. 2014. № 4 (66). С. 145-150.
58. Мельникова Е.В., Шмонін А.А., Мальцева М.Н., Іванова Г.Е. Модифікована шкала Ренкіна - універсальна інструмент оцінки незалежності та інвалідизації пацієнтів у медичній реабілітації. // Consilium Medicum. 2017. №19 (2.1). С.8-13.
59. Менделевич Є.Г. Когнітивні та некогнітивні нейропсихічні розлади при деменції та методи їх корекції. // Неврологія, нейропсихіатрія, психосоматика. 2017. № 9 (2). С. 65-70.
60. Мілевська-Вовчук Л.С. Роль віку у розвитку когнітивних порушень. // Український вісник психоневрології. 2016. Т 24. випуск 1 (86) С.36-40.
61. Мішиєв В.Д., Омелянович В.Ю., Гриневич Є.Г. Психіатрія. Еталони практичних навичок: електронний навчальний посібник. Київ: НМАПО імені П.Л.Шупика. 2018.
62. Міщенко Т.С. Епідеміологія захворювань нервової системи в Україні. // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23. випуск 3 (84). С.151-152.
63. Міщенко Т.С. Епідеміологія цереброваскулярних захворювань і організація допомоги хворим з мозковим інсультом в Україні. // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25. випуск 1(90). С. 22.
64. Міщенко Т.С. Когнітивні порушення після інсульту. Нові можливості лікування. // Психіатрія, психотерапія та клінічна психологія. 2018. Т. 9. № 3. С. 409-421.
65. Міщенко Т.С. Судинна деменція (еволюція поглядів на проблему). // Український вісник психоневрології. 2014. Т. 22. випуск 1 (78). С. 5-10.
66. Міщенко Т.С., Здесенко І.В. Клініко-патогенетичні особливості розвитку різних форм деменції. // Український вісник психоневрології. 2014. Т 22. випуск 4 (81). С. 15-19.

67. Міщенко Т.С., Міщенко В.Н., Здесенко І.В., Михайлов В.Б. Нейроксон у лікуванні хворих з постінсультною деменцією. // Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24. випуск 2 (86). С. 19-23.
68. Міщенко Т.С., Нікішкова І.М., Міщенко В.М., Кутіко Д.О. Когнітивні порушення при хворобі малих судин мозок. // Український вісник психоневрології 2017. Т. 25, випуск 3 (9). С. 8-12.
69. МОЗ України Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги «Деменція». 2016. 65 с.
70. Мудренко І.Г. Гендерний аспект стану когнітивних функцій та соціального функціонування в суїцидогенезі хворих на різні типи деменцій. // Журнал клінічних та експериментальних досліджень. 2018. Т. 6. № 2. С. 285-292.
71. Мудренко І.Г. Клініко-психопатологічні особливості хворих на судинну деменцію з високим ризиком суїциду. // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26. випуск 1 (94). С. 83-97.
72. Мудренко І.Г. Нейропротекція когнітивного дефіциту у хворих з деменціями альцгеймерівського та неальцгеймерівського типів. // Архів психіатрії. 2017. Т. 23. № 3 (90). С. 185-190.
73. Мудренко І.Г. Сучасні погляди на соціально-психологічні, клініко-психопатологічні закономірності суїцидогенезу при деменціях та методи медико-соціальної допомоги. // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2017. Т. 4. №8. С.35-44. DOI: 10.26565/2312-5675-2017-8-05.
74. Мудренко І.Г., Потапов А.А., Сотников Д.Д. Гендерно зумовлені кореляти високого суїцидального ризику у хворих з деменціями різних типів. // Психіатрія, психотерапія та клінічна психологія. 2019. Т. 10. № 1. С. 87-94.
75. М'яників І.Г., Бурмістрів А.Л. Магнітотерапія судинних хвороб мозку. // Фізіотерапевт. 2005. №3. С. 39-44.

76. Неверовський Д.В. Диференційна діагностика дисциркуляторної енцефалопатії з вираженими когнітивними розладами. // Клінічна геронтологія. 2011. Т.17. № 7-8. С.42-49.

77. Нікішкова І.М., Міщенко В.М., Кутіков Д.О. Чутливість когнітивних функцій до тягаря хвороби малих судин головного мозку. // Український вісник психоневрології. 2019. Т. 27. випуск 1 (98). С.20-26.

78. Носов С.Г. Клінічна структура специфічних змін особистості, деменції та альтернативних епілептичних психозів. // Український вісник психоневрології. 2007. Т. 15, випуск 4 (53). С.59-63.

79. Овчаренко М.О., Євтушенко Ю.О., Радченко Т.М. Мультидисциплінарний підхід до лікування та супроводження хворих на судинну деменцію. // Colloquium-journal. 2020. № 3 (55). ч. 3. С. 46-49.

80. Орлова О.В., Животовська Л.В. Оцінка ефективності програми комплексної психокорекції осіб, що виконують функцію догляду за пацієнтами з деменцією. // Український вісник психоневрології. 2023. Т. 31. випуск 3 (116). С. 99-103.

81. Панченко Л.В., Панченко О.А., Чумак О.Є. Когнітивні порушення у осіб похилого та старечого віку. // Психічне здоров'я. 2012. № 4 (37). С. 47-50.

82. Петров І.А. Порушення пам'яті. // Електронний ресурс Київ, 2015. <http://ilive.com.ua/health/narushenie-pamyati-106247i16002.html>

83. Преображенська І.В. Легкі та помірні когнітивні порушення: клінічні прояви, етіологія, патогенез, підходи до лікування. // Неврологія, нейропсихіатрія, психосоматика. 2016. №1. С. 59-63.

84. Підкоритов В.С. Судинна деменція – сучасна проблема психіатрії. // Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, випуск 4 (89). С. 76-78.

85. Пісоцька О.В. Особливості структурних змін головного мозку та лікворовміщуючих просторів у пацієнтів з хворобою Альцгеймера. // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 3 (84). С. 158-159.

86. Полетаєва К.Н. Особливості порушень когнітивних функцій у хворих на хворобу Альцгеймера та судинну деменцію. // Проблеми старіння та довголіття. 2015. №14 (3). С. 226-236.

87. Рожелюк Н.Ю. Застосування мемантину гідрохлориду у хворих похилого віку початкових стадіях судинної деменції та хвороби Альцгеймера. // Лікарська праворуч. Лікарська справа. 2013. № 7. С.80-96.

88. Рошина І.Ф. Нейропсихологічні особливості змішаної альцгеймерівсько-судинної деменції. // Журнал неврології та психіатрії імені С.С. Корсакова. 2013. Т.113. № 10. С.11-17.

89. Райченко С.Г. Современная стратегия комбинированной фармакотерапии деменций. // Журнал неврології ім. Б.М. Маньковського. 2018. Т. 6. № 3-4. С.49-56.

90. Росицька О.А. Синдром деменції – підходи до діагностики у загальнолікарській практиці. // Медичні перспективи. 2017. Т. 12. ч.1. С.65-67.

91. Сиденкова А.П., Сердюк О.В. Гендерні аспекти поширення пізніх психозів і деменцій. // Український медичний журнал. 2017. №. 8. С. 9-12.

92. Слободін Т.М. Деменції нейродегенеративного походження (підходи до діагностики та лікування). // Український неврологічний журнал. 2012. № 3. С. 9-19.

93. Слободін Т.М. Клінічна та нейровізуалізаційна діагностика деменцій. // Український неврологічний журнал. 2012. №4. С. 16-26.

94. Слободін Т.Н. Деменції нейродегенеративного походження (підходи до діагностики та лікування). // Український неврологічний журнал. 2012. № 3. С. 9-19.

95. Соломенчук Т.М. Проблема сосудистой деменции в общей медицинской практике: рациональная антигипертензивная терапия как приоритет в лечении. // Артериальная гипертензия. 2012. № 1 (21). С. 9-15.

96. Тесленко О.С., Товажнянська О.Л. Динаміка когнітивних порушень у пацієнтів з розсіяним склерозом на тлі лікування. // Український вісник психоневрології. 2022. Т. 30. випуск 3 (112). С.43.

97. Табєєва Г.Р. Змішана деменція: роль цереброваскулярної патології. // Журнал неврології та психіатрії ім. С.С. Корсакова. 2018. Т. 118. №. 9. С. 111-116.
98. Федосєєв С.В. Медична та фізична реабілітація пацієнтів з хворобою Паркінсона з порушеннями постави і патологічними позами. // Український вісник психоневрології. 2022. Т. 30. випуск 3 (112). С. 44-45.
99. Федосєєв С.В. Особливості прояву та загальнореабілітаційне значення феномена парадоксальної кінезії при хворобі Паркінсона. // Український вісник психоневрології. 2022. Т. 30. випуск 4 (113). С. 4-11.
100. Хаустова О.О., Тещенко В.О. Боротьба з деменціями: перспективи та напрями. // Архів психіатрії. 2014. № 2. С. 72-76.
101. Хаустова Є.А., Безшейко В.Г., Клебан Є.І. Терапія деменції: від ефективності до підвищення якості життя пацієнта. // Ліки України. 2011. № 9. С.64-71. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/likukr_2011_9_14.
102. Хомазюк Т.А., Кротова В.Ю. Фактори ризику когнітивних порушень при артеріальній гіпертензії. // Український медичний часопис. 2019. Т. 2. №. 2. С. 34-36.
103. Хижняк Ю.В. Ефективність амантадину сульфату при лікуванні когнітивних та емоційних розладів у хворих на розсіяний склероз. // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, випуск 2 (91) С.113-116.
104. Чабан О.С., Хаустова О.А., Левада О.А. Хвороба Альцгеймера: тиха епідемія втраченої пам'яті // ТОВ «Видавничий дім «Аванпост-Прім», Київ 2013.
105. Чорей Д.В., Романів О.П., Надь Б.Я. Особливості проведення реабілітаційних заходів для пацієнтів з хворобою Альцгеймера. // Здоров'я нації. 2018. № 3/1 (51) С.62-64.
106. Швалб А.Ю. Концепція тренінгу розвитку комплексу когнітивних здібностей. // Проблеми екстремальної та кризової психології. 2017. випуск. 13. С. 265-273.

107. Шевченко-Бітенський К.В. Клініко-психологічна структура галюцинаторно-параноїдних розладів при судинних деменціях помірного ступеня тяжкості. // Український вісник психоневрології. 2019. Т. 27, випуск 2 (99). С. 63-67.

108. Шевченко-Бітенський К.В. Структура когнітивних та некогнітивних порушень у пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами при судинній деменції. // Український вісник психоневрології. 2020. Т. 28. випуск 1 (102). С. 75-78.

109. Шевченко-Бітенський К.В. Соціальне функціонування пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами при змішаній деменції тяжкого ступеня виразності. // Український вісник психоневрології. 2019. Т. 27. випуск 3 (100). С. 61-64.

110. Шевченко-Бітенський К.В. Особливості соціального функціонування пацієнтів із судинною деменцією, ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами. // Львівський клінічний вісник. 2019. №4 (28). С. 43-48. DOI:10.25040/lkv2019.04.033.

111. Шевченко-Бітенський К.В. Критерії діагностики когнітивних порушень у пацієнтів із галюцинаторно-параноїдними розладами при судинній деменції. // Медична психологія. 2019. № 4. С. 3-6.

112. Шевченко-Бітенський К.В. Реабілітація пацієнтів з галюцинаторно-параноїдною розладами при змішаній деменції. // Український вісник психоневрології. 2019. Т. 27. випуск 4 (101). С. 79-84.

113. Шевага В.М., Паєнок А.В., Задорожна Б.В., Семчишин М.Г. Клініко-параклінічні характеристики деменцій після перенесеної тяжкої черепно-мозкової травми у бійців операції об'єднаних сил. // Український вісник психоневрології. 2022. Т. 30. випуск 3 (112) С.48-49.

114. Шестопалова Л.Ф. Особливості порушень когнітивних функцій та особистості при хворобі Паркінсона. // Український вісник психоневрології. 2011. Т. 19. випуск 3 (68) С. 24-27.

115. Шмідт Є.В. Судинна деменція: сучасні підходи до діагностики та лікування. // Міжнародний неврологічний журнал. 2008. № 1. С. 100-110.
116. Яхна Н.М., Захаров В.В., Лапша А.Б. Деменції: посібник для лікарів. // Медичне видання «Медпрес-інформ». 2017. С. 272.
117. Aarsland D. Epidemiology and Pathophysiology of Dementia-Related Psychosis. // J Clin Psychiatry. 2020. DOI: 10.4088/JCP.AD19038BR1C.
118. Acosta I. Neuropsychiatric symptoms as risk factors of dementia in a Mexican population. // Dementia Research Group study Alzheimer's & Dementia. 2018. Vol. 14. №. 3. P. 271-279.
119. Alty J, Farrow M, Lawler K. Exercise and dementia prevention. // Pract Neurol. 2020. №20(3). P. 234-240.
120. Aminzadeh F. Emotional impact of dementia diagnosis: exploring persons with dementia and caregivers' perspectives. // Aging. Ment. Health. 2007. № 11. P. 281-290.
121. Basaia, Silvia. Automated classification of Alzheimer's disease and mild cognitive impairment using a single MRI and deep neural networks. // NeuroImage. Clinical. 2019. vol. 21. DOI:10.1016/j.nicl.2018.101645
122. Beck A, Davis DD, Freeman A. Cognitive Therapy of Personality Disorders, 3rd Edition. // New York, Guilford, 2015.
123. Blazer DG, Stefens DC. Essentials of Geriatric Psychiatry. // American Psychiatric Publishing 2012 JAMA 252. P. 3412-3413.
124. Borda M. G., Soennesyn H., Steves C. J. Frailty in Older Adults with Mild Dementia: Dementia with Lewy Bodies and Alzheimer's Disease. // Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra. 2019. Vol. 9, № 1. P. 176-183. DOI:10.1159/000496537
125. Boscart VM, McNeill S, Grinspun D. Dementia Care in Canada: Nursing Recommendations. // Can J Aging. 2019. Vol 38(3). P. 407-418. DOI: 10.1017/S071498081800065X.
126. Brian M. D. Suicidal behavior and assisted suicide in dementia. // J. International Psychogeriatrics. 2015. Vol. 27, № 10. P. 1601-1611.

127. Brookmeyer R. Survival following a diagnosis of Alzheimer disease. // Archives of neurology. 2002. Vol. 59. № 11P. 1764-1767.

128. Casey A., David A. Demetra Antimisiaris, and James O'Brien. Drugs for Alzheimer's disease: are they effective? // Pharmacy and Therapeutics. 2010. №35. P.208.

129. Chengxuan Q., Fratiglioni L. Aging without dementia is achievable: current evidence from epidemiological research. // Journal of Alzheimer's Disease. 2018. Vol.62. № 3. P. 933-942.

130. Connors M.H. The stability of neuropsychiatric subsyndromes in Alzheimer's disease // Alzheimer's Dementia. 2018. Vol. 14. №. 7. P. 880-888.

131. Cummings J. Pimavanserin: potential treatment for dementia related psychosis // The journal of prevention of Alzheimer's disease. 2018. Vol. 5. №. 4. P.253-258.

132. Deardorff W.J., Grossberg G.T. Behavioral and psychological symptoms in Alzheimer's dementia and vascular dementia // Handbook of clinical neurology. Elsevier, 2019. Vol. 165. P. 5-32. DOI: 10.1016/B978-0-444-64012-3.00002-2.

133. Draper B. Early dementia diagnosis and the risk of suicide and euthanasia // // Alzheimers Dement. 2010. № 6. P. 75-82.

134. Dysken M.W, Sano M., Asthana S. Effect of vitamin E and memantine on functional decline in Alzheimer disease – the TEAM-AD VA cooperative randomized trial. // JAMA. 2014. № 311. P. 33-44.

135. Erlangsen A., Zarit S.H., Conwell Y. Hospital-diagnosed dementia and suicide: a longitudinal study using prospective, nationwide register data. // Am. J. Geriatr. Psychiatry. 2008. № 16 (3). P. 220-228.

136. Fam J., Mahendran R., Kua E.H. Dementia care in low and middle-income countries. // Curr Opin Psychiatry. 2019. Vol 32(5). P. 461-464. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000523.

137. Feast A., Orrell M., Charlesworth G., Melunsky N., Poland F., MonizCook E. Behavioural and psychological symptoms in dementia and the

challenges for family carers: systematic review. // *The British Journal of Psychiatry*. 2016. Vol 208. P. 429-430.

138. Flanagan M. Clinical-pathologic correlations in vascular cognitive impairment and dementia *Biochimica et Biophysica Acta (BBA)*. // *Molecular Basis of Disease*. 2016. Vol. 1862. №. 5. P. 945-951.

139. Flanagan M. Clinical-pathologic correlations in vascular cognitive impairment and dementia. // *Biochim. Biophys. Acta*. 2015, PII: S0925-4439(15)00256-2.

140. Frailty in Older Adults with Mild Dementia: Dementia with Lewy Bodies and Alzheimer's Disease. // *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*. 2019. Vol.9. №1. P. 176-183. DOI: 10.1159/000496537.

141. Gale S.A., Acar D., Daffner K.R. Dementia // *Ann Intern Med*. 2019. Vol 3; №171(5). P. ITC33-ITC48. DOI: 10.7326/AITC201909030.

142. Gold G. Vascular dementia: big effects of small lesions. // *Rev. Med. Suisse*. 2011. Vol. 7 (316) № 2190. P. 219-223.

143. Hallikainen I. The progression of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease during a five-year follow-up: Kuopio ALSOVA Study. // *Journal of Alzheimer's Disease*. 2018. Vol. 61. №. 4. P. 1367-1376.

144. Herasymenko L., Skrypnikov A., Kydon P., Sheffel A. Clinical and psychopathological characteristics of psychotic disorders of senile age, occurring in the postoperative period. // *Psychiatria Danubina*. 2022. Vol. 34, suppl. 10. P. 115-119.

145. Herasymenko L.O. Psykhosotsialna dezadaptatsiia osib, yaki dohliadaiut patsiientiv iz khvoroboiu Altsheimera. // *Medychna psykholohiia*. 2017. №1. P. 9-13. <http://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/5247>.

146. Herasymenko, L.O., Isakov R.I., Borysenko V.V., Kazakov O.A. [et al.] Psychosocial maladjustment, quality of life and social functioning of caregivers of patients with vascular dementia and Alzheimer's disease. // *Azerbaijan Medical Journal*. 2022. № 4. P. 60-66.

147. Honig L.S. Translational Research in Neurology: Dementia. // Arch Neurol. 2012. №2. P.1-12.

148. Howard R, McShane R, Lindesay J. Donepezil and memantine for moderate-to-severe Alzheimer's disease. // N Engl J Med 366. 2012. P. 893-903.

149. Iadecola C., Duering M., Hachinski V. Vascular cognitive impairment and dementia: JACC scientific expert panel // Journal of the American College of Cardiology. 2019. Vol. 73, No. 25. P. 3326-3344. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.04.034>

150. Kales H., Gitlin L., Lyketsos C. Assessment and management of behavioural symptoms of dementia. // BMJ. 2015. № 350. P. 369.

151. Kaminska A. System of medical-psychological support of the family where a patient with endogenous mental disorder lives // Norwegian Journal of development of the International Science. 2019. Vol. 1, № 37. P. 15-21.

152. Kaminska A.O. Psychoeducational module as a component of complex system of medical-psychological support for families, where a patient with endogenous mental disorder lives. // Norwegian Journal of development of the International Science. 2019. Vol. 1, № 34. P. 15-19.

153. Kaminska A.O., Pshuk N.G., Martynova Y.Y. Social and emotional intelligence as a basis for communicative resource formation in family caregivers of patients with endogenous mental disorders. //Wiadomości Lekarskie. 2020. Tom LXXIII, № 1. P.107-112. DOI: 10.36740/WLek202001121

154. Kaminska A.O., Pshuk N.G., Stukan L.V. Features of subjective perception of social support by patients with endogenous mental disorders. // Wiadomości Lekarskie. 2019. Tom LXXII, № 9 cz II. P.1747-1751. DOI: 10.2196/jmir.5385.

155. Kar N. Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia. // Handbook of Dementia. Paras Medical Publisher, 2005. P. 54-74.

156. Kar N., Jolley D., Misra N. Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia. Handbook of Dementia. / Hyderabad: Paras Medical Publisher. 2005. P. 54-74.

157. Kim H. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. // *Ann. Psychiatry Ment. Health.* 2016. № 4 (7). P. 1-8.
158. Kim J., Shin N. Development of the "living well" concept for older people with dementi. // *BMC Geriatr.* 2023. Vol. 29.№ 23(1). P. 611. DOI: 10.1186/s12877-023-04304-3.
159. Kim J.H. Survival in Subcortical Vascular Dementia: Predictors and Comparison to Probable Alzheimer's Disease in a Tertiary Memory Clinic Population. // *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* 2015. Vol. 40 (3–4). P. 210-221.
160. Leonpacher A.K., Peters M.E., Drye L.T. Effects of citalopram on neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's dementia: evidence from the CitAD study. // *Am J Psychiatry.* 2016. № 173 P. 473–480.
161. Linnemann C., Lang U.E. Pathways Connecting Late-Life Depression and Dementia // *Frontiersin Pharmacology.* 2020. Vol. 11. P. 279. DOI:10.3389/fphar.2020.00279.
162. Lopez O.L., Kuller L.H. Epidemiology of aging and associated cognitive disorders: Prevalence and incidence of Alzheimer's disease and other dementias // *Handb Clin Neurol.* 2019. Vol. 167. P. 139-148. DOI: 10.1016/B978-0-12-804766-8.00009-1.
163. Lyketsos C.G., Campo D.L., Steinberg M. Treating depression in Alzheimer's disease: efficacy and safety of sertraline therapy, and the benefits of depression reduction: the DIADS. // *Arch Gen Psychiatry.* 2003. №60. P. 737-746.
164. Mace N.L., Rabins P.V: *The 36-Hour Day*, 6th Edition. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press. // McAllister TW: Overview: pseudodementia. *Am J Psychiatry.* 2017. №140. P. 528-533.
165. Maruta N., Kolyadko S., Fedchenko V., Yavdak I. Features of the influence of hereditary factors on the clinical manifestations of depressive disorders. // *Eur Psychiatry.* 2021. Vol. 13. №64. P. 331. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2021.888. PMID: PMC9471071

166. Maruta N., Kolyadko S., Fedchenko V., Yavdak I. Features of the influence of hereditary factors on the clinical manifestations of depressive disorders. // *Eur Psychiatry*. 2021. Vol.13. №64. P. 331. DOI 10.1192/j.eurpsy.2021.888.

167. Maruta N.A., Mudrenko I.H. Clinical-psychopathologic mechanisms of formation of suicidal behavior in dementia. // *European Psychiatry*. 2020. Vol. 7. № 2. P. 63.

168. Maruta N.A., Mudrenko I.H. Factors of a suicidal behavior in patients with dementia (age, gender aspects, psychotraumatic factors). // 26th European congress of psychiatry *European Psychiatry*. 2018. №. 48 P. 25

169. Maruta N.O. Early intervention in dementia: problems and solutions. // *Ukrainianmedical journal*. 2019. №2. P.34-40.

170. Maruta N.O., Mudrenko I. Predictors of suicidal behavior in patients with dementia // *European psychiatry*. Abstracts of the report of the 25th European Congress of Psychiatrists. 2020. Vol. 41, P. 399.

171. Maruta N.O., Shevchenko-Bitensky K.V., Kalenska G.Yu. Clinical and psychopathological characteristics and social functioning of patients with hallucinatory-paranoid disorders in moderate vascular dementia. // *Medicni perspektivi*. 2020. Vol. 25. №25. P. 185-192.

172. Maruta N.O., Shevchenko-Bitenskyi K.V. Program of psychosocial rehabilitation of patients with hallucinatory-paranoid disorders with dementias of various origins and stages of development and evaluation of its effectiveness. // *Experimental and clinical medicine*. 2019. №. 4 (85). P. 47-54.

173. Maruta N.O., Shevchenko-Bytenskyi K.V., Kalenskaya G.Yu. Clinical-psychopathological characteristics and social functioning of patients with hallucinatory-paranoid disorders in vascular dementia of moderate severity // *Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine. Medical perspectives*. 2020. Vol. 25. №1. P. 185-192.

174. Maruta N.O., Shevchenko-Bytenskyi K.V., Kalenskaya G.Yu. Therapy of psychopathological and cognitive disorders in patients with hallucinatory-paranoid disorders in vascular dementia. // *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*.

<https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/10580>

175. Maruta N.O., Yaroslavtsev S.O. Predyktory suitsydalnoi povedinky u patsiientiv iz kohnityvnymy porushenniamy pry depresyvnykh rozladakh. // Bukovynskyi medychnyi visnyk. 2020. №4. P. 58-64. <http://e-bmv.bsmu.edu.ua/article/view/227217>.

176. Miller SC, Baktash SH, Webb TS. Risk for addiction-related disorders following mild traumatic brain injury in a large cohort of active-duty U.S. airmen. // Am J Psychiatry. 2013. №170. P. 383-390.

177. Moskalenko V.F., Voloshin P.V., Petrosenko P.R. Strategy of fight against vascular diseases of the brain. // Ukraïnskiy visnik psixonevrologii. 2001. Vol. 9. № 1 (26). P. 5-7.

178. Mueller C., Soysal P., Rongve A. Survival time and differences between dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease following diagnosis: A meta-analysis of longitudinal studies. // Ageing research reviews. 2019. Vol. 50. P. 72-80. DOI:10.1016/j.arr.2019.01.005

179. NICE CG42 Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care. 2015. 253 p.

180. Ogorenko V., Shusterman T., Seslavska E. Maladaptation of family members of Alzheimer type dementia patients. // Psychosomatic medicine and general practice, 2022. Vol. 7. №. 2. P.1-2.

181. Orlova O.V., Zhivotovska L.V., Skrypnikov A.M., Boyko D.I., Zhivotovska A.I. Peculiarities of stress resistance of persons caring for patients with dementia, taking into account the individual. // Problems of Ecology and Medicine. 2021 Volume 25, N 3-4. P. 17-18.

182. Orlova O.V., Zhyvotovska L.V., Borysenko V.V., Kazakov O.A. Psykhichni ta povedinkovi rozlady u patsiientiv iz dementsiieiu yak predyspozytsiia dlia psykhoemotsiinykh porushen simeinykh opikuniv. // Materialy Vseukrainskoi naukovo-praktychnoi konferentsii z mizhnarodnoiu uchastiu "Poltavski dni

hromadskoho zdorov'ia". 2022. P. 28-30.

<http://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/18928>.

183. Orth J., Flowers D., Betz G., Cagle J.G. A systematic review of specialty dementia care units in long-term care settings. // *Int J Geriatr Psychiatry*. 2023. Vol. 38(4). DOI:10.1002/gps.5907

184. Park M.H. Behavioural and neuropsychiatric disturbance in three clinical subtypes of frontotemporal dementia: A Clinical Research Center for Dementia of South Korea-FTD Study // *Australasian journal on ageing*. 2017. Vol. 36. № 1. P.46-51

185. Prince M. World Alzheimer Report. The Global Impact of Dementia. // *Alzheimer's Disease International*. 2015. P. 23-24.

186. Pshuk, N.G. Introducing system of psychotherapeutic interventions for family caregivers of patients with endogenous mental disorders. // *Wiadomosci Lekarskie*. 2018. Vol. 71, № 5. P. 980-986. PMID: 30176626.

187. Radue R., Walaszek A., Asthana S. Neuropsychiatric symptoms in dementia. // *Handb Clin Neurol*. 2019. Vol. 167. P. 437-454. DOI:10.1016/B978-0-12-804766-8.00024-8.

188. Raz L. The neuropathology and cerebrovascular mechanisms of dementia // *J. Cereb. Blood Flow. Metab*. 2015. Doi:10.1038/jcbfm.2015.164.

189. Reisberg B., Doody R., Stoffler A., et al: Memantine in moderate to severe Alzheimer's disease. // *N Engl J Med*. 2003. № 348. P. 1333-1341.

190. Reus V.I., Fochtmann L.J., Eyler A.E. The American Psychiatric Association practice guideline on the use of antipsychotics to treat agitation or psychosis in patients with dementia. // *Am J Psychiatry*. 2016.№173. P. 543-546.

191. Rizzi L., Rosset I., Roriz-Cruz M. Global Epidemiology of Dementia: Alzheimer's and Vascular Types. // *BioMed Research International*. 2014. P. 2. URL: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/908915>

192. Sampson E.L. Behavioral and psychiatric symptoms in people with dementia admitted to the acute hospital: prospective cohort study. // *The British Journal of Psychiatry*. 2014. Vol. 205 (3). P. 189–196.

193. Schatzberg A.F., DeBattista C. Manual of Clinical Psychopharmacology, 9th Edition. // Washington, DC, American Psychiatric Association Publishing. 2019.

194. Schneider L.S., Dagerman K.S., Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: metaanalysis of randomized placebo-controlled trials. // JAMA. 2005. № 294. P. 1934-1943.

195. Sink K.M., Holden K.F., Yaffe K. Pharmacologic treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. // JAMA. 2005. № 293. P. 596-608.

196. Skrypnikov A.M., Gryn K.V., Lutsenko R.V., Gerasimenko L.O., Ryabushko M.M., Vlasova O.V. Method of treatment and prevention of depressive disorders in patients with dementia. // State Service of Intellectual Property of Ukraine. 2020. 121 p.

197. Skrypnikov A.M., Gryn K.V., Pohorilko O.V. Dementia: Clinical, pathomorphological and psychopharmacological aspects. Peculiarities of caring for patients with dementia: educational and methodological manual. // Educational and methodological manual. Poltava: PP "Astraya". 2021. 148 p.

198. Skrypnikov A.M., Gryn K.V., Pohorilko O.V. Educational and methodological manual "Dementia: clinical, pathomorphological and psychopharmacological aspects. Peculiarities of caring for patients with dementia" // Ukrainian Institute of Intellectual Property. 2023. URI: <http://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/20082>

199. Smith E.E. Clinical presentations and epidemiology of vascular dementia. // Clinical Science. 2017. Vol. 131. №. 11. P. 1059-1068.

200. Thomas P. Agitation and aggression in elderly persons with dementia. // Soins Gerontol. 2019. Vol. 24(140). P. 29-31. DOI: 10.1016/j.sger.2019.09.007.

201. Tsoi K.K.F., Chan J.Y.C., Hirai H.W. Cognitive Tests to Detect Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. // JAMA Intern. Med. Vol 175(9). P. 1450-1458. DOI: 10.1001/jamainternmed.2015.2152.

202. Tu M.C. Comparison of neuropsychiatric symptoms and diffusion tensor imaging correlates among patients with subcortical ischemic vascular disease and Alzheimer's disease. // *BMC neurology*. 2017. Vol. 17. №. 1. P. 1-13.

203. Vik-Mo A.O. The individual course of neuropsychiatric symptoms in people with Alzheimer's and Lewy body dementia: 12-year longitudinal cohort study // *The British Journal of Psychiatry*. 2020. Vol. 216, № 1. P. 43-48. DOI:10.1192/bjp.2019.195

204. Weiner M.F., Lipton A.M. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Alzheimer Disease and Other Dementias*. // Washington, DC, American Psychiatric Publishing. 2009.

205. Wu Y.T. Dementia in western Europe: epidemiological evidence and implications for policy making. // *Lancet Neurol*. 2015. Vol. 20. PII: S1474-4422(15)00092-7.

206. Wu Yu-Tzu. Dementia in western Europe: epidemiological evidence and implications for policy making. // *The Lancet Neurology*. 2016. Vol. 15 (1). P. 116-124.

207. Zhang W., Low L.F., Schwenk M., Mills N., Gwynn J.D., Clemson L. Review of Gait, Cognition, and Fall Risks with Implications for Fall Prevention in Older Adults with Dementia. // *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2019. Vol. 48(1-2). P. 17-29. DOI:10.1159/000504340.

208. Zsuffa J.A., Kalabay L., Katz S., Kamondi A., Csukly G., Horváth A.A. Care of dementia in the general practice // *Orv Hetil*. 2023 Vol. 13. №164(32). P. 1263-1270. doi:10.1556/650.2023.32816.

209. Zubenko G.S., Zubenko W.N., McPherson S., et al: A collaborative study of the emergence and clinical features of the major depressive syndrome of Alzheimer's disease. // *Am J Psychiatry*. 2003. № 160. P. 857-866.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Каплюх О.М. Оцінка психоемоційного стану родичів хворих на деменцію як основа системи їх медико-психологічної підтримки. // Клінічна та експериментальна медицина 2021. № 90 (2). С. 35-40. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.2.kap>
2. Каплюх О.М. Персоніфікована програма медико-психологічної реабілітації хворих на деменцію. // Клінічна та експериментальна медицина. 2021. № 90 (3), С. 70-75. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.3.kap>
3. Каплюх О.М. Комплексний психологічний супровід пацієнтів із деменцією та членів їх родин. // Клінічна та експериментальна медицина 2021. № 90 (4). С. 53-58. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.4.kap>
4. Каплюх О.М. Психосвітні програми для родичів хворих на деменцію. // Український вісник психоневрології. 2022. Том 30, № 1 (110). С. 52-54. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V30-is1-2022-9>

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

5. Гайчук Л. М., Каплюх О. М. Особливості хворих на деменцію в залежності від статі // Гендер. Екологія. Здоров'я: матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції (Харків, 22-23 квітня 2021 р.) / ред. кол. : В. А. Капустник, В. М. Лісовий, В. В. М'ясоєдов та ін. Харків : ХНМУ, 2021. С. 93-94. (дисертанткою запропоновано гіпотезу роботи, узагальнено аналітичні матеріали, підготовлено до друку рукопис)
6. Кожина Г.М., Кришталь В.Є., Каплюх О.М. Гендерні особливості сприйняття хвороби сім'єю хворого на деменцію. // Проблема людини у соціально-гуманітарному та медичному дискурсах : матеріали науково-практичної онлайн конференції з міжнародною участю, Харків, 28-29 травня 2020. Харків : ХНМУ. С. 51-52. (дисертанткою особисто сформульована

гіпотеза роботи, обґрунтовано використання необхідного психодіагностичного інструментарію, зібрано, емпіричний матеріал)

7. Каплюх О. М. Стан психологічної адаптації родин пацієнтів хворих на деменцію. // Медицина третього тисячоліття : міжвузівська конференція молодих вчених та студентів, Харків, 20-22 січня 2020 р. : збірник тез. ХНМУ. Харків, 2020. С. 402-403.

8. Каплюх О. М., Кришталь В. Є. Біоетичні феномени розладів адаптації родин пацієнтів хворих на деменцію.// Феномен біоетики та біобезпеки як індикатор стану медичної науки : II Реферативна конференція присвячена засновнику біоетики В. Р. Поттеру, Харків, 18 лютого 2020 р. : збірник тез / ХНМУ. Харків, 2020. С. 32-33. (авторкою особисто визначено завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих на цьому етапі роботи даних)

9. Кришталь В.Є., Каплюх О.М. Відношення родин пацієнтів хворих на деменцію до діагнозу та лікування. // Від еспериментальної та клінічної патофізіології до досягнень сучасної медицини і фармації : збірник тез II Науково-практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю, Харків, 15 травня 2020. Харків : НАФАУ, 2020. С. 90. (авторкою особисто проведена інтерпретація отриманих результатів та сформульовані висновки роботи.)

10. Каплюх О.М. Основні клініко-психопатологічні особливості хворих на деменцію. // Kharkiv international annual scientific meeting (KhIASM) : збірник матеріалів науково-практичної конференції студентів, молодих вчених та лікарів, Харків, 22. травня 2020. Харків : ХНМУ. С. 99-100.

11. Кришталь В. Є., Каплюх О. М. Клініко-психопатологічні особливості хворих на деменцію. // III Науково-практична інтернет-конференції з міжнародною участю (19 листопада 2020 р.). – X. : Вид-во НФаУ, 2020. С. 106. (авторкою особисто сформульована мета роботи, обґрунтовано використання необхідного психодіагностичного інструментарію, проаналізовано емпіричний матеріал)

12. Каплюх О.М., Кондратенко А.П. Оцінка працездатності при органічних захворюваннях головного мозку. // Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених «Актуальні питання нейронаук»: збірник тез. ХНМУ / Харків. 2019. С. 10-11. (авторкою особисто визначено мету та завдання дослідження, проведено систематизацію отриманих емпіричних даних, сформульовані висновки роботи)

13. Kaploukh O. Main clinical and psychopathological features of patients with dementia. // ISIC-2020 : [International Scientific Interdisciplinary Conference for medical students and young scientists, Kharkiv, 8-9 October, 2020] : abstract book. KNMU. Kharkiv, 2020. P. 124-125.

14. Кришталь В.С., Каплюх О.М. Особливості сприйняття хвороби родинами пацієнтів з деменцією. // XIV Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини», 20 листопада 2020р., м. Запоріжжя. С. 77. (дисертанткою особисто запропоновано гіпотезу роботи, здійснено аналіз отриманих емпіричних даних, підготовлено роботу до друку)

15. Каплюх О.М., Щербак О.А., Ресурс сімейної підтримки у пацієнтів з деменцією. // Медицина третього тисячоліття : міжвузівська конференція молодих вчених та студентів, Харків, 18-20 січня 2021 р. : збірник тез. ХНМУ. Харків, 2021. С. 333-334. (авторкою особисто запропоновано мету та завдання роботи, проаналізовано отриманий емпіричний матеріал)

16. Каплюх О.М. Відношення до терапії родин пацієнтів хворих на деменцію після проведення психоосвіти. // Актуальні питання нейронаук : Всеукраїнська науково-практична конференція студентів та молодих вчених. Харків, 29-30 квітня 2021 р. : збірник тез. Харків, 2021. С. 12-13.

17. Kaploukh O. Psychoeducation as a component of family adaptation of patients with dementia. // ISIC-2021 : International Scientific Interdisciplinary Conference for medical students and young scientists, Kharkiv, 20–21 October, 2021 : abstract book / KNMU. Kharkiv, 2021. P. 124–125.

18. Kaploukh O. Attitude of family members of patients with dementia to disease and treatment. // ISIC – 2022. International Scientific Interdisciplinary Conference, Kharkiv, 23-25th November 2022 : abstract book / KhNMU. Kharkiv, 2022. P. 122-123.

19. Каплюх О.М. Деменція – вирок для членів родин або розумний підхід. // Медицина третього тисячоліття : Фестиваль молодіжної науки : збірник тез конференції, Харків, 13-15 лютого 2023. Харківський національний медичний університет. Харків : ХНМУ, 2023. С. 250-251.

Апробація результатів дисертації.

Основні положення дисертаційної роботи оприлюднено та обговорено на наступних наукових форумах, конференціях: Основні положення дисертаційної роботи оприлюднено та обговорено на наступних наукових форумах, конференціях: Науковій сесії та міжвузівській конференції молодих вчених та студентів «Медицина третього тисячоліття» (Харків, 20–22.01.2020р.); Міжвузівській конференції молодих вчених та студентів «Медицина третього тисячоліття» (Харків, 18–20.01.2021р.); Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психіатрія, наркологія, клінічна психологія та загальна медична практика: міждисциплінарні питання сучасності» (Київ – Харків – Дніпро – Полтава – Львів – Вінниця – Бранденбург – Мюнхен – Дюссельдорф – Вашингтон – Лондон 22 – 23.04.2021); Kharkiv international annual scientific meeting (KhIASM'21) (Харків, 12-14.05.2021); Науково-практичній on-line конференції з міжнародною участю «Якість медичних послуг в сфері психічного здоров'я» (Харків, 20-21.05.2021); науково-практичному симпозіумі з міжнародною участю «Персоніфіковані підходи щодо неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги» (Харків, 7-8.10.2021); International Scientific Interdisciplinary Conference (ISIC) – 2021 (Харків, 20-21.10.2021); IV науково-практичній конференції «Психосоматична медицина: наука і практика» (Київ, 5-6.11.2021); VI Національному конгресі неврологів, психіатрів та наркологів України «Неврологія, психіатрія та наркологія у сучасному світі: глобальні виклики та шляхи розвитку» (Харків, 6-8.10.2022р.); III конгресі з міжнародною участю «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» (м. Київ, 4-6.11.2022); ISIC-2022 : International Scientific Interdisciplinary Conference for medical students and young scientists (Kharkiv, 23 – 24.11.2022); Науково-практичній конференції «Війна і люди: як зберегти психічне здоров'я». (Київ, 25-26.05.2022р.); Міжвузівській конференції молодих вчених та студентів «Медицина третього тисячоліття» (Харків, 13–15.01.2023р.); V Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика» (Київ, 21-22.04.2023р.);

Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психічні та психологічні розлади під час війни: лікування та реабілітація» (Харків, 24-25.05.2023р.); VI Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика» (Київ, 02-03.11.2023р.).



Директор
Навчально-наукового медичного комплексу
«Університетська клініка»

Мальцев А.В.

«01» 09 2023 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод оцінки психоемоційного стану родичів хворих на деменцію як основа системи їх медико-психологічної підтримки.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2022 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Каплюх О.М. Оцінка психоемоційного стану родичів хворих на деменцію як основа системи їх медико-психологічної підтримки // Клінічна та експериментальна медицина. 2021. № 2. С. 35-40.**
4. Де і коли впроваджено: **Навчально-науковий медичний комплекс «Університетська клініка».**
5. Результати застосування методу за період **2022-2023 рр.**
Покращення якості оцінки, визначення психосоціальної дезадаптації, оцінка порушення міжособистісних стосунків та деформація сімейної взаємодії родичів хворих на деменцію.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості оцінки розвитку дезадаптивної поведінки під час піклування за хворим, що впливає на психоемоційний стан родичів хворих на деменцію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження керівник Центру психічного здоров'я Коростій В.І.

01.09.2023 р.
(дата)


(підпис)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Директор
 Навчально-наукового медичного комплексу
 «Університетська клініка»
 Мальцев А.В.
 «05» 09 2023 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод оцінки психоосвітніх програм для родичів хворих на деменцію.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2022 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.):
Каплюх О.М. Психоосвітні програми для родичів хворих на деменцію // Український вісник психоневрології. 2022. Том 30, № 1 (110). С. 52-54.
4. Де і коли впроваджено: **Навчально-науковий медичний комплекс «Університетська клініка».**
5. Результати застосування методу за період **2022-2023 рр.**
Покращення динаміки сімейного функціонування та сімейної підтримки в родинях, пацієнтів хворих на деменцію.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **позитивна динаміка емоційного стану, зниження рівня нервово-психічного напруження родичів, хворих на деменцію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження Керівник Центру психічного здоров'я Коратій В.І.

05.09.2023р.
(дата)

В.І. Коратій
(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи
 Тернопільського національного медичного
 університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України
 проф. Запорожан С.Й.



17» 11 20 23 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод оцінки психоосвітніх програм для родичів хворих на деменцію.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2022 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.):
Каплюх О.М. Психоосвітні програми для родичів хворих на деменцію // Український вісник психоневрології. 2022. Том 30, № 1 (110). С. 52-54.
4. Де і коли впроваджено: **центр психологічного консультивання Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського.**
5. Результати застосування методу за період **2022-2023 рр.**
Покращення динаміки сімейного функціонування та сімейної підтримки в родинях, пацієнтів хворих на деменцію.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **позитивна динаміка емоційного стану, зниження рівня нервово-психічного напруження родичів, хворих на деменцію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження Завідувач кафедри психіатрії, наркології та мед. психології Венгер О.М.

17.11.2023
(дата)

(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи
Тернопільського національного медичного
університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України
проф. Запорожан С.Й.



11 20 23 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод оцінки психоемоційного стану родичів хворих на деменцію як основа системи їх медико-психологічної підтримки.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2023 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Каплюх О.М. Оцінка психоемоційного стану родичів хворих на деменцію як основа системи їх медико-психологічної підтримки // Клінічна та експериментальна медицина. 2021. № 2. С. 35-40.**
4. Де і коли впроваджено: **центр психологічного консультування Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського.**
5. Результати застосування методу за період **2022-2023 рр.**
Покращення якості оцінки психоемоційного стану родичів хворих на деменцію як основа системи їх медико-психологічної підтримки.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості оцінки психоемоційного стану родичів хворих на деменцію як основа системи їх медико-психологічної підтримки.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження завідувач кар'єри
психіатрії, наркології та мед. психології Ветеро О.Б.

17.11.2023

(дата)

(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
Державна установа
«Інститут неврології, психіатрії та
наркології Національної академії
медичних наук України»
Лінський І.В.



« 18 » 08 2023 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод оцінки психоосвітніх програм для родичів хворих на деменцію.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2022 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.):
Каплоух О.М. Психоосвітні програми для родичів хворих на деменцію // Український вісник психоневрології. 2022. Том 30, № 1 (110). С. 52-54.
4. Де і коли впроваджено: **ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України».**
5. Результати застосування методу за період **2022-2023 рр.**
Покращення динаміки сімейного функціонування та сімейної підтримки в родинах, пацієнтів хворих на деменцію.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **позитивна динаміка емоційного стану, зниження рівня нервово-психічного напруження родичів, хворих на деменцію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження Зав. відділ, к. мед. н.

Заворотний В.І.

18.08.2023р.

(дата)

(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
Державна установа«Інститут неврології, психіатрії та
наркології Національної академії
медичних наук України»

Лінський І.В.

2023 р.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод оцінки психоемоційного стану родичів хворих на деменцію як основа системи їх медико-психологічної підтримки.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2022 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Каплоух О.М. Оцінка психоемоційного стану родичів хворих на деменцію як основа системи їх медико-психологічної підтримки // Клінічна та експериментальна медицина. 2021. № 2. С. 35-40.**
4. Де і коли введено: **ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України».**
5. Результати застосування методу за період **2022-2023 рр.**
Покращення якості оцінки, визначення психосоціальної дезадаптації, оцінка порушення міжособистісних стосунків та деформація сімейної взаємодії родичів хворих на деменцію.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості оцінки розвитку дезадаптивної поведінки під час піклування за хворим, що впливає на психоемоційний стан родичів хворих на деменцію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

Зав. відділ. п. м. н.
Зверетний В. І.25.08.2023р.
(дата)

(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
 Комунального некомерційного підприємства
 Харківської обласної ради
 «Обласна клінічна наркологічна лікарня»

Слюсар В.В.
 « 28 » 20 2023 р.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод оцінки психоемоційного стану родичів хворих на деменцію як основа системи їх медико-психологічної підтримки.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2022 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Каплоух О.М. Оцінка психоемоційного стану родичів хворих на деменцію як основа системи їх медико-психологічної підтримки // Клінічна та експериментальна медицина. 2021. № 2. С. 35-40.**
4. Де і коли введено: **КНП ХОР «Обласна клінічна наркологічна лікарня».**
5. Результати застосування методу за період **2022-2023 рр.**
Покращення якості оцінки, визначення психосоціальної дезадаптації, оцінка порушення міжособистісних стосунків та деформація сімейної взаємодії родичів хворих на деменцію.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості оцінки розвитку дезадаптивної поведінки під час піклування за хворим, що впливає на психоемоційний стан родичів хворих на деменцію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження лікар-психіатр
Зеленецька Т.С.

28.08.2023 р.
 (дата)

ЗВ
 (підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
Комунального некомерційного підприємства
Харківської обласної ради
«Обласна клінічна наркологічна лікарня»

Слюсар В.В.
« 31 » 08 20 2023 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод оцінки психоосвітніх програм для родичів хворих на деменцію.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2022 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.):
Каплоух О.М. Психоосвітні програми для родичів хворих на деменцію // Український вісник психоневрології. 2022. Том 30, № 1 (110). С. 52-54.
4. Де і коли впроваджено: **КНП ХОР «Обласна клінічна наркологічна лікарня».**
5. Результати застосування методу за період **2022-2023 рр.**
Покращення динаміки сімейного функціонування та сімейної підтримки в родинях, пацієнтів хворих на деменцію.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **позитивна динаміка емоційного стану, зниження рівня нервово-психічного напруження родичів, хворих на деменцію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**


Відповідальний(і) за впровадження лікар-психіатр
Земнечько Т.С.

31.08.2023 р.
(дата)

[підпис]
(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Начальник Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь»
полковник медичної служби
Олег КОЛІСНИК



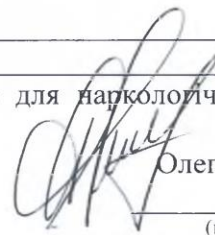
2023 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод оцінки психоосвітніх програм для родичів хворих на деменцію.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2022 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.):
Каплаух О.М. Психоосвітні програми для родичів хворих на деменцію // Український вісник психоневрології. 2022. Том 30, № 1 (110). С. 52-54.
4. Де і коли впроваджено: **Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь».**
5. Результати застосування методу за період **2022-2023 рр.**
Покращення динаміки сімейного функціонування та сімейної підтримки в родинах, пацієнтів хворих на деменцію.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **позитивна динаміка емоційного стану, зниження рівня нервово-психічного напруження родичів, хворих на деменцію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження _____

Начальник клініки психіатричної (з палатами для наркологічних хворих)
НВМКЦ «ГВКГ»
полковник медичної служби



Олег ДРУЗЬ

(дата)_____
(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Начальник Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь»
полковник медичної служби
Олег КОЛІСНИК
«_____» _____ 2023 р.

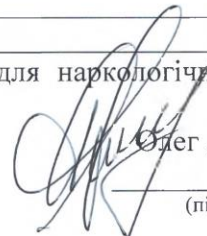


АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод оцінки психоемоційного стану родичів хворих на деменцію як основа системи їх медико-психологічної підтримки.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2022 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Каплаух О.М. Оцінка психоемоційного стану родичів хворих на деменцію як основа системи їх медико-психологічної підтримки // Клінічна та експериментальна медицина. 2021. № 2. С. 35-40.**
4. Де і коли впроваджено: **Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь».**
5. Результати застосування методу за період **2022-2023 рр.**
Покращення якості оцінки, визначення психосоціальної дезадаптації, оцінка порушення міжособистісних стосунків та деформація сімейної взаємодії родичів хворих на деменцію.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості оцінки розвитку дезадаптивної поведінки під час піклування за хворим, що впливає на психоемоційний стан родичів хворих на деменцію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження _____

Начальник клініки психіатричної (з палатами для наркологічних хворих)
НВМКЦ «ГВКГ»
полковник медичної служби


Олег ДРУЗЬ

(дата)

(підпис)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Ректор
Дніпровський державний медичний університет

Перцева Т.О.

«04» 12 2023 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод оцінки психоосвітніх програм для родичів хворих на деменцію.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2022 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.):
Каплюх О.М. Психоосвітні програми для родичів хворих на деменцію // Український вісник психоневрології. 2022. Том 30, № 1 (110). С. 52-54.
4. Де і коли впроваджено: **кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровський державний медичний університет.**
5. Результати застосування методу за період **2022-2023 рр.**
Покращення динаміки сімейного функціонування та сімейної підтримки в родинах, пацієнтів хворих на деменцію.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **позитивна динаміка емоційного стану, зниження рівня нервово-психічного напруження родичів, хворих на деменцію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

д-р мед. наук, проф. І. В. Шевченко
доц. мед. наук, І. В. Шевченко

04.12.23р.
 (дата)

[Підпис]
 (підпис)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Ректор
Дніпровський державний медичний університет
Перцева Т.О.
«04» 12 2023 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод оцінки психоемоційного стану родичів хворих на деменцію як основа системи їх медико-психологічної підтримки.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2022 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Каплоух О.М. Оцінка психоемоційного стану родичів хворих на деменцію як основа системи їх медико-психологічної підтримки // Клінічна та експериментальна медицина. 2021. № 2. С. 35-40.**
4. Де і коли впроваджено: **кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровський державний медичний університет.**
5. Результати застосування методу за період **2022-2023 рр.**
Покращення якості оцінки, визначення психосоціальної дезадаптації, оцінка порушення міжособистісних стосунків та деформація сімейної взаємодії родичів хворих на деменцію.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості оцінки розвитку дезадаптивної поведінки під час піклування за хворим, що впливає на психоемоційний стан родичів хворих на деменцію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

каб. психіатрії, наркології та медичної психології

04.12.2023
(дата)

(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Генеральний директор
 Комунального некомерційного підприємства
 «Тернопільська обласна
 клінічна психоневрологічна лікарня»
 Тернопільської обласної ради
 Шкробот В.В.
 20__ р.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Спосіб діагностики когнітивних та емоційних розладів хворих на цукровий діабет II типу.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2021 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Кондратенко А.П. Когнітивні та емоційні розлади хворих на цукровий діабет II типу // Експериментальна і клінічна медицина. 2020. № 4 (89). С. 49-52.**
4. Де і коли введено: **КНП «Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня» ТОВ.**
5. Результати застосування методу за період **2021-2023 р.**
Покращення якості комплексної діагностики когнітивних та емоційних розладів хворих на цукровий діабет II типу.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості діагностики легких і помірних когнітивних порушень та емоційних розладів (тривожної, астеничної, іпохондричної та депресивної симптоматики) у хворих на цукровий діабет II типу.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

Семінар-Михайлів
В.В. Шкробот

17.11.23р.
 (дата)

В.В. Шкробот
 (підпис)



ЗАТВЕРДЖУЮ»
Генеральний директор
Комунального некомерційного підприємства
«Тернопільська обласна
клінічна психоневрологічна лікарня»
Тернопільської обласної ради
Шкробот В.В.
 «__» _____ 20__ р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод оцінки психоосвітніх програм для родичів хворих на деменцію.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2022 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.):
Каплюх О.М. Психоосвітні програми для родичів хворих на деменцію // Український вісник психоневрології. 2022. Том 30, № 1 (110). С. 52-54.
4. Де і коли впроваджено: **КНП «Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня» ТОР.**
5. Результати застосування методу за період **2022-2023 рр.**
Покращення динаміки сімейного функціонування та сімейної підтримки в родинах, пацієнтів хворих на деменцію.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **позитивна динаміка емоційного стану, зниження рівня нервово-психічного напруження родичів, хворих на деменцію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження лікар-психіатр
в психоневрологічного підприємства «Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня» ТОР

 17.11.2023
 (дата) _____
 (підпис)



Директор
 Коштовного некомерційного підприємства
 «Дніпропетровська клінічна
 психіатрична лікарня»
 Дніпропетровської обласної ради

Мороз С.М.
 «07» 12 20 23 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод оцінки психоемоційного стану родичів хворих на деменцію як основа системи їх медико-психологічної підтримки.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2022 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Каплюх О.М. Оцінка психоемоційного стану родичів хворих на деменцію як основа системи їх медико-психологічної підтримки // Клінічна та експериментальна медицина. 2021. № 2. С. 35-40.**
4. Де і коли впроваджено: **КНП «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня» ДОР.**
5. Результати застосування методу за період **2022-2023 рр.**
Покращення якості оцінки, визначення психосоціальної дезадаптації, оцінка порушення міжособистісних стосунків та деформація сімейної взаємодії родичів хворих на деменцію.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості оцінки розвитку дезадаптивної поведінки під час піклування за хворим, що впливає на психоемоційний стан родичів хворих на деменцію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження _____

В. О. Заєв

05.12.2023

(дата)

С. М. Мороз

(підпис)



Директор
 Комерційного підприємства
 «Дніпропетровська клінічна
 психіатрична лікарня»
 Дніпропетровської обласної ради

Мороз С.М.
 07» 12 2023 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод оцінки психоосвітніх програм для родичів хворих на деменцію.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2022 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Каплюх О.М. Психоосвітні програми для родичів хворих на деменцію // Український вісник психоневрології. 2022. Том 30, № 1 (110). С. 52-54.**
4. Де і коли впроваджено: **КНП «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня» ДОР.**
5. Результати застосування методу за період **2022-2023 рр.**
Покращення динаміки сімейного функціонування та сімейної підтримки в родинях, пацієнтів хворих на деменцію.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **позитивна динаміка емоційного стану, зниження рівня нервово-психічного напруження родичів, хворих на деменцію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження _____

В. О. Зав'язанська *Корольова І.В.*

07.12.2023

(дата)

М.М.

 (підпис)

Онлайн сервіс створення та перевірки кваліфікованого та удосконаленого електронного підпису

ПРОТОКОЛ

створення та перевірки кваліфікованого та удосконаленого електронного підпису

Дата та час: 23:47:02 17.12.2023

Назва файлу з підписом: Дисертація_Бондар фінал.pdf.p7s

Розмір файлу з підписом: 5.5 МБ

Перевірені файли:

Назва файлу без підпису: Дисертація_Бондар фінал.pdf

Розмір файлу без підпису: 5.5 МБ

Результат перевірки підпису: Підпис створено та перевірено успішно. Цілісність даних підтверджено

Підписувач: Бондар Ольга Миколаївна

П.І.Б.: Бондар Ольга Миколаївна

Країна: Україна

РНОКПП: 3366101187

Час підпису (підтверджено кваліфікованою позначкою часу для підпису від Надавача): 23:46:56 17.12.2023

Сертифікат виданий: "Дія". Кваліфікований надавач електронних довірчих послуг

Серійний номер: 382367105294AF9704000000F653DA00D1D8BA01

Тип носія особистого ключа: ЗНКІ криптомодуль ІІТ Гряда-301

Алгоритм підпису: ДСТУ-4145

Тип підпису: Кваліфікований

Тип контейнера: Підпис та дані в CMS-файлі (CAAdES)

Формат підпису: З повними даними ЦСК для перевірки (CAAdES-X Long)

Сертифікат: Кваліфікований