

DOI: 10.34921/amj.2023.1.020

O.V.Orlova<sup>1</sup>, D.İ.Boyko<sup>1</sup>, K.S.Skorik<sup>1</sup>, Yu.Yu.Payda<sup>2</sup>, L.V.Jivotovskaya<sup>1</sup>**KARANTİN MƏHDUDİYYƏTİ ŞƏRAİTİNDƏ DEMENSIYALI PASİYENTLƏRƏ QULLUĞUN ÇƏTİNLİKLƏRİ**<sup>1</sup> Poltava Dövlət Tibb Universiteti, Poltava, Ukrayna; <sup>2</sup> Boqdan Xmelnitski ad. Melitopol Dövlət Pedaqoji Universiteti, Melitopol, Ukrayna

**Xülasə.** Məqalədə demensiyalı pasiyentlərə qulluq edən şəxslərin psixi sağlamlığına təsir göstərən amillər haqqında məlumat verilmişdir.

Tədqiqata 46 nəfər demensiyalı pasiyent və 46 nəfər həmin pasiyentlərə qulluq edən şəxs cəlb edilmişdir. Tədqiqat bu psixometrik şkalaların köməyi ilə aparılmışdır: demensiyanın ağırlıq dərəcəsini müəyyənləşdirmək üçün psixi statusu qiymətləndirən qısa şkala, asteniyanı qiymətləndirən MFİ-20 subyektiv şkala, sosial adaptasiyanı qiymətləndirmək üçün özünüqiymətləndirmə şkalası – SASS, hospital həyəcən və depressiya şkalası, hamilərin yükünü müəyyələşdirən “Caregiver burden scale”, psixoloji stres səviyyəsini qiymətləndirən PSM-25 sorğusu. Alınmış nəticələr IBM SPSS statistics 26.0 proqramı vasitəsilə statistik təhlil edilmişdir.

Tədqiqat zamanı xəstələrə hamilik edən şəxslərin psixi vəziyyətinə təsir göstərən amillər aşkar edilmişdir, onlardan ən mühümlərinə pasiyentdə demensiyanın ağırlıq dərəcəsi, qulluq müddətinin uzunluğu və qulluq edən şəxsin işlə təminatı aiddir.

Tədqiqatın nəticələrindən belə qərara gəlmək olar ki, psixi gərginliyi aşağı səviyyədə olan şəxslərin sosial adaptasiya imkanları daha yüksək olmuş və onlarda asteniya, həyəcən və depressiya əlamətlərinə nisbətən az rast gəlinmişdir. Müəlliflərin fikrincə, tədqiqatdan alınmış nəticələr demensiyalı xəstələrə qulluq edən şəxslərdə demensiyanın, həyəcənlanmanın və qulluğun ağırlığının qarşısını almaq üçün psixoterapevtik və psixokorreksion tədbirlər aparıldıqda nəzərə alınmalıdır.

**Açar sözlər:** demensiyalı pasiyentlərə qulluq edən şəxslər, karantin məhdudiyəti, sosial və psixoloji amillər, stresə davamlılıq

**Ключевые слова:** лица, ухаживающие за пациентами с деменцией, карантинные ограничения, социальные и психологические факторы, стрессоустойчивость

**Key words:** caregivers for patients with dementia, quarantine restrictions, social and psychological factors, stress resistance

O.V.Orlova<sup>1</sup>, D.И.Бойко<sup>1</sup>, К.С.Скорик<sup>1</sup>, Ю.Ю.Пайда<sup>2</sup>, Л.В.Животовская<sup>1</sup>**ТЯЖЕСТЬ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ДЕМЕНЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ КАРАНТИННЫХ ОГРАНИЧЕНИЙ**<sup>1</sup> Полтавский государственный медицинский университет, Полтава, Украина,<sup>2</sup> Мелитопольский государственный педагогический университет имени Богдана Хмельницкого, Мелитополь, Украина

В статье представлены факторы, влияющие на психическое здоровье лиц, ухаживающих за пациентами с деменцией.

В исследование были включены 46 опекунов и 46 пациентов с деменцией. Обследование проводилось с использованием следующих психометрических шкал: краткой шкалы оценки психического статуса для оценки степени тяжести деменции, субъективной шкалы оценки астении MFI-20, шкалы самооценки социальной адаптации – SASS, Госпитальной шкалы тревоги и депрессии, шкалы

нагрузки на опекуна "Caregiver burden scale», опросника PSM-25 для определения уровня психологического стресса. Полученные данные подвергали статистическому анализу с использованием программы IBM SPSS Statistics 26.0.

В ходе исследования выявлены факторы, влияющие на психическое здоровье опекунов, из которых весомыми были: степень деменции у пациента, продолжительность ухода и трудоустроенность ухаживающих.

Результаты исследования дают возможность сделать вывод о том, что у лиц с низким уровнем психической напряженности был выше уровень социальной адаптации, и реже отмечались проявления астении, тревоги и депрессии. Полученные данные следует учитывать при проведении психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий для лиц, которые ухаживают за пациентами с деменцией для уменьшения уровня депрессии, тревожности и бремени ухода.

---

Во всем мире считается, что каждые 3 секунды у кого-то развивается деменция и на данный момент с ней живет более 50 миллионов человек. Количество такой патологии, как ожидается, может вырасти до 152 миллионов в 2050 году [1]. Из-за старения населения распространенность этого синдрома резко возросла за последние три десятилетия. Пациенты с деменцией относятся к наиболее уязвимым группам населения из-за слабости, хронической иммунной дисрегуляции, сопутствующих патологий, хронических заболеваний, в частности сосудистых расстройств [2].

Пожилые люди уязвимы вначале стихийных бедствий, кризиса, и это особенно актуально во время пандемии COVID-19. В марте 2020 года в Украине был утвержден перечень очень строгих мер физического, социального дистанционирования, таких как закрытие учебных заведений, центров дневного пребывания для ограничения социальных контактов и групповой деятельности, что само по себе представляет физиологическую и когнитивную проблему со значительными последствиями для здоровья и благосостояния опекунов [3]. Эти меры повлияли на людей с деменцией, жизнь их родственников, поскольку много групповых мероприятий и услуг, связанных с уходом, было отменено. Также введены запрещения на посещение пациентов в гериатрических пансионатах, стационарах, интернатных учреждениях [4].

Резкие изменения в образе жизни и принудительное физическое бездействие привели к значительному ухудшению когнитивного, функционального статуса, обострения уже существующих нервно-психических симптомов, появлению новых дезорганизирующих способов поведения. Как

следствие, этот эффект «снежного кома» добавил напряжения к чрезвычайно большой нагрузке, истощению родственников, особенно тех, кто стал штатным опекуном [5].

Из-за неизвестных клинических особенностей коронавирусной болезни и связанных с ней слухами возникало психическое давление, проблемы для населения – тревога, депрессия, страх, которые непосредственно сказываются на поведении, а именно росте действий, направленных на биологическое самосохранения, уменьшение альтруистического поведения [6].

Результаты исследования ученых из Сингапура, в начале 2020 года, продемонстрировали глубокий и широкий спектр психологических последствий, к которым может привести вспышка пандемии. Среди них – появление новых психиатрических симптомов у лиц, не имеющих психических заболеваний; ухудшение состояния тех, кто уже страдает психическими нарушениями; дистресс у лиц ухаживающих за пациентами с психическими и соматическими болезнями [7].

Карантинные ограничения, связанные с пандемией, вызывают психологические реакции, такие как напряжение, тревога, страх, потеря ориентации, планов на будущее, что может также приводить к острой реакции на стресс, посттравматическому стрессовому расстройству, депрессии, другим эмоциональным расстройствам, и, как следствие – к росту аутоагрессивных действий, вплоть до суицидальных. При этом психологический страх заражения коронавирусной инфекцией становится страшнее, чем само течение заболевания [8, 9].

Лица, ухаживающие за пациентами с деменцией, на 46% чаще посещали врача

общей практики и на 71% больше использовали медицинские препараты, чем люди того же возраста, которые не ухаживали за больными [10,11]. Критическими направлениями для укрепления стратегии психического здоровья во время пандемии являются: идентификация групп повышенного риска; улучшенный скрининг психических расстройств; психологические вмешательства; интеграция медицинских и общественных ресурсов. Действенной является модель, которая интегрирует врачей, психиатров, психологов, социальных работников в интернет-платформы для психологического воздействия для пациентов, их семей и медицинского персонала. Такие действия должны основываться на все сторонней оценке факторов риска, приводящих к психологическим проблемам [12, 13].

Целью данного исследования было изучить влияние социальных и психологических факторов на уровень стрессоустойчивости лиц, ухаживающих за родственниками с деменцией, в период карантинных ограничений во время пандемии COVID-19.

**Материалы и методы исследования.** В условиях КП «Областное заведение по оказанию психиатрической помощи ПОС» проведено обследование 46 опекунов и 46 пациентов с деменцией с соблюдением принципов медицинской этики и деонтологии, согласно Хельсинкской декларации медицинской ассоциации. Критериями включения в исследование лиц, выполняющих функцию ухода были: возраст 25 лет и старше, уход за одним пациентом, у которого было диагностирована деменция (сосудистая, атрофическая, смешанная).

По гендерному отличию подавляющее количество опекунов были женщины – 43 (93,5%). Возрастной диапазон исследуемых составлял: 21-30 лет – 6 (13,0%) человек, 31-40 лет – 12 (26,2%), 41-50 лет – 18 (39,1%), 51-60 лет – 10 (21,7%). Работающих было 29 (63%), имели неполный рабочий день (от 2 до 4 часов) – 8 (17,4%), пенсионеров – 4 (8,7%), безработных – 5 (10,9%) лиц. Продолжительность ухода за пациентами до 5 лет была у 18 (39,1%) человек, от 5 до 15 – у 23 (50,0%), более 15 лет – у 5 (10,9%).

Обследование проводилось с использованием психометрических шкал: Краткой шкалы оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination, MMSE, 1975) для оценки степени тяжести деменции, субъективной шкалы оценки астении MFI-20 (1995), шкалы самооценки социальной адаптации – SASS (Social Adaptation Self-evaluation Scale, 1997), Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS, 1983), шкалы нагрузки на опекуна "Caregiver burden scale" (1980), опросника PSM-25 (в адаптации Н.Е.

Водопьянова, 2009) для определения уровня психологического стресса.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По шкале MMSE, легкую степень деменции имели 11 (23,9%) пациентов, среднюю – 22 (63,6%), тяжелую – 13 (21,2%). Ухаживающие описывали легкую степень деменции как: «способны обслуживать себя сами, им доступны привычные виды бытовой деятельности, такие как приготовление пищи, уборка, личная гигиена», умеренную – «возникают трудности с использованием бытовой техники, телефона, человек забывает закрывать двери, выключать электричество и газ», тяжелую – «нуждается в круглосуточном наблюдении».

Среди всех обследованных опекунов на частые головные боли жаловались 30 (65,2%) человек, общую слабость – 32 (69,6%), головокружение – 15 (32,6%), трудности с концентрацией внимания – 20 (43,5%), нарушения сна – 35 (76,1%), снижение аппетита – 25 (54,3%), неприятные ощущения в различных частях тела – у 5 (10,9%), учащенное сердцебиение – 7 (15,2%) и снижение либидо – 21 (45,7%). У лиц, ухаживающих за пациентами, были выявлены следующие синдромы: тревожный у 14 (30,4%), депрессивный – у 12 (26,1%), ипохондрический – у 4 (8,7%), невротический – у 16 (34,8%).

После обращения опекунов за консультацией, согласно МКБ-10 диагностированы: расстройства адаптации – у 9 (19,6%) человек, неврастения – у 8 (17,4%), паническое расстройство – у 7 (15,2%), ипохондрический расстройство – у 4 (8,7%), соматоформное расстройство – у 7 (15,2%), генерализованное тревожное расстройство – у 5 (10,9%), смешанное тревожно-депрессивное расстройство – у 6 (13%).

Лица, ухаживающие за пациентами с деменцией, были стратифицированы на группы в зависимости от уровня психологического стресса, который определяли по опроснику PSM-25. В первую группу (Гр. I) было включено 8 (17,4%) опекунов с низким уровнем (до 100 баллов) показателя психической напряженности (ППН), во вторую группу (Гр. II) – 23 (50%) со средним уровнем ППН (100-154 баллов), в третью группу

(Гр. III) – 15 (32,6%) с высоким уровнем ППН (более 155 баллов). Все обследуемые были репрезентативны по возрасту и полу.

Выявлено увеличение частоты психологического стресса у ухаживающих Гр. II по сравнению с Гр. I ( $\chi^2 = 7,355, p < 0,007$ ) и Гр. III ( $\chi^2 = 15,221, p < 0,001$ ) в зависимости от прогрессирования степени деменции у пациента. Констатировано, что психологическая нагрузка имеет прямую корреляцию с продолжительностью ухода за пациентом в Гр. I по сравнению с Гр. III ( $\chi^2 = 5,957, p < 0,0015$ ), и в Гр. II с Гр. III ( $\chi^2 = 9,474, p < 0,003$ ). Негативное влияние психологическая нагрузка оказывала на лиц, объединяющих уход и ежедневную работу в Гр. I по сравнению с Гр. II ( $\chi^2 = 9,407, p < 0,003$ ), и с Гр. III ( $\chi^2 = 13,382, p < 0,001$ ).

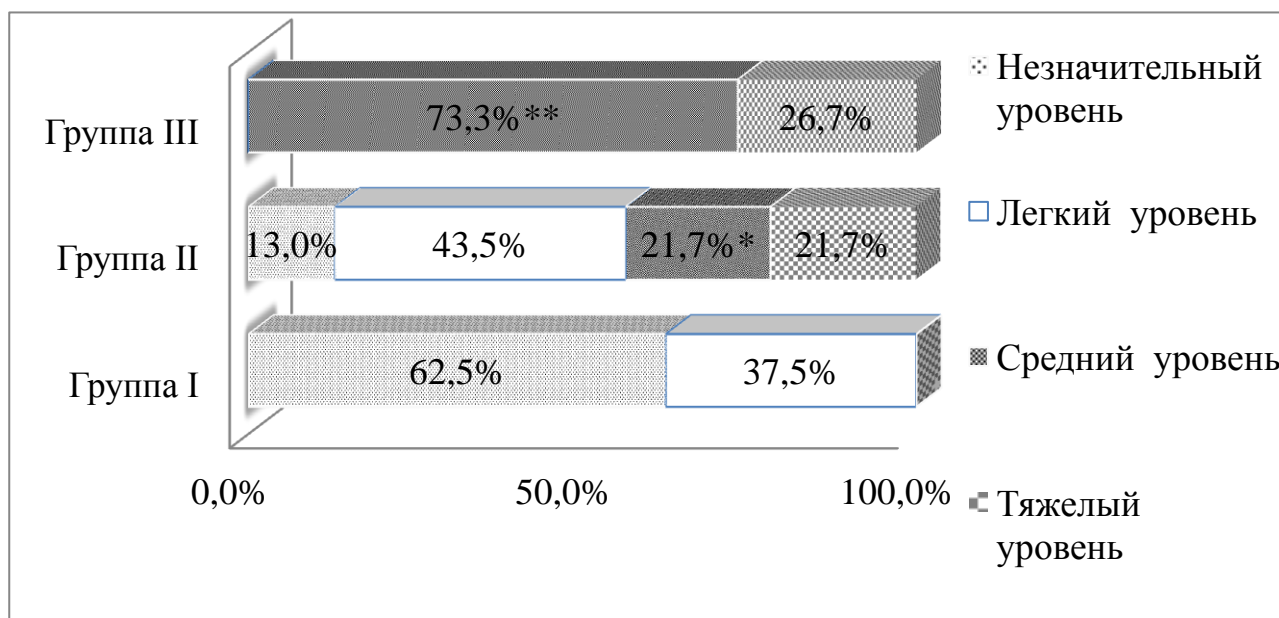
Результаты исследования по шкале «Caregiver burden scale» показали, что среди всех исследуемых лиц, заботящихся о пациентах 8 (17,4%) человек имели незначительный уровень нагрузки, 13 (28,3%) – легкий, 16 (34,8%) – средний и 9 – (19,6%) – тяжелый. При этом лица, которые ухаживали за пациентами со средней и тяжелой степенью деменции, жаловались на большие трудности, связанные с множественными

видами ухода в целом, чем опекуны за больными с легкой степенью. Результаты оценки нагрузки на опекуна по шкале «Caregiver burden scale» продемонстрировано на рис. 1.

Установлено, что в Гр. I незначительный уровень нагрузки имели 5 (62,5%) человек, легкий - 3 (37,5%), в Гр. II незначительный уровень был у 3 (13,0%), легкий - у 10 (43,5%), средний - у 5 (21,7%) и тяжелый - у 5 (21,7%) опекунов. Исследуемые Гр. III имели только средний и тяжелый уровни - 11 (73,3%) и 4 (26,7%) ухаживающих соответственно.

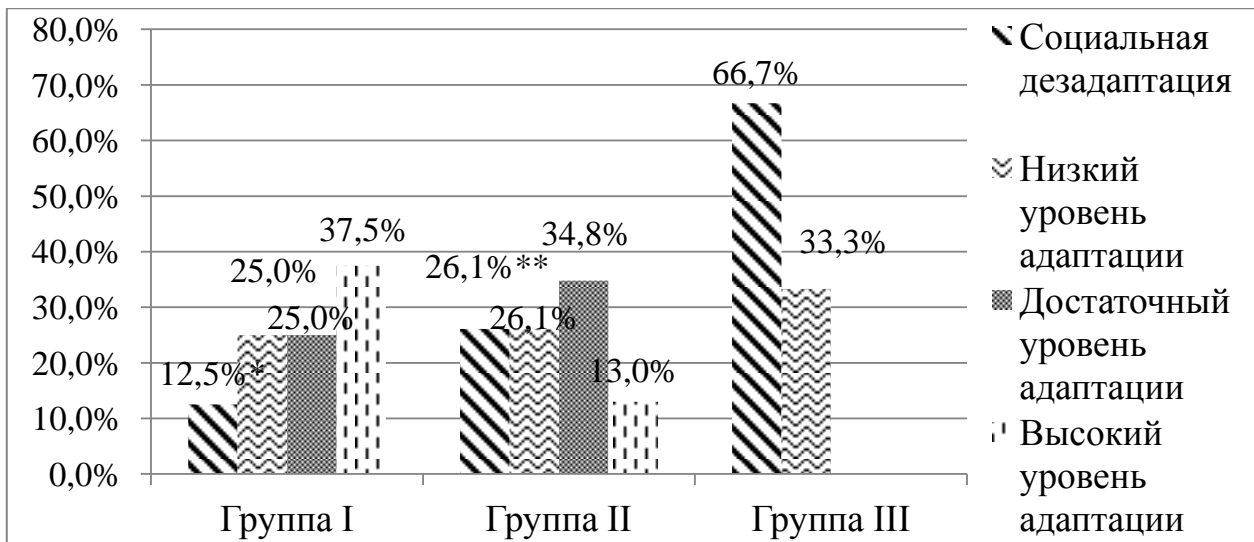
Наблюдалась клинически значимая тенденция к снижению частоты тяжелого уровня нагрузки на опекуна в Гр. I по сравнению с Гр. II ( $\chi^2 = 7,582, p < 0,006$ ) и Гр. III ( $\chi^2 = 11,979, p < 0,001$ ).

Обследование с использованием шкалы SASS показало, что у 17 (37,0%) лиц, заботящихся о пациентах, отмечалась социальная дезадаптация, у 13 (28,3%) – низкий уровень адаптации, у 10 (21,7%) – достаточный уровень и у 6 (13%) – высокий уровень. Результаты оценки социальной адаптации по шкале SASS показано на рис. 2.



**Рис. 1.** Оценка нагрузки на опекуна в зависимости от уровня психологического стресса

*Примечание:* \* разница является достоверной в сравнении с Гр. I,  $p < 0,01$   
 \*\* разница является достоверной в сравнении с Гр. I,  $p < 0,001$



**Рис. 2. Уровень самооценки социальной адаптации в зависимости от от уровня психологического стресса**

*Примечание:* \* разница достоверна в сравнении с Гр. I,  $p < 0,05$   
 \*\* разница достоверна в сравнении с Гр. II,  $p < 0,05$

Констатируется, что в Гр. I 1 (12,5%) человек имел социальную дезадаптацию, 2 (25%) – низкий уровень, 2 (25%) – достаточный, 3 (37,5%) – высокий уровень социальной адаптации. В Гр. II у 6 (26,1%) обследуемых определялась социальная дезадаптация, у 6 (26,1%) – низкий уровень, у 8 (34,8%) – достаточный, у 3 (13%) – высокий. В Гр. III дезадаптация была у 10 (66,7%) ухаживающих, низкий уровень – у 5 (33,3%).

При статистическом анализе выявлено увеличение частоты проявлений социальной дезадаптации в Гр. III по сравнению с Гр. I ( $\chi^2=6,135$ ,  $p=0,014$ ) и Гр. II ( $\chi^2=6,133$ ,  $p=0,014$ ).

Анализ результатов по шкале HADS показал, что среди лиц, осуществляющих уход, у 23 (52,2%) отмечались клинические (>11 баллов) проявления тревоги, у 15 (30,4%) – субклинические (8-10 баллов), у 8 (17,4%) были нормативные показатели. Высокий уровень тревоги проявлялся в повышенной склонности к переживаниям. Обследованные часто воспринимали нейтральные события как неблагоприятные и опасные. У 21 (45,7%) опекуна определялась клиническая депрессия, у 15 (32,6%) – субклиническая, у 10 (21,7%) человек депрессивные симптомы отсутствовали. В таблице 1 представлены

результаты, полученные по шкале HADS.

Среди обследованных Гр. I клинические проявления тревоги имели место у 1 (12,5%), субклинические – у 3 (37,3%) человек, в Гр. II – у 11 (47,8%) и 8 (34,8%), в Гр. III – у 11 (73,3%) и 4 (26,7%) соответственно.

Констатируется, что в Гр. III по сравнению с Гр. I чаще отмечались клинические проявления тревоги ( $\chi^2=7,738$ ,  $p=0,006$ ), а также отсутствовали нормативные показатели ( $\chi^2=9,079$ ,  $p=0,003$ ). Средние значения выраженности тревоги в баллах в Гр. I ( $8,0 \pm 0,7$ ) были значимо ниже по сравнению с Гр. II ( $10,48 \pm 0,55$ ,  $p=0,009$ ) и Гр. III ( $11,47 \pm 0,55$ ,  $p=0,0009$ ).

В Гр. I проявления клинической депрессии были у 1 (12,5%) человека, субклинической – у 1 (12,5%), в Гр. II – у 11 (47,8%) и у 8 (34,8%), в Гр. III – у 9 (60,0%) и 6 (40,0%) соответственно. Наблюдалось клинически значимое снижение частоты клинической депрессии у обследованных Гр. I по сравнению с Гр. III ( $\chi^2=4,790$ ,  $p=0,029$ ), также в Гр. III отсутствовали нормативные показатели в отличие от Гр. I ( $\chi^2=15,221$ ,  $p < 0,001$ ) и Гр. II ( $\chi^2=9,079$ ,  $p=0,003$ ). Установлено, что средние значения проявлений депрессии у опекунов Гр. I ( $7,13 \pm 0,96$  баллов) были статистически значимо ниже, чем в Гр. II ( $10,35 \pm 0,51$ ,  $p=0,006$ ) и в Гр. III ( $11,40 \pm 0,69$ ,  $p=0,001$ ).

**Таблица 1. Уровень тревоги и депрессии по шкале HADS в зависимости от уровня психологического стресса**

Группа	Гр. I	Гр. II	Гр. III
Тревога			
Клинически выраженная	1(12,5%)**	11 (47,8%)	11 (73,3%)
Субклинически выраженная	3 (37,3%)	8 (34,8%)	4 (26,7%)
Норма	4 (50%)**	4 (17,4%)	–
Депрессия			
Клинически выраженная	1 (12,5%)*	11 (47,8%)	9 (60%)
Субклинически выраженная	1 (12,5%)	8 (34,8%)	6 (40%)
Норма	6 (75%)***	4 (17,4%)**	–

**Примечание:** \* разница достоверна по сравнению с Гр. III,  $p < 0,05$   
 \*\* разница достоверна по сравнению с Гр. III,  $p < 0,01$   
 \*\*\* разница достоверна по сравнению с Гр. III,  $p < 0,001$

По шкале MFI-20 выявлено, что у всех исследуемых Гр. I общее количество баллов не превышало 50, тогда как в Гр. II 10 (43,5%) человек имели результат более 50 баллов ( $\chi^2=5,135$ ,  $p=0,024$ ), а в Гр. III - 13 (86,7%) ( $\chi^2=15,947$ ,  $p < 0,001$ ). Выраженность проявлений астении в баллах по шкале MFI-20 продемонстрировано в таблице 2.

Проявления астении в пределах 61-80 баллов наблюдались только в Гр. III – у 10 (66,7%) человек, в отличие от обследованных Гр. I ( $\chi^2=5,367$ ,  $p=0,021$ ) и Гр. II ( $\chi^2=13,157$ ,  $p < 0,001$ ).

Лица, ухаживающие за пациентами с деменцией, сталкиваются с недостаточностью социальной поддержки, доступа к системе здравоохранения и мер социального

дистанцирования. Многочисленные исследования показали взаимосвязь между введенными карантинными ограничениями и уровнем стрессоустойчивости лиц, ухаживающих за родственниками с деменцией. Подтвердилось увеличение проявлений депрессии во время карантинных мер. У лиц с высоким уровнем психологического стресса наблюдались высокие показатели тяжести депрессии ( $\chi^2=10,445$ ,  $p < 0,001$ ) [13]. Наши результаты согласуются с предыдущим исследованием, в котором установлено, что устойчивость к стрессу может быть защитным фактором против бремени ухода в случае глобальных чрезвычайных ситуаций, таких как пандемия COVID-19.

**Таблица 2. Показатели астении в зависимости от уровня психологического стресса по шкале MFI-20**

Сумма баллов	Гр. I	Гр. II	Гр. III
30–40	6 (75%)	4 (17,4%)	1 (6,7%)
41–50	2 (25%)	9 (39,1%)	1 (6,7%)
51–60	0	10 (43,5%)	3 (20%)
61–70	0*	0**	7 (46,7%)
71–80	0	0	3 (20%)

**Примечание:** \* разница достоверна по сравнению с Гр. I,  $p < 0,05$   
 \*\* разница достоверна по сравнению с Гр. II,  $p < 0,001$

Таким образом, в ходе исследования выявлены факторы, влияющие на психическое здоровье опекунов, из которых весомыми были: степень деменции у пациента, продолжительность ухода и трудоустроенность ухаживающих. У лиц с низким уровнем психической напряженности был выше уровень социальной адаптации, и реже отмечались проявления астении, тревоги и депрессии. Результаты показывают, что карантинные ограничения вызывали психологические изменения в виде увеличения уровня астении, депрессии, тревоги и психологической нагрузки. Полученные данные следует учитывать при проведении психотерапевтических и психокоррекцион-

ных мероприятий для лиц, которые ухаживают за пациентами с деменцией для жменьшения уровня депрессии, тревожности и бремени ухода.

*Связь публикации с плановыми научно-исследовательскими работами.*

Статья является фрагментом научно-исследовательской темы «Клинико-психопатологические, параклинические исследования и оптимизация лечебно-реабилитационных мероприятий при основных формах психической патологии и коморбидных расстройствах» (№ государственной регистрации 0121U108235).

## REFERENCES

1. Sutterlin S., Hossmann I., Klingholz R. Demenz-Report. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. 2011. 83 s.
2. Korczyn A.D., Vakhapova V., Grinberg L.T. Vascular dementia // J Neurol Sci. 2012 November 15; 322(1-2): 2–10. Doi:10.1016/j.jns.2012.03.027.
3. Rausch A., van der Ploeg E.S. Keeping the person with dementia and the informal caregiver together: a systematic review of psychosocial interventions // Int Psychogeriatr. 2017 Apr;29(4):583-593.
4. Altieri M, Santangelo G. The Psychological Impact of COVID-19 Pandemic and Lockdown on Caregivers of People With Dementia // Am J Geriatr Psychiatry. 2021. № 29. С. 27–34.
5. Herasymenko L.O. Psychosocial aspects of adjustment disorders in women. Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland : 1960) , 2020, 73(2):. 352–354
6. Lai F.H., Yan E., Yu K.K., Tsui W.S., Chan D.T., Yee B.K. The Protective Impact of Telemedicine on Persons With Dementia and Their Caregivers During the COVID-19 Pandemic // Am J Geriatr Psychiatry. 2020. № 28. С. 1175-1184.
7. Herasymenko L.O., Isakov R.I., Halchenko A.V., Kydon P.V. Clinical features of adjustment disorder in internally displaced women//Wiadomosci lekarski (Warsaw, Poland : 1960). 2020, 73(6):1154–1157
8. Brown EE, Kumar S, Rajji TK, Pollock BG, Mulsant BH. Anticipating and Mitigating the Impact of the COVID-19 Pandemic on Alzheimer's Disease and Related Dementias // Am J Geriatr Psychiatry. 2020. № 28. С. 712-721.
9. Chaban OS, Haustova OO. Psihichne zdorov'ya v period pandemiï COVID-19 (osoblivosti psihologichnoï krizi, trivogi, strahu ta trivozhnih rozladiv). Neuronews // 3 (114).2020. С. 26-36
10. Mertens G, Gerritsen L, Duijndam S, Saleminck E, Engelhard IM. Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020 // Journal of Anxiety Disorders. Vol. 74, August 2020, 102258.
11. Rabinowitz J, Badescu S, Palamarchuk P. Personal and social adjustment effects of roluperidone in patients with schizophrenia and negative symptoms: Results from an exploratory outcome of a randomized placebo-controlled trial // Schizophrenia Research. 2019, 211,103–104.
12. Varik M, Randver R , Kuur K, Normet I , E`llermaa K, Tuur M, Stijna Khejnmets Kh, Y`un A, Mejl Ya. Proekt : Razrabotka principov i zapusk sistemy` podderzhki lyudej s sindromom demenczii I ikh rodstvennikov.2018. 10 s.
13. Boiko DI., Skrypnikov AM, Shkodina AD. Circadian rhythm disorder and anxiety as mental health complications in post-COVID-19 // Environmental Science and Pollution Research. 2022, 29(19):28062–28069.

**THE BURDEN OF CARING FOR PATIENTS WITH DEMENTIA UNDER QUARANTINE RESTRICTIONS**

<sup>1</sup> *Poltava State Medical University, Poltava, Ukraine;* <sup>2</sup> *Bogdan Khmelnytsky Melitopol State Pedagogical University, Melitopol, Ukraine*

<sup>2</sup> *Melitopol State Pedagogical University named after Bogdan Khmelnytsky, Melitopol, Ukraine*

**Summary.** The article presents factors affecting the mental health of caregivers of patients with dementia. The research was conducted in accordance with the principles of medical ethics and deontology, according to the Helsinki Declaration of the Medical Association. The study included 46 caregivers and 46 patients with dementia. The assessment was carried out using the following psychometric scales: the short form of the Mental Status Evaluation scale to assess the severity of dementia, the MFI-20 subjective scale to assess asthenia, the SASS self-assessment scale of social adaptation, the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Caregiver Burden Scale to assess the burden on caregivers, and the PSM-25 questionnaire to determine the level of psychological stress. The obtained data were subjected to statistical analysis using IBM SPSS Statistics 26.0 software.

The study identified factors that affect the mental health of caregivers, among which the severity of dementia in the patient, the duration of care, and the employment status of the caregiver were significant. The results of the study suggest that individuals with low levels of psychological stress had higher levels of social adaptation and were less likely to experience asthenia, anxiety, and depression. These findings should be taken into account when implementing psychotherapeutic and psychocorrective measures for individuals caring for patients with dementia to reduce levels of depression, anxiety, and burden of care.

**Автор для корреспонденции:**

**Орлова Ольга Вячеславовна** – аспирант кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Полтавского государственного медицинского университета, Полтава, Украина

**E-mail:** orlova94@ukr.net