

АННОТАЦИЯ

**диссертационной работы Жылкыбековой Алии Калиевны на тему:
«Качество жизни, связанное с уходом и его детерминанты у лиц,
осуществляющих неформальный уход за пожилыми людьми в
Республике Казахстан», представленной на соискание степени доктора
философии (PhD) по образовательной программе «8D10101
Общественное здравоохранение»**

Актуальность исследования

Демографические изменения в мире свидетельствуют о стабильном росте доли пожилого населения. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), численность людей в возрасте 60 лет и старше, составлявшая 1 млрд в 2020 году, к 2030 году увеличится до 1,4 млрд. Ожидается, что к 2050 году этот показатель удвоится, достигнув 2,1 млрд. В то же время численность людей в возрасте 80 лет и старше за период с 2020 по 2050 год возрастёт втрое и составит 426 млн человек (World Health Organization, 2024).

Данная демографическая закономерность наблюдается и в Республике Казахстан. Согласно исследованию, выполненному с участием фонда Организации объединенных наций (ООН) в области народонаселения (UNFPA), к 2050 году численность лиц старше 65 лет в Казахстане вырастет вдвое по сравнению с 2019 годом – с 1,4 до 3,4 миллиона человек, а их доля в общей численности населения возрастёт с 7,5% в 2019 году до 14% (UNFPA Казахстан, 2021).

Казахстан активно демонстрирует свою приверженность Целям устойчивого развития (ЦУР), интегрируя их в Систему государственного планирования (UNDP Казахстан, 2024). Одним из важных аспектов данной интеграции является неформальный уход, который играет ключевую роль в достижении этих целей. Неформальный уход тесно связан с реализацией ЦУР-3, посвященной обеспечению здорового образа жизни и содействию благополучию для всех, ЦУР-5, направленной на достижение гендерного равенства и расширения прав и возможностей всех женщин, девочек, а также ЦУР-10, целью которой является сокращение неравенства внутри стран и между ними. Эти цели взаимосвязаны, поскольку неформальный уход оказывает непосредственное влияние на здоровье и качество жизни, а также на распределение обязанностей по уходу между мужчинами и женщинами, влияя на социальные и экономические диспропорции.

Рост числа хронической патологии и инвалидности среди пожилых влечёт за собой снижение качества жизни и повышение бремени лиц, осуществляющих уход за ними, что является существенной проблемой (Faronbi & Olaogun, 2017). Увеличение нагрузки на лиц, осуществляющих уход тесно связано с ростом числа задач по уходу за пожилым, включающих как базовую активность повседневной жизни (Activities of Daily Living, ADL), так и инструментальную деятельность в повседневной жизни (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) (Riffin, Van Ness, Wolff, & Fried, 2019).

Особенно это проявляется при уходе за пожилыми, страдающими хроническими заболеваниями, деменцией или находящимися в терминальных состояниях (Connors et al., 2020; Perpiñá-Galvañ et al., 2019). Уход за такими пациентами требует значительных физических усилий, эмоциональных и финансовых ресурсов, что многократно усиливает ощущение бремени и снижает качество жизни.

Качество жизни и бремя, связанное с уходом за пожилыми, также могут изменяться под воздействием демографических и социально-экономических факторов. Более старший возраст и низкий уровень образования лиц, осуществляющих уход, как правило коррелируют с повышенным риском эмоционального и физического истощения (Chien et al., 2024). Особенно уязвимы женщины, чаще выступающие в роли лица, осуществляющего уход (Xiong et al., 2020). Если женщина осуществляет уход за супругом, её нагрузка может значительно увеличиваться, так как эмоциональная привязанность и социальные ожидания накладывают дополнительные обязательства (Bom, Bakx, Schut, & van Doorslaer, 2019). Кроме того, принадлежность к азиатской этнической группе может являться значимым фактором, влияющим на уровень бремени ухода. В некоторых исследованиях данный фактор ассоциируется с повышением бремени, при этом отдельные работы указывают на противоположные результаты (Isac, Lee, & Arulappan, 2021; Pan, Chen, & Yang, 2022).

Количество часов, затрачиваемых на уход в неделю, а также продолжительность самого ухода представляют собой важные предикторы нагрузки на лиц, осуществляющих уход (Rodríguez-González, Rodríguez-Míguez, & Claveria, 2021). Чем больше времени требуется на выполнение задач по уходу, тем сильнее сокращается время для личного досуга, отдыха и участия в социальной жизни. Вынужденное сокращение свободного времени неизбежно ведёт к социальной изоляции, снижению уровня активности и как следствие, к ухудшению качества жизни (Liao, Wang, Zeng, & Zeng, 2024). В этих условиях отсутствие социальной поддержки, в том числе со стороны семьи, друзей, организаций различных форм собственности становится дополнительным фактором, негативно влияющим на тяжесть бремени и качество жизни лица, осуществляющего уход (Del-Pino-Casado, Frías-Osuna, Palomino-Moral, Ruzafa-Martínez, & Ramos-Morcillo, 2018).

Бремя ухода за пожилыми людьми варьируется в зависимости от страны, ее социально-экономических условий и социокультурных особенностей. В странах с развитой системой поддержки нагрузка на лиц, осуществляющих уход снижается за счёт доступных социальных и медицинских ресурсов, тогда как в государствах с ограниченными ресурсами основное бремя ложится на семью, приводя к физическому, эмоциональному и финансовому истощению. В обществах с сильными семейными традициями уход чаще осуществляется родственниками, в то же время в культурах с развитыми коллективными формами поддержки нагрузка распределяется более равномерно (UNECE, 2019).

В Казахстане, традиционные семейные ценности играют значительную роль. Уход за пожилыми в большинстве случаев осуществляется родственниками, формальная поддержка лиц, осуществляющих уход остаётся недостаточной. При этом дефицит исследований, посвящённых влиянию указанных факторов на качество жизни и степень нагрузки ухаживающих, ограничивает возможности разработки эффективных мер социальной и медицинской помощи. Исследование предикторов бремени ухода является важным шагом для формирования политики, направленной на поддержку лиц, осуществляющих уход, снижение их нагрузки и повышение их качества жизни

Цель: провести комплексную оценку качества жизни, связанного с уходом, выявить его детерминанты и разработать рекомендации, направленные на повышение качества жизни лиц, осуществляющих уход за пожилыми на дому.

Задачи

1. Изучить правовые и медико-социальные аспекты, связанные с оказанием поддержки лицам, осуществляющим уход за пожилыми людьми в Республике Казахстан.
2. Изучить качество жизни и бремя, связанные с уходом у лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми.
3. Изучить основные факторы, влияющие на качество жизни и бремя у лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми людьми
4. Проанализировать мнения специалистов первичной медико-санитарной помощи, социальных служб и лиц, осуществляющих неформальный уход о существующих мерах медико- социальной поддержки.
5. Разработать практические рекомендации, направленные на повышения качества жизни и уменьшение бремени лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми.

Научная новизна

Впервые в здравоохранении Республики Казахстан:

1. Проведена комплексная оценка качества жизни и бремени у лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми, определены характеристики лиц, осуществляющих неформальный уход на дому;
2. Установлены значимые факторы, оказывающие влияние на качество жизни и бремя лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми на дому;
3. Определены специфические проблемы, нужды и потребности лиц, осуществляющих уход за пожилыми на дому;
4. На основе межсекторального подхода, учитывающего мнения специалистов в области здравоохранения и социальных услуг, проведен анализ проблем неформального ухода за пожилыми людьми на дому;
5. Разработаны и предложены научно-обоснованные практические рекомендации, направленные на повышение качества жизни и уменьшение бремени лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми.

Теоретическая значимость

Проведённое исследование способствует углублению научного понимания комплексного влияния факторов на качество жизни и бремя лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми людьми.

Анализ нормативных правовых аспектов и существующих мер медико-социальной поддержки расширяет существующие представления о неформальном уходе, позволяя определить ключевые недостатки текущих подходов, что даёт возможность предложить новые, более эффективные стратегии.

Результаты исследования могут быть использованы для разработки рекомендаций, направленных на улучшение теоретической подготовки студентов медицинских и социальных специальностей, а также послужит базой для последующих научных исследований, направленных на совершенствование системы поддержки лиц, осуществляющих неформальный уход и оптимизацию ухода за пожилыми в домашних условиях.

Практическая значимость

1. Опросники для оценки качества жизни и бремени, связанных с уходом могут быть использованы в работе врачей общей практики, психологов, социальных работников, участковых медицинских сестер. Инструменты исследования внедрены в практическое здравоохранение городских поликлиник городов Астана, Алматы, Семей и Актобе.

2. Инструменты исследования для оценки качества жизни и бремени, связанных с уходом внедрены в учебно-методический процесс Западно-Казахстанского медицинского университета имени Марата Оспанова на кафедре общей врачебной практики № 2 для интернов 7 курса по специальности «Общая медицина» в дисциплину «Алгоритмы ведения пациентов в ОВП»; для резидентов по специальности «Общая врачебная практика», «Семейная медицина» в дисциплину «Вопросы психического здоровья в практике семейного врача».

3. Проведён мастер-класс для медицинских сестер на тему «Оценка бремени у лиц, осуществляющих уход на уровне ПМСП».

4. Разработанные методические рекомендации, направлены на укрепление межсекторального, командного и междисциплинарного взаимодействия с целью оказания всесторонней поддержки лицам, осуществляющим уход за пожилыми, а также снижения бремени и улучшения качества их жизни в Республике Казахстан.

5. Подготовлена брошюра для специалистов ПМСП о неформальном уходе и шкалах для оценки качества жизни и уровня бремени ухаживающих.

Основные положения, выносимые на защиту

В Республике Казахстан, несмотря на предпринятые шаги в области медико-социальной поддержки неформального ухода, «семейная модель» ухода является основным способом организации ухода за пожилыми людьми в Казахстане.

Лица, осуществляющие уход за пожилыми на дому, сталкиваются с физическими, финансовыми и психологическими трудностями, связанными с уходом, что негативно сказывается на их качестве жизни и способствует увеличению уровня бремени ухода.

Основными предикторами, влияющими на качество жизни и бремя лиц, осуществляющих уход за пожилыми, являются состояние здоровья лиц, осуществляющих уход и получателя ухода, принадлежность ухаживающего к казахской национальности. На бремя ухода дополнительно оказывают влияние принадлежность ухаживающего к женскому полу и количество часов, затрачиваемых на выполнение задач по уходу.

Лица, осуществляющие неформальный уход испытывают социальную изоляцию, проблемы с совмещением ухода и трудовой деятельности, потребность в психологической поддержке и формальной помощи.

Апробация работы

Основные положения работы были обсуждены и представлены на:

III Международной научно-практической конференции «Резидентура по семейной медицине: достижения, проблемы и перспективы» по теме: «Текущее состояние нормативно-правовых аспектов медико-социальной помощи лицам, осуществляющим уход за пожилыми в Республике Казахстан» (Актобе, 2023 год)

XVI Международной научно-практической конференции им. Атчабарова Б. А. «Экология. Радиация. Здоровье», посвященной 70-летию НАО «Медицинский Университет Семей» по теме: «Гендерные различия неформального неоплачиваемого ухода у взрослых лиц, осуществляющих уход за пожилыми на дому» (Семей, 2023 год).

XVI European Public Health Conference по теме: «Perception of informal care for elderly by healthcare and social care workers in Kazakhstan» (Дублин, Ирландия 2023 год) индексируемую в базе данных Web of Science, с публикацией тезиса в журнале European journal of Public Health (импакт-фактор 3,7; квартиль Q1) и Scopus (CiteScore 5,6; 76-й процентиль).

Публикации по теме диссертации

В рамках диссертационного исследования опубликовано 8 научных работ, среди которых: 2 (две) публикации в международном рецензируемом научном журнале Frontiers in Public Health, индексируемом в базах данных Web of Science (импакт-фактор 3,0; квартиль Q2) и Scopus (CiteScore 4,8; 70-й процентиль); 1 (одна) публикация в международном научном журнале Sustainability, индексируемом в базах данных Web of Science (импакт-фактор 3,3; квартиль Q3) и Scopus (CiteScore 6,8; 88-й процентиль); 3 (три) публикации в научных изданиях, рекомендованных Комитетом по контролю в сфере образования и науки МНВО РК, а также 2 (два) тезиса в сборниках материалов международных научных конференций, включая 1 (одну) зарубежную, индексируемую в базе данных Web of Science (импакт-фактор 3,7; квартиль Q1) и Scopus (CiteScore 5,6; 76-й процентиль).

Соответствие направлениям развития науки или государственным программам

Диссертационное исследование проведено в рамках научно-технического проекта «Комплексная оценка лиц, осуществляющих уход за пожилыми на дому», финансируемого НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова» приказ от 14.03.2023г. №13/2-18-142-Н/К и соответствует приоритетным направлениям развития науки, установленным государственными программами, в частности, направлению «Наука о жизни и здоровье», утверждённому Высшей научно-технической комиссией на 2022–2024 годы. Указанное направление является одним из ключевых в рамках государственной политики, направленной на укрепление конкурентоспособности научного потенциала страны.

Внедрение результатов исследования

Материалы проведённого исследования внедрены в практическое здравоохранение: ГКП «ГП №4», «ГП №2» на ПХВ ГУ «УЗ Актюбинской области», центр лучших практик на базе ГКП КСМ» НАО «ЗКМУ имени Марата Оспанова»; ГКП «ГП №15» на ПХВ города Алматы, ГКП на ПХВ «Городская больница «Алатау» г. Алматы, ТОО «Smart Health city» г.Алматы; ГКП на ПХВ «ГП № 2» область Абай г. Семей, Медицинское учреждение «ПОБЕДА» область Абай, г. Семей, Медицинский центр «Жан-Ер», г. Семей; ГКП на ПХВ «ГП №7» акимата города Астаны. Кроме того, результаты исследования внедрены в учебно-методическую работу кафедры Общей врачебной практики №2 НАО «ЗКМУ имени Марата Оспанова».

Личный вклад докторанта включает организацию и проведение сбора данных, статистическую обработку и анализ полученных результатов, их интерпретацию и обсуждение. Автор самостоятельно подготовил и написал все разделы диссертации, получил авторские свидетельства и обеспечил внедрение результатов исследования в практику. Вклад докторанта в подготовку каждой публикации заключался в формулировании и интерпретации результатов и основных выводов, обсуждении их значимости и подготовку рукописи к публикации.

Объём и структура диссертации

Диссертация включает следующие разделы: введение, обзор литературы, материалы и методы исследования, результаты исследования, заключение, выводы и практические рекомендации. Список использованной литературы насчитывает 269 источников. Общий объём диссертации составляет 116 страниц компьютерного текста и сопровождается 16 таблицами, 14 рисунками и 9 приложениями.

Материалы и методы

Дизайн исследования: в рамках данной диссертационной работы использовался смешанный дизайн исследования (mixed-methods research), который включал в себя: количественное поперечное исследование с

использованием структурированного опросника iMTA Valuation of Informal Care Questionnaire (iVICQ) и качественное тематическое исследование с проведением полуструктурированных интервью.

Для задачи 1 (Scoping Review)

Объект исследования: научные публикации в базах данных Medline/PubMed, Web of Science Core Collection, Scopus, Google Scholar и информационно – правовая система нормативных правовых актов Республики Казахстан «Адилет» <https://adilet.zan.kz/rus>.

Предмет исследования: существующие меры медико-социальной поддержки лиц, осуществляющих уход за пожилыми людьми в Республике Казахстан и за рубежом.

Для задач 2 и 3 (количественное поперечное исследование)

Объект исследования: лица, осуществляющие неформальный уход за пожилыми людьми в возрасте ≥ 65 лет, имеющие не менее двух ограничений в выполнении повседневной активности (ADL).

Предмет исследования: качество жизни и бремя лиц, связанные с уходом и качество жизни, связанное со здоровьем

Критерии включения

- Лица старше 18 лет, осуществляющие неформальный уход за пожилыми ≥ 65 лет с хотя бы с двумя ограничениями по ADL, более двух недель.

Критерии исключения

- Лица младше 18 лет, осуществляющие неформальный уход за пожилыми до 65 лет без ограничений ADL, менее двух недель.
- Лица с нарушениями коммуникации

Расчёт выборки

Для выявления взаимосвязи между зависимой переменной и потенциальными предикторами был произведён расчёт необходимого размера выборки для регрессионного анализа с помощью программного обеспечения G-Power. С учётом пяти предикторов и предполагаемой доли объяснённой дисперсии не менее 15%, расчёт проводился при уровне статистической значимости $\alpha = 0,05$ и мощности исследования $(1 - \beta) = 80\%$. Для компенсации возможных отказов или недостающих данных было добавлено 20% к рассчитанному размеру выборки. Таким образом, итоговый объем выборки составил 396 человек.

Набор респондентов

Исследование было проведено в 4 городах: двух мегаполисах-Астана, Алматы, и двух крупных-Семей, Актобе. Через медицинские учреждения: были выявлены пожилые люди в возрасте 65 лет и старше, испытывающие ограничения по ADL. Впоследствии члены семьи, были приглашены к участию в исследовании посредством телефонного звонка или при посещении пожилых на дому.

Инструмент исследования

Анкета iVICQ была разработана Институтом политики и менеджмента в области здравоохранения Erasmus Universaty Rotterdam (iBMG;

<http://www.ibmng.nl>) и Институтом оценки медицинских технологий Institute of Medical Technology Assessment (iMTA; <http://www.imta.nl>). iVICQ предоставляет собой всесторонний и последовательный выбор инструментов для исследования неформального ухода.

Анкета для оценки неформального ухода (iVICQ) состоит из нескольких разделов и включает:

1. **Общие характеристики лиц, осуществляющих уход и получателей ухода** (возраст, пол, уровень образования, наличие оплачиваемой работы, семейный доход, состояние здоровья (EQ-5D), уровень повседневной активности жизни (шкала Бартела).
2. **Характеристики ситуации по неформальному уходу** (качество жизни (CarerQol-7D) и бремя, связанные с уходом (Caregiver Strain Index plus, CSI+) (Al-Janabi, Frew, Brouwer, Rappange, & Van Exel, 2010)).
3. **Оценка текущей ситуации по неформальному уходу** (ASsessment of Informal care Situation, ASIS) ASIS-удовлетворенность от ухода (Hoefman, Van Exel, & Brouwer, 2011); (Self-Rated Burden, SRB) SRB – субъективное бремя неформального ухода; (Process Utility, PU) PU – ценность процесса неформального ухода (Brouwer, van Exel, van den Berg, van den Bos, & Koopmanschap, 2005); (Perseverance time, Pt) (Pt)-выносливость или как долго они смогут продолжать уход.

Характеристики лиц, осуществляющих уход

Женщины составили большинство среди участников исследования (79,3% (95% ДИ: 75; 83)). Средний возраст составил $42,74 \pm 12,7$ года. Большая часть респондентов была в браке (63,7% (95% ДИ: 58; 68)), относилась к казахской национальности (63,5% (95% ДИ: 59; 68)) и имела высшее образование (52,3% (95% ДИ: 47; 57)). Среди ухаживающих с высшим образованием 49,3% (95% ДИ: 44; 54) совмещали уход с работой. Только 30% (95% ДИ: 25; 34) участников указали, что имели возможность выбора перед тем, как взять на себя обязанности по уходу.

Характеристики получателей помощи

Большинство участников женщины, средний возраст которых составил $73,5 \pm 7,8$ лет. У 45% (95% ДИ: 42; 52) пожилых наблюдались проблемы со здоровьем, связанные с возрастом, в то время как 31,3% (95% ДИ: 28; 38) страдали от хронических заболеваний. Доля получателей ухода с выраженной зависимостью по ADL составила 42,5% (95% ДИ: 40; 50). Большинство пожилых людей (78% (95% ДИ: 77; 85)) проживали совместно с другими членами семьи, в то время как 22% самостоятельно. Установлено, что 43,5% (95% ДИ: 39; 48) лиц, осуществляющих уход, предоставляли уход за собственными родителями или родителями супруга(и).

Статистический анализ

Статистический анализ данных выполнен с использованием IBM SPSS Statistics версии 22.0 (IBM Corp.) и RStudio версии 4.3.1 (Posit Software, PBC). Нормальность распределения оценивали с помощью теста Шапиро-Уилка. Количественные переменные с нормальным распределением представлены

как $M \pm SD$, с асимметричным — как Me (IQR, 25–75%). Категориальные переменные представлены в абсолютных и относительных значениях (%) с 95% ДИ. Для межгруппового сравнения применяли U-тест Манна-Уитни (асимметричные данные) и χ^2 -критерий (категориальные данные) при $p < 0,05$. Факторы, влияющие на качество жизни и бремя ухода, оценены с помощью одно- и многофакторного регрессионного анализа. Качество жизни (CaregQOL-7D) оценивали методом линейной регрессии, бремя ухода (CSI+) - логистической регрессии. Корреляционный анализ методом Спирмена использовался для исключения мультиколлинеарности. В многофакторной модели применялся метод обратной пошаговой регрессии с критерием Вальда. Рассчитывались коэффициенты регрессии (β для линейной модели, OR для логистической), p-value и 95% доверительные интервалы.

Для анализа EQ-5D-5L применялись инструменты RStudio с пакетом «eq5d». Оценивалась частота категории «некоторые проблемы» в пяти измерениях (мобильность, самообслуживание, обычная деятельность, боль/дискомфорт, тревога/депрессия), а также 10 наиболее распространенных профилей состояния здоровья. Надежность шкал оценивалась по коэффициенту альфа Кронбаха. Во всех анализах статистическая значимость установлена при $p < 0,05$.

Для задачи 4

Объект исследования: специалисты ПСМП (врачи общей практики, психологи, социальные работники, медицинские сестры), социальных служб и лица, осуществляющие уход за пожилыми на дому.

Предмет исследования: мнения, суждения, взгляды респондентов о существующих мерах медико-социальной помощи лицам, осуществляющим уход за пожилыми и их потребностях.

Способ формирования выборки и набор респондентов

Выборка формировалась динамически в процессе исследования на основе возникающих дополнительных вопросов и анализа данных. Сбор данных был завершён на момент достижения «точки насыщения», обозначающий момент в исследовательском процессе, когда в результате анализа данных не выявляются новые темы или аспекты (Moser & Korstjens, 2018). Ключевые информанты из числа специалистов ПСМП и социальной службы были набраны методом целенаправленной выборки из списка учреждений города Актобе, выбранных случайным образом. Лица, осуществляющие уход, были набраны из числа предварительно прошедших этап анкетирования и имеющих уровень бремени $CSI + \geq 7$, баллов.

Обработка данных

Для анализа полученной информации был использован контент-анализ с применением индуктивного и дедуктивного подходов. Аудиозаписи интервью были дословно расшифрованы в текстовом формате с использованием Microsoft Word. Процесс кодирования категорий осуществлялся с помощью программы MAXQDA 2022 (VERBI Software, Германия).

Для задачи 5

На основе интеграции количественных и качественных данных были разработаны практические рекомендации по оптимизации системы поддержки и улучшению качества жизни и бремени лиц, осуществляющих уход.

Результаты собственных исследований

Результаты по задаче 1

Анализ нормативно-правовых актов, регулирующих оказание медико-социальной помощи лицам, осуществляющим уход в Республике Казахстан, позволил выделить следующие основные темы: 1) Концепция «лицо, осуществляющее неформальный уход»; 2) Законодательное регулирование ухода за пожилыми; 3) Социальные гарантии для лиц, осуществляющих уход; 4) Поддержание баланса между профессиональной деятельностью и обязанностями по уходу; 5) Выплаты пособий по уходу 6) поддержка здравоохранения.

Результаты по задаче 2

Средний балл качества жизни, связанного со здоровьем у лиц, осуществляющих уход (EQ-VAS), составил $84,1 \pm 13,4$. В ходе анализа также рассчитывалась частота встречаемости «некоторых проблем», отражающих умеренные отклонения в одном из пяти измерений здоровья (мобильность, самообслуживание, привычная повседневная деятельность, боль/дискомфорт, тревога/депрессия). Результаты которого показали, что 35,8% (95% ДИ: 31; 40) респондентов отметили наличие симптомов тревожности и депрессии, а 31,4% (95% ДИ: 22; 30) указали на наличие боли и дискомфорта. Средний балл EQ-VAS, отражающий качество жизни, связанное со здоровьем у пожилых людей, составил $40 \pm 14,6$ баллов. Наиболее выраженными проблемами со здоровьем у пожилых были ограничение подвижности (99,7% (95 % ДИ: 98; 99)), и затруднения при выполнении привычной повседневной деятельности (98.2% (95 % ДИ: 91; 99)).

Средний балл показателя качества жизни, связанного с уходом, по инструменту CarerQol-7D составил $87,2 \pm 49,5$, а по шкале CarerQol-VAS $8,1 \pm 1,9$. Высокая удовлетворённость выполняемой ролью установлена у 40,5% (95% ДИ: 36; 45), умеренная у 49,8% (95% ДИ: 49; 56), и отсутствие удовлетворённости у 9,8% (95% ДИ: 7; 13) респондентов. Около трети респондентов заявили, что столкнулись с проблемами в отношениях с пожилыми родственниками, трудностями, связанными с физическим здоровьем, совмещением задач по уходу с повседневной деятельностью и финансовыми трудностями. Кроме того, около четверти лиц, осуществляющих уход за пожилыми, признали наличие психологических проблем.

Анализ бремени (CSI+) у лиц, осуществляющих неформальный уход выявил наличие «положительных аспектов», связанных с уходом у 52,8 (95% ДИ: 48; 58), «легкого-умеренного» бремени у 32,0% (95% ДИ: 28; 37) и «значительного» бремени ($CSI+ \geq 7$) у 15,3% (95% ДИ: 12; 19) респондентов. Более детальный анализ негативных аспектов ухода показал, что около

половины всех респондентов сообщили о наличии эмоциональной и физической нагрузки, а также возникновении других забот требующих их времени. Около трети всех респондентов вынуждены были внести изменения в график работы и ощущали полную подавленность в связи с уходом. Более того, 40% участников заявили, что обязанности по уходу ограничивают их и привели к изменению в личных планах и у трети к изменению структуры семьи. Средний уровень бремени по шкале SRB составил $3,1 \pm 2,8$, при этом у 47,3% участников показатель превышал пять и более баллов, что свидетельствует о повышенном уровне бремени.

Результаты по задаче 3

Для изучения влияния основных факторов на качество жизни, связанным с уходом (CaretQol-7D) нами был проведён однофакторный линейный регрессионный анализ. В соответствии со значениями коэффициентов регрессии принадлежность к женскому полу была статистически значимо связана с более высоким качеством жизни, связанным с уходом (4,55 (95% ДИ: 1,08; 8,02)) (β коэфф. (95% ДИ)), что в 4,5 раза выше по сравнению с мужчинами. С увеличением возраста лица, осуществляющего уход, качество жизни снижалось (-0,19 (95% ДИ: -0,30; -0,08)). У лиц, осуществляющих уход казахской национальности отмечается более высокий уровень качества жизни, связанного с уходом (10,64 (95% ДИ: 5,68; 15,59)) по сравнению с другими национальностями. Совместное проживание с детьми было связано с более высоким качеством жизни (5,51 (95% ДИ: 1,93; 9,09)). Однако наличие детей старше 18 лет, напротив, сопровождалось снижением качества жизни в 2 раза (-2,04 (95% ДИ: -3,62; -0,45)) раза. Лучшее состояние здоровья как у лиц, осуществляющих уход (0,37 (95% ДИ: 0,27; 0,47)), так и у получателей ухода (0,26 (95% ДИ: 0,17; 0,36)), связано с более высоким качеством жизни у лиц, осуществляющих уход. Осуществление ухода за пожилыми, полностью зависимыми по ADL, повышало вероятность снижения качества жизни почти в шесть раз (-5,88 (95% ДИ: -10,22; -1,54)). Кроме того, продолжительность ухода (-0,01 (95% ДИ: -0,02; 0,001)), интенсивность ухода (-1,04 (95% ДИ: -1,76; -0,33)) и время, затрачиваемое на задачи по уходу (-0,06 (95% ДИ: -0,10; -0,02)) оказывали отрицательное влияние на качество жизни ухаживающих.

При выявлении факторов, связанных с бременем (CSI+) в однофакторном логистическом регрессионном анализе установлено, что женщины по сравнению с мужчинами имели статистически значимо более высокую вероятность развития бремени (5,97 (95% ДИ: 1,82; 19,57)) (ОШ (95%ДИ)). Лица, осуществляющие уход в возрасте 65 лет и старше испытывали более высокий уровень бремени (5,00 (95% ДИ: 1,54; 16,19)), по сравнению с более молодыми. Кроме того, ухаживающие казахской национальности, имели меньшую вероятность развития бремени, связанного с уходом (0,26 (95% ДИ: 0,11; 0,60)) по сравнению с представителями русской и других национальностей. Лучшее состояние здоровья как у самих ухаживающих (0,96 (95% ДИ: 0,94; 0,98)), так и у тех, за кем они заботятся

(0,96 (95% ДИ: 0,95; 0,99)), снижает вероятность возникновения бремени ухода. Лица, осуществляющие уход за пожилыми с терминальными состояниями, испытывали значительно более высокую нагрузку (7,71 (95% ДИ: 1,47; 40,24)) по сравнению с теми, кто ухаживал за пожилыми с наличием других проблем со здоровьем. Забота о пожилых, полностью зависимых по ADL от посторонней помощи, характеризовалась более высокими показателями бремени (2,89 (95% ДИ: 1,32; 6,37)). Увеличения интенсивности (1,16 (95% ДИ: 1,003; 1,35)) и общего времени, затрачиваемого на задачи по уходу (1,02 (95% ДИ: 1,008; 1,02)) было статистически значимо связано с повышением вероятности увеличения бремени у лиц, осуществляющих уход.

Далее нами был проведён многофакторный логистический и линейный регрессионный анализ для выявления независимых факторов, имеющих статистическую значимость. Многофакторный линейный анализ с зависимой переменной CarerQol-7D показал, что принадлежность ухаживающего к казахской национальности является значимым предиктором качества жизни, связанного с уходом, и ассоциируется с почти десятикратным увеличением показателя качества жизни (9,86 (95% ДИ: 5,12; 14,41) (β -коэфф.(95% ДИ)). Также более высокие показатели здоровья самих ухаживающих (0,30 (95% ДИ: 0,19; 0,42)) и получателей ухода способствует повышению качества жизни, ухаживающих (0,13 (95% ДИ: 0,03; 0,24)).

В проведённом логистическом многомерном регрессионном анализе с зависимой переменной CSI+ женский пол (4,87 (95% ДИ: 1,38; 17,10)) (ОШ (95%ДИ)), здоровье лица, осуществляющего уход (0,96 (95% ДИ: 0,94; 0,98)) и время, затраченное на выполнение задач по уходу (1,01 (95% ДИ: 1,002; 1,02)), значимо влияли на развитие бремени у лиц, осуществляющих уход за пожилыми. Напротив, принадлежность ухаживающего к казахской национальности (0,28 (95% ДИ: 0,10–0,73)) по сравнению с другими национальностями была ассоциирована с меньшим уровнем бремени.

Результаты по задаче 4

В соответствии со смешанным дизайном нашего исследования, после завершения количественной части было проведено качественное исследование с лицами, осуществляющими уход (n=10) предварительно прошедшими этап анкетирования, с уровнем бремени CSI+ ≥ 7 . Средний возраст участников составил 40,9 $\pm$ 10,8 лет. Были получены следующие ключевые темы: 1) Физическое и психологическое воздействие ухода на лиц, осуществляющих уход, 2) Баланс между работой и уходом и социальная изоляция, 3) Гендерные роли в уходе за пожилыми, 4) Недостаток поддержки со стороны медицинских и социальных служб, 5) Нужды и потребности, 6) Низкая осведомлённость.

Кроме того, был проведён анализ мнений специалистов ПМСП и социальных служб о существующих мерах медико-социальной поддержки, ухаживающих за пожилыми в РК. Всего в исследовании приняли участие десять специалистов городских поликлиник и социальных служб города Актобе. Средний возраст участников составил 40,3 $\pm$ 11,89 лет. Анализ

позволил выделить четыре основные темы: 1) Отсутствие идентификации лиц, осуществляющих уход, 2) Сыновняя ответственность, 3) Большая нагрузка для специалистов ПМСП, 4) Формальный уход не для лиц осуществляющих неформальных уход.

Результаты по задаче 5

Проведённая интеграция количественных и качественных данных, анализ нормативно-правовых актов, а также обобщение лучших международных практик в сфере поддержки лиц, осуществляющих неформальный уход, обеспечили всестороннее понимание существующих проблем, выявили ключевые недостатки в системе поддержки и послужили основой для разработки научно обоснованных рекомендаций, направленных на повышение качества жизни ухаживающих и оптимизацию механизмов их социальной и медицинской поддержки.

По результатам проведённого исследования нами сделаны следующие выводы:

1. Анализ нормативно-правовых актов Республики Казахстан свидетельствует о преобладании «семейной модели» организации ухода за пожилыми, согласно которой основная ответственность возлагается на родственников. Государственная поддержка лиц, осуществляющих уход, регламентирована лишь частично, что указывает на необходимость дальнейшего совершенствования нормативно-правовой базы в данной сфере.
2. Средние показатели CarerQol-7D составили ($87,2 \pm 49,5$) и CarerQol-VAS ($8,1 \pm 1,9$), однако удовлетворённость своей ролью выразили только 40,5% (95%ДИ: 36; 45) респондентов. Основными факторами, снижающими качество жизни, стали ухудшение физического здоровья (39% (95%ДИ: 34; 42)), ограничения в повседневной деятельности (34% (95%ДИ: 30; 39)), финансовые проблемы (32% (95%ДИ: 27; 36)) и трудности в отношениях с пожилыми (27,8% (95%ДИ: 24; 32)). Оценка по шкале CSI+ выявила, что 32% (95%ДИ: 28; 37) ухаживающих испытывают лёгкое или умеренное, а 15,3% (ДИ 95%: 12; 19) – значительное бремя. При этом 49% (95% ДИ: 44; 53) респондентов отметили – наличие эмоциональных трудностей, 37% (95% ДИ: 34; 42) – наличие физической усталости, 29% (95% ДИ: 24; 33) – необходимость адаптации рабочего графика.
3. Положительное влияние на качество жизни, связанное с уходом, оказывают принадлежность к казахской национальности ($\beta = 9,82$ (95% ДИ: 5,12; 14,42)), удовлетворительное состояние их собственного здоровья ($\beta = 0,31$ (95% ДИ: 0,19; 0,42)), а также здоровье получателя ухода ($\beta = 0,13$ (95%ДИ: 0,03; 0,24)). Бремя, связанное с уходом, ассоциируется с женским полом ухаживающего (ОШ = 4,87 (95% ДИ: 1,38; 17,10)) ухудшением его здоровья (ОШ = 0,96 (95% ДИ: 0,94; 0,98)) и увеличением времени, затрачиваемого на уход (ОШ = 1,01 (95% ДИ: 1,002; 1,02)). Принадлежность к казахской национальности ассоциирована с меньшей вероятностью высокого

бремени ухода по сравнению с представителями других национальностей (ОШ = 0.28 (95% ДИ: 0,10; 0,73)).

4. Существующие меры медико-социальной поддержки РК не учитывают в достаточной мере потребности лиц, осуществляющих уход. В частности, на уровне ПМСП и социальных служб отсутствуют механизмы систематической идентификации лиц, осуществляющих уход, а их обращения рассматриваются в рамках стандартных процедур, без учёта специфики нагрузки, связанной с уходом.
5. Полученные в ходе исследования данные о качестве жизни и бремени у лиц, осуществляющих уход, а также о существующих мерах медико-социальной поддержки в Республике Казахстан позволяют рекомендовать необходимость комплексных мер, направленных на укрепление общественного здравоохранения, таких как: внедрение механизма систематической идентификации ухаживающих и оценки их качества жизни и бремени, связанного с уходом; рассмотрение возможности предоставления листа временной нетрудоспособности; расширение доступности психологической и информационной поддержки; проведение специализированного обучения медицинских и социальных работников по вопросам взаимодействия с данной категорией населения; а также совершенствование интеграции первичной медико-санитарной помощи в систему поддержки ухаживающих.