

НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени
Марата Оспанова»

УДК 614.2:616-053.9-083:316.4.066(574)

На правах рукописи

ЖЫЛКЫБЕКОВА АЛИЯ КАЛИЕВНА

Тема: «Качество жизни, связанное с уходом и его детерминанты у лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми людьми в Республике Казахстан»

8D10101 – Общественное здравоохранение

Диссертация на соискание степени
доктора философии (Ph.D.)

Научные консультанты
Ph.D., ассоциированный профессор,
Г.К. Кошмаганбетова

Ph.D., профессор, Н.Е. Глушкова

Зарубежный научный консультант:
Ph.D., профессор, А.М. Гржибовский,
Северный государственный медицинский университет

Актобе, 2025 г

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	4
ОПРЕДЕЛЕНИЯ	6
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	8
ВВЕДЕНИЕ	10
1 СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ НЕФОРМАЛЬНОГО УХОДА ЗА ПОЖИЛЫМИ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)	16
1.1 Демографические тенденции и международный опыт в организации неформального ухода	16
1.1.1 Демографические тенденции и растущая роль неформального ухода в мире и Республике Казахстан	16
1.1.2 Роль неформального ухода в системе здравоохранения и его влияние на благополучие лиц, осуществляющих уход.....	17
1.1.3 Международный опыт организации долгосрочного ухода	19
1.2 Концептуальные принципы неформального ухода	22
1.2.1 Концепция «лицо, осуществляющее уход».....	22
1.2.2 Характеристика лиц, осуществляющих уход и получателей ухода	24
1.3 Качество жизни, бремя ухода и потребности лиц, осуществляющих уход в контексте неформального ухода	29
1.3.1 Определение качества жизни, ключевые характеристики и инструменты оценки.....	29
1.3.2 Определение бремени, связанного с уходом, ключевые характеристики и инструменты оценки.....	32
1.3.3 Нужды и потребности лиц, осуществляющих уход	35
1.4 Роль ПМСП в поддержке лиц, осуществляющих неформальный уход	36
1.5 Анализ научных публикаций по неформальному уходу: мировые тенденции, Азия и Казахстан	37
2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	41
2.1 Программа диссертационного исследования.....	41
2.2 Дизайн исследования	42
2.3 Метод библиографического исследования	43
2.4 Метод Scoring review – обзор предметной области	43
2.5 Метод социологического исследования	45
2.6 Тематический контент-анализ	54
2.7 Аналитический метод. Интеграция результатов исследования.....	58
2.8 Этическая процедура и регистрация	59

2.9 Соответствие приоритетным направлениям науки и выполнения в рамках грантового финансирования	59
3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ (MIXED-METHODS RESEARCH)	60
3.1 Результаты анализа правовых и медико-социальных аспектов поддержки лиц, осуществляющих уход за пожилыми в РК в контексте международного опыта	60
3.2 Результаты оценки качества жизни и бремени у лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми в РК	69
3.3 Результаты анализа влияния основных предикторов на качество жизни и бремя, связанные с неформальным уходом за пожилыми людьми	76
3.4 Результаты анализа мнений лиц, осуществляющих уход за пожилыми о существующей модели поддержки в РК	83
3.5 Результаты анализа мнений специалистов здравоохранения и социальных служб о существующей модели медико-социальной поддержки лиц, осуществляющих уход за пожилыми в РК	90
3.6 Разработка практических рекомендаций	94
ОБОБЩЕНИЕ И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	106
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	117
ПРИЛОЖЕНИЯ	137

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие нормативные правовые акты:

- 1) Конституция Республики Казахстан: утв. 30 августа 1995 года;
- 2) Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения: утв. 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК;
- 3) Закон Республики Казахстан. О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам социальной защиты отдельных категорий граждан: утв. 12 октября 2021 года, № 67-VII ЗРК;
- 4) Закон Республики Казахстан. О минимальных социальных стандартах и их гарантиях: утв. 19 мая 2015 года, №314-V ЗРК;
- 5) Закон Республики Казахстан. Об обязательном социальном медицинском страховании: утв. 16 ноября 2015 года, № 405-V ЗРК;
- 6) Социальный Кодекс Республики Казахстан: утв. 20 апреля 2023 года, №224-VII ЗРК;
- 7) Трудовой кодекс Республики Казахстан: утв. 23 ноября 2015 года, №414-V ЗРК;
- 8) Кодекс Республики Казахстан. О браке (супружестве) и семье: утв. 26 декабря 2011 года, №518-IV;
- 9) Приказ Министерства Здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении правил проведения экспертизы временной нетрудоспособности, а также выдачи листа или справки о временной нетрудоспособности: утв. 18 ноября 2020 года, № КР ДСМ-198/2020;
- 10) Приказ и.о. Министерства Здравоохранения Республики Казахстан. О внесении изменений и дополнений в приказ МЗ РК от 29 декабря 2020 года №КР ДСМ-333/2020 «Об утверждении правил ведения учёта потребителей медицинских услуг и предоставления права на получение медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования: утв. 31 октября 2022 года, №КР ДСМ-122/2022;
- 11) Приказ Министерства Здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Стандарта организации оказания гериатрической и геронтологической помощи в Республики Казахстан: утв. 23 июня 2021 года, №КР ДСМ-55/2021;
- 12) Приказ Министерства Здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи: утв. 24 августа 2021 года, № КР ДСМ-90;
- 13) Приказ Министерства Здравоохранения Республики Казахстан. О внесении изменения в приказ МЗ РК от 23 октября 2020 года № КР ДСМ-149/2020 «Об утверждении правил организации оказания медицинской помощи лицам с хроническими заболеваниями, периодичности и сроков наблюдения, обязательного минимума и кратности диагностических исследований: утв. 25 сентября 2024 года, №КР ДСМ-73/2024;

- 14) Приказ заместителя Премьер-Министра – Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан. Об утверждении стандартов оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения: утв. 29 июня 2023 года, № 263;
- 15) Указ Президента Республики Казахстан. Об утверждении Концепции семейной и гендерной политики в Республике Казахстан до 2030 года: утв. 6 декабря 2016 года, № 384.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей диссертации использованы следующие термины с соответствующими определениями:

Лицо, осуществляющее уход – физическое лицо, непосредственно осуществляющее уход за лицом с инвалидностью первой группы независимо от родственной связи с ним) [1];

Лицо, осуществляющее неформальный уход – лицо, оказывающее помощь пожилому члену семьи, друзьям или другим людям из своего окружения, проживающим как вместе с ним, так и отдельно, нуждающимся в поддержке в повседневных делах [2];

Основное лицо, осуществляющее уход – лицо, которое идентифицирует себя как основного ответственного за уход и (или) тратит большую часть времени на предоставление ухода [3];

Второстепенное лицо, осуществляющее уход – лицо, осуществляющее периодический или дополнительный уход за пожилым [3];

Получатель ухода – лицо, которому требуется постоянная повседневная помощь в связи с имеющимся заболеванием или инвалидностью [3];

Неформальный уход – непрофессиональный уход, предоставляемый на добровольной основе человеку, нуждающемуся в уходе, помощи или поддержке на регулярной основе [4];

Формальный уход – оплачиваемые услуги по долгосрочному уходу, предоставляемые персоналом, нанятым через формальную организацию [4];

Качество жизни – это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами [5];

Бремя, связанное с уходом – многомерная реакция на физические, психологические, эмоциональные, социальные и финансовые стрессовые факторы, возникающие в процессе ухода [6];

Субъективное бремя – отражает личные чувства и эмоциональные переживания лица, осуществляющего уход [7];

Объективное бремя – отражает конкретные действия или события, связанные с негативными аспектами ухода, такими как физические и финансовые трудности, временные ограничения и социальная изоляция [7];

Первичная медико-санитарная помощь – место первого доступа к медицинской помощи, ориентированной на нужды населения, включающей профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, оказываемых на уровне человека, семьи и общества [8];

Социальный работник – работник, оказывающий специальные социальные услуги и (или) осуществляющий оценку и определение потребности в специальных социальных услугах, имеющий необходимую квалификацию, соответствующую установленным требованиям [1];

Мультидисциплинарная группа – группа различных специалистов, формируемая в зависимости от характера нарушения функций и структур организма пациента, тяжести его клинического состояния [9];

Специальные социальные услуги – комплекс услуг, обеспечивающих лицу (*семье*), находящемуся в трудной жизненной ситуации, условия для преодоления возникших социальных проблем и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества [1];

Социальные детерминанты здоровья – это немедицинские факторы, которые влияют на результаты в отношении здоровья. Это условия, в которых люди рождаются, растут, работают, живут и стареют, а также более широкий набор сил и систем, формирующих условия повседневной жизни. Эти силы и системы включают экономическую политику и системы, программы развития, социальные нормы, социальную политику и политические системы [10];

Система долговременного ухода – комплексная поддержка, включающая социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной формах, с привлечением патронажной службы и сиделок, а также семейный уход [11].

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ООН	– Организация Объединенных Наций
ЮНФПА	– Фонд ООН в области народонаселения
США	– Соединенные Штаты Америки
ADL	– Active Daily Living (активность повседневной жизни)
IADL	– Instrumental Activities of Daily Living (инструментальная деятельность повседневной жизни)
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ВВП	– Валовый внутренний продукт
QoL	– Quality of life (качество жизни)
HRQoL	– Health related Quality of life (качество жизни, связанное со здоровьем)
CRQoL	– Care-related Quality of Life (качество жизни, связанное с уходом)
EQ-5D-5L	– Standardised measure of health-related quality of life (инструмент для оценки качества жизни, связанного со здоровьем)
WHOQOL-BREF	– World Health Organization Quality-of-Life Scale (шкала качества жизни ВОЗ)
CQOLC	– Caregiver Quality of Life Index-Cancer (индекс качества жизни ухаживающих за пациентами с раком)
CarerQoL-7D	– Carer Quality of life (инструмент для оценки качества жизни лица, осуществляющего уход)
ASCOT-Carer	– Adult Social Care Outcomes Toolkit (инструмент оценки результатов социальной помощи взрослым)
CBI	– Caregiver Burden Inventory (шкала нагрузки лица, осуществляющего уход)
ZBI	– Zarit Burden Interview (шкала бремени Зарит)
CSI	– Caregiver Strain Index (индекс бремени лица, осуществляющего уход)
PAC	– Positive Aspects of Caregiving (инструмент оценки положительных аспектов ухода)
LTC	– Long-term care (долгосрочный уход)
NHIF	– National Health Insurance Fund (Национальный фонд медицинского страхования)
FMLA	– Family and Medical Leave Act (Закон о семейных и медицинских отпусках)
STROBE	– Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (руководство для авторов, необходимое для повышения качества отчётов о наблюдательных исследованиях в эпидемиологии)
COREQ	– Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (консолидированные критерии для отчётности в

	качественных исследованиях; контрольный список, разработанный для обеспечения прозрачности и полноты отчётности в качественных исследованиях)
MeSH	– Medical Subject Headings (медицинские рубрики – система контролируемого словаря, разработанная Национальной медицинской библиотекой (NLM) США для индексирования, каталогизации и поиска биомедицинской и медицинской информации
ПМСП	– Первичная медико-санитарная помощь
ГП	– Городская поликлиника
iMTA	– Institute for Medical Technology Assessment (институт оценки медицинских технологий)
iVICQ	– iMTA Valuation of Informal Care Questionnaire (опросник по оценке неформального ухода)
VAS	– Visual Analogue Scale (визуальная аналоговая шкала)
ASIS	– Assessment of Informal care Situation (оценка ситуации неформального ухода)
Pt	– Perseverance time (время настойчивости – период, в течение которого человек готов проявлять настойчивость и упорство в осуществлении ухода)
PU	– Process Utility (полезность процесса – ценность, полученная от осуществления ухода независимо от итогового результата)
SRB	– Self-Rated Burden (самооценка бремени – субъективная оценка степени тяжести нагрузки или стресса, связанного с уходом)
IQR	– Interquartile Range (межквартильный размах)
Me	– Median (медиана)
ВОП	– Врач общей практики
МИС	– Медицинская информационная система – информационная система, обеспечивающая ведение процессов субъектов здравоохранения в электронном формате

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

Демографические изменения в мире свидетельствуют о стабильном росте доли пожилого населения. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), численность населения в возрасте 60 лет и старше к 2030 году достигнет 1,4 млрд человек, что представляет собой значительное увеличение по сравнению с 1 млрд человек в 2020 году. Прогнозируется, что к 2050 году это число удвоится и составит 2,1 млрд человек. Кроме того, в период с 2020 по 2050 годы численность населения в возрасте 80 лет и старше увеличится втрое, достигнув 426 млн человек [12].

Данная демографическая закономерность наблюдается и в Казахстане. Согласно исследованию, выполненному с участием фонда Организации объединённых наций (ООН) в области народонаселения (ЮНФПА), 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 возрастет с 7,5% в 2019 году до 14% [13].

Казахстан активно демонстрирует свою приверженность Целям устойчивого развития (ЦУР), интегрируя их в Систему государственного планирования [14]. 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, посвящённой 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.

В этом контексте особую значимость приобретает совершенствование законодательной базы в сфере здравоохранения. В Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (2020 г.) закреплены принципы социальной ориентированности, приоритетности профилактики и преемственности медицинской помощи, направленные на защиту прав граждан на охрану здоровья и улучшение их качества жизни [15]. Однако в условиях роста числа хронических заболеваний и увеличения уровня инвалидности среди пожилого населения возрастает нагрузка на лиц, осуществляющих уход [16]. 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) [17]. Особенно это проявляется при уходе за пожилыми, страдающими хроническими заболеваниями, деменцией или находящимися в терминальных состояниях [18]. 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 высокий уровень образования лиц, осуществляющих уход, как правило коррелируют с повышенным риском бремени [19]. Особенно уязвимы женщины, чаще выступающие в роли лица, осуществляющего уход [20]. Эмоциональная привязанность и социальные ожидания накладывают дополнительные обязательства на лиц, осуществляющих уход за супругом, может значительно увеличивать их бремя [21]. 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 [22, 23].

Количество часов, затрачиваемых на уход в неделю, а также продолжительность самого ухода представляют собой важные предикторы нагрузки на лиц, осуществляющих уход [24, 25]. 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 [26]. 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 [27].

В Казахстане существует дефицит исследований, посвященных изучению влияния указанных факторов на качество жизни и бремя лиц, осуществляющих уход, что указывает на необходимость изучения предикторов для последующей разработки более эффективной политики, направленной на поддержку лиц, осуществляющих уход, а также 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, проведён 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 сестёр (Приложение А). Инструменты исследования внедрены в практическое

здравоохранение городских поликлиник городов Астана, Алматы, Семей и Актобе (Приложение В).

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» (Приложение Г).

3. Проведён мастер-класс для медицинских сестёр на тему «Оценка бремени у лиц, осуществляющих уход на уровне ПМСП» (Приложение Ж).

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 (Приложение З).

5. Подготовлена брошюра для специалистов ПМСП о неформальном уходе и шкалах для оценки качества жизни и бремени ухаживающих (Приложение И).

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», посвящённой 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).

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/Қ

Внедрение результатов исследования

Материалы проведённого исследования внедрены в практическое здравоохранение: ГКП «ГП №4» на ПХВ ГУ «УЗ Актюбинской области»; ГКП «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; КГП на ПХВ «ГП № 2» область Абай г. Семей; Медицинское учреждение «ПОБЕДА» 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.

1 СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ НЕФОРМАЛЬНОГО УХОДА ЗА ПОЖИЛЫМИ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

1.1 Демографические тенденции и международный опыт в организации неформального ухода

1.1.1 Демографические тенденции и растущая роль неформального ухода в мире и Республике Казахстан

Вторая половина двадцатого века характеризуется увеличением количества людей пожилого возраста. Как правило, к этой категории относятся мужчины и женщины в возрасте 60 лет и старше. В 2018 году их численность впервые в мировой истории превысила количество детей младше пяти лет. Согласно прогнозам, к 2050 году численность пожилых людей в мире удвоится относительно детей младше пяти лет и будет превышать численность людей в возрасте от 15 до 24 лет [28]. При этом, большая часть пожилых (80%) будет проживать в странах с низким и средним уровнем дохода [12].

Общепризнанные тенденции мировой демографии проявляют себя и в Республике Казахстан. Так, согласно прогнозным оценкам, публикуемым Фондом ООН в области народонаселения (ЮНФПА), в 2050 году процент пожилого населения составит 14% от общего числа населения страны по сравнению с 7,5% в 2019 году [13]. Ожидается значительный рост коэффициента демографической нагрузки пожилого возраста на трудоспособное население, что приведёт к снижению коэффициента потенциальной поддержки, рассчитываемой в международной практике как отношение численности людей трудоспособного возраста (от 25 до 64 лет) к численности людей в возрасте от 65 лет (Рисунок 1).

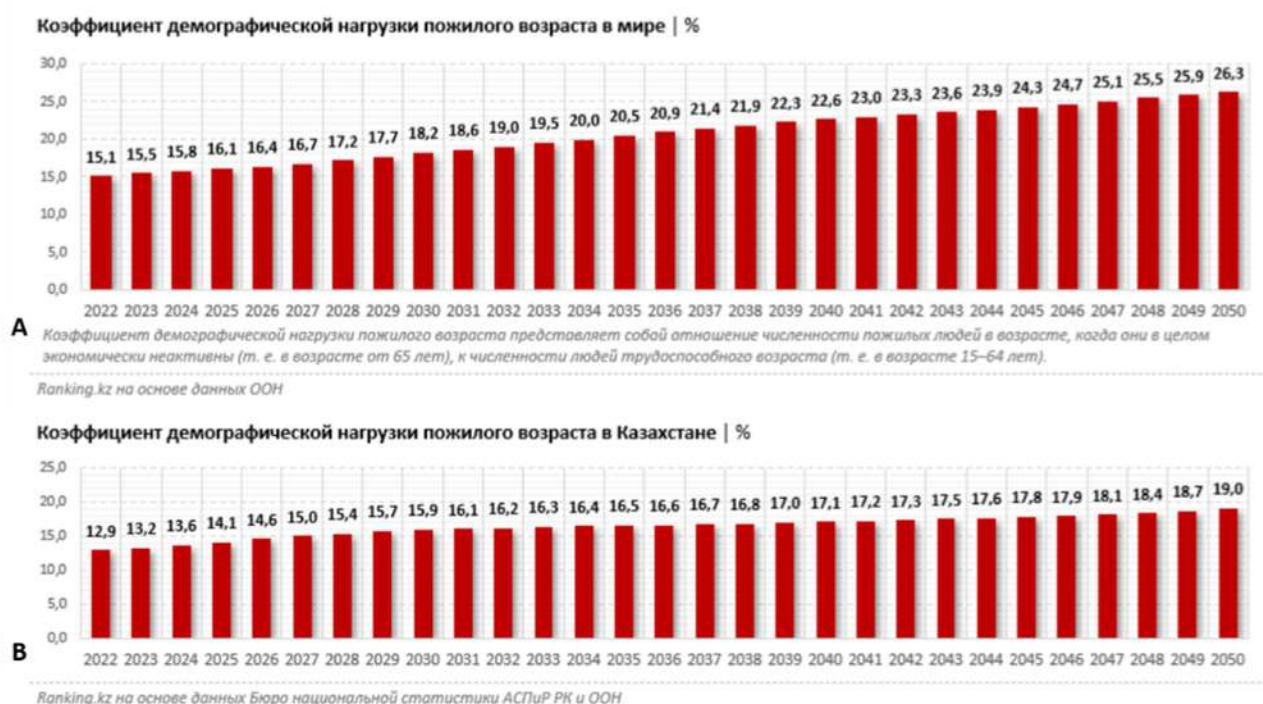


Рисунок-1. Кoeffициент демографической нагрузки пожилого возраста (А) в мире и (В) в Казахстане [29].

Проведённое в Республике Казахстан в 2014 году исследование выявило значительное увеличение потребности в услугах долговременного ухода на дому пожилым людям. В постоянной ежедневной медицинской и социально-бытовой помощи нуждались 4,8% казахстанцев старше 60 лет, в то время как среди граждан, перешагнувших 80-летний рубеж этот показатель достигал 29,3% [30]. Социологическое исследование, проведённое в 2020 году, показало, что 64% пожилых людей в Казахстане проживало в домохозяйствах совместно с другими членами семьи. При этом, в случае необходимости физической помощи 69% пожилых обращались за поддержкой к своим детям и лишь 0,8% к социальным службам [31]. Аналогичная ситуация наблюдается и в России, где в случае возникновения стрессовых ситуаций помощи ждут преимущественно от родственников, супругов и друзей [32].

Данные по неформальному уходу в различных странах подтверждают значительное вовлечение взрослого населения в уход за пожилыми людьми. По оценкам исследований количество людей, предоставляющих неформальный уход, варьируется в зависимости от страны. Например, в таких европейских странах, как Румыния и Чехия около 10% взрослого населения указали, что предоставляют неформальный уход, в Португалии и Испании – 13%, в Люксембурге, Бельгии и Дании – 22%. В Германии, Великобритании и Швеции – около 20%, в Греции этот показатель составляет более 30% [33, 34]. В Азии, в частности в Малайзии 5,7% взрослого населения являются лицами, осуществляющими неформальный уход [35].

1.1.2 Роль неформального ухода в системе здравоохранения и его влияние на благополучие лиц, осуществляющих уход

Рост численности пожилых сопровождается увеличением количества хронических заболеваний и потребности в комплексном уходе [36], что ведёт к повышению нагрузки на систему здравоохранения [37]. Для смягчения нагрузки на систему здравоохранения и социального обеспечения государственные структуры всё чаще полагаются на родственников пожилых людей. Неформальный уход считается экономически эффективной альтернативой институционализации, снижая обращаемость пожилых в лечебно-профилактические учреждения, что снижает расходы на их медицинское обслуживание [38]. Родственники, оказывающие неформальный уход, играют ключевую роль в удовлетворении повседневных потребностей пожилых, дополняя формальные услуги системы долгосрочного ухода. Проведённые исследования обнаружили, что сокращение финансируемого государством формального ухода было связано со значительным увеличением высокоинтенсивного (более 20 часов в неделю) неформального ухода, что свидетельствует о замещающей связи между формальным и неформальным уходом [39].

Предыдущие исследования показали, что восприятие объёма полученной помощи влияет на субъективное благополучие пожилых людей.

Например, те, кто считал помощь недостаточной или несоответствующей их потребностям, демонстрировали более низкий уровень благополучия по сравнению с теми, кто оценивал её как достаточную [40]. В то же время контроль со стороны близких может способствовать отказу от вредных привычек, соблюдению диеты и улучшению состояния здоровья [41]. Уход, оказанный в домашних условиях по сравнению с институциональным, повышает качество жизни, физическое и психологическое здоровье пожилых [42], а также приводит к снижению количества и длительности госпитализации. Например, исследование, проведённое в Ирландии, показало, что увеличение неформального ухода в домашних условиях на 10% связано с сокращением продолжительности пребывания получателя помощи в стационаре на 1,2%–2,1%, что особенно актуально для пациентов с инсультом и переломом шейки бедра [43].

Однако, неформальный уход налагает значительное экономическое бремя на лицо, осуществляющее его [44]. Вместе с тем, уход за пожилым членом семьи оказывает неблагоприятное влияние на физическое и психологическое здоровье лица, осуществляющего уход и на его вовлечённость в сферу труда [45]. Целесообразно учитывать стоимость неформального ухода в экономических расчётах, включая оценку времени, которое лицо, осуществляющее уход могло бы посвятить оплачиваемой или неоплачиваемой работе и/или досугу. Также необходим экономический расчёт часов, затрачиваемых на выполнение задач по уходу и оказываемых в рамках ухода услуг [46].

Экономическая ценность вклада лиц, осуществляющих уход в Великобритании по данным статистического анализа государственных расходов в 2015 году, составляла 132 миллиарда фунтов стерлингов в год. Эта сумма близка к общей годовой стоимости расходов на здравоохранение в Великобритании, которая составляла 134,1 миллиарда фунтов стерлингов. В 2023 году эта экономическая ценность возросла до 445 миллионов фунтов стерлингов в день, что в годовом исчислении составляет 162 миллиарда фунтов стерлингов [47].

В США в 1997 году общая продолжительность ухода составила 24 миллиарда часов, что оценивалось примерно в 196 миллиардов долларов [48]. В более позднем исследовании, проведённом в 2015 году, общая стоимость неформального ухода за пожилыми людьми была оценена в 522 миллиарда долларов США в год [49]. В 2021 году 38 миллионов лиц, осуществлявших уход в США обеспечили 36 миллиардов часов ухода за взрослыми с ограничениями по ADL, что составило в среднем 18 часов в неделю при средней стоимости 16,59 долларов/час; экономическая стоимость неформального ухода в данный период составила 600 миллиардов долларов [50].

Результаты исследования, проведённого в Швеции в 2019 году, показали, что около 15% взрослого населения оказывали неформальный уход, стоимость которого составляла примерно 152 миллиарда шведских крон (16,3 миллиарда долларов США) в год, что эквивалентно 3% валового внутреннего

продукта (ВВП) страны. В среднем экономическая стоимость неформального ухода для лица, осуществлявшего уход, составила 128 000 шведских крон, из которых 55% было связано с потерей дохода [51].

Таким образом, с увеличением числа пожилых людей возникает растущая потребность в неформальном уходе, который становится важнейшим элементом системы поддержки и ухода за старшим поколением. Вклад лиц, осуществляющих неформальный уход, значительно снижает финансовую нагрузку на государственный бюджет и систему здравоохранения, обеспечивая существенную экономию. В то же время, лица, осуществляющие неформальный уход, сталкиваются с ощутимыми финансовыми потерями, что подчёркивает необходимость оценки их труда и разработки механизмов государственной поддержки. В связи с чем, возникает необходимость создания систем поддержки для лиц, осуществляющих неформальный уход, чтобы обеспечить их благополучие и эффективность предоставляемой помощи.

1.1.3 Международный опыт организации долгосрочного ухода

Страны мира можно разделить на четыре основных модели по механизмам поддержки долгосрочного ухода, отражающие различия в социально-культурных особенностях и приоритетах государственной политики в области здравоохранения и социальной поддержки.

«Универсальная модель» характерна для стран с развитой системой официального ухода, а семейные обязанности по уходу за близкими снижены. Индивидуальные права на получение услуг по уходу здесь расширены, и помощь организована на государственном уровне. «Модель смешанной солидарности» применяется в таких странах, где расширены услуги долгосрочного ухода, что частично освобождает семьи от морального обязательства по уходу. В этих странах также предусмотрены права на временный уход и отпуска по уходу [52].

«Семейная модель» характерна для стран, где меры поддержки вводятся медленно, и основной уход лежит на семьях, хотя наблюдаются попытки снизить их нагрузку. «Развивающаяся модель» свойственна странам, где долгосрочный уход в настоящее время находится на этапе внедрения, однако лица, осуществляющие неформальный уход, пока не признаны полноправными участниками системы и нуждаются в поддержке и признании на государственном уровне

Такие страны как Германия и Япония могут быть отнесены к модели «смешанной солидарности» [52, с.7]. В Германии в 1995 году был принят Закон о страховании на случай длительного ухода. Эта система социального страхования предоставляет базовую помощь тем, кто нуждается в уходе и финансируется за счёт взносов всех официально трудоустроенных лиц [53]. Члены семьи, оказывающие уход, могут получать компенсацию за свои усилия в рамках страхования длительного ухода, что рассматривается как форма

оплаты, аналогичная вознаграждению за добровольный труд. Размер страховых платежей зависит от степени потребности к которому был отнесён человек, нуждающийся в уходе [54]. Они выплачиваются фондом страхования на случай длительного ухода через его получателя, что представляет собой систему целевой оплаты труда, также члены семьи, участвующие в уходе, получают право на пенсионное страхование [53, с.78]. Основная цель системы страхования, направить поток оказываемой помощи в частный и государственный сектора социальной поддержки и снизить нагрузку на семьи. Кроме того, работники имеют право сократить количество рабочих часов на срок до 24 месяцев [55].

В 2000 году Япония внедрила государственные схемы страхования долгосрочного ухода, в соответствии с которыми все граждане страны в возрасте от 40 лет и старше обязаны вносить страховые взносы [56]. Для получения поддержки, нуждающиеся в уходе, должны пройти оценку потребности в нём, после чего прогнозируется гипотетическое время ухода, необходимое заявителю. Затем присваивается один из семи пакетов по уходу. Предварительно назначенный уровень ухода проверяется членами соответствующего комитета с использованием протокола, издающегося правительством. После чего комитет официально назначает пакет ухода застрахованному лицу. Срок действия пакета составляет 6 или 24 месяцев [57].

Испания является примером страны, где преобладает «семейная модель» долгосрочного ухода, при которой основная ответственность по уходу ложится на плечи членов семьи [52, с.7]. Система долгосрочного ухода в Испании финансируется за счёт налогов на государственном и региональном уровнях, а также из частных средств. Она предусматривает денежную субсидию или определенное количество часов поддержки на дому в зависимости от оценки потребностей. На основе этой оценки каждому заявителю разрабатывается индивидуальный план ухода, учитывающий наиболее подходящие меры поддержки, оптимально соответствующие его потребностям и социальным условиям, и согласуется с его семейной ситуацией. Выплаты на долгосрочный уход не превышают минимальной заработной платы и перечисляются на банковский счёт получателя и только лицам с инвалидностью [58]. Количество часов поддержки по уходу на дому варьируется от 70 до 90 часов в месяц для людей с высокой степенью зависимости. Однако, система сталкивается с проблемой значительного времени ожидания, зависящее от региона, и к сожалению, многие заявители не доживают до момента получения государственной помощи [59].

К «развивающейся модели» можно отнести страны такие страны как Литва, Польша, Украина, Россия и другие, где система долгосрочного ухода в настоящее время находится на этапе внедрения [52, с.7]. По данным ВОЗ, в 2012 году в Литве был запущен пилотный проект по интеграции медицинского и социального ухода, адаптированный к местным условиям. В рамках инициативы создавались мобильные мультидисциплинарные команды для

предоставления медсестринских и социальных услуг на дому. Первый этап (2012–2015) охватил 22 муниципалитета, а последующий (2016–2023) включил в себя 59 муниципалитетов из 60. Значительная часть расходов на долгосрочный уход (Long-term care, LTC) покрывается государством с акцентом на услуги на дому, а часть расходов покрывается за счёт получателей ухода и их семей. Медицинские услуги LTC финансируются через обязательное медицинское страхование (National Health Insurance Fund, NHIF), а социальные услуги за счёт налогов и государственных субсидий. Примерно 90% населения пользуются только неформальным уходом, менее 5% исключительно формальным, остальные 5% комбинируют оба вида. Лица, осуществляющие неформальный уход играют ключевую роль, но несмотря на принимаемые меры все ещё систематически не идентифицируются, а их социальная защита и поддержка ограничены. Национальные меры по защите здоровья лиц, осуществляющих уход отсутствуют, и данные об их состоянии практически не собираются [60].

В России, в 2020 году правительством была предпринята попытка по внедрению программы долгосрочного ухода с последующей модернизацией инфраструктуры и повышением квалификации медицинских и социальных работников. Была разработана соответствующая модель с тремя уровнями потребности. Пакеты услуг долгосрочного ухода проходили испытания и тестирование в пилотных регионах с охватом от 7 до 28 часов услуг в неделю на дому в зависимости от уровня или не менее 28 часов услуг в сочетании с домашними и полустационарными услугами, включая центры дневного ухода [61]. Услуги должны были предоставляться преимущественно государством с финансированием за счёт федерального бюджета, бюджетов субъектов России, средств системы обязательного медицинского страхования и Фонда социального страхования России [62].

Мировым лидером в построении системы государственной и социальной поддержки лицам, нуждающимся в уходе, несомненно, является Голландская система здравоохранения, направленная на обеспечение доступной и качественной помощи всем гражданам, и относится к «универсальной модели» [52, с.7]. Всеобщее медицинское страхование существует в Нидерландах уже несколько десятилетий и включает долгосрочный уход ещё с 1968 года. В Нидерландах нет частного страхования на случай долгосрочного ухода. Система стремится укрепить роль социума в предоставлении ухода на дому, включая услуги по помощи на дому, транспорт и адаптацию жилья. Только в том случае, если социум не способен обеспечить необходимую помощь, человек имеет право на получение формального ухода с использованием государственной поддержки. Участие в этой системе играет ключевую роль в организации ухода [63]. Участие в системе социального страхования является обязательной. При этом, Нидерланды тратят 4,0% своего ВВП на долгосрочный уход, что превышает показатели любой другой страны [64].

Таким образом, с увеличением числа пожилых людей возникает растущая потребность в неформальном уходе, который становится важнейшим элементом системы поддержки и ухода за старшим поколением. Вклад лиц, осуществляющих неформальный уход, значительно снижает финансовую нагрузку на государственный бюджет и систему здравоохранения, обеспечивая существенную экономию. В то же время, лица, осуществляющие неформальный уход, сталкиваются с ощутимыми финансовыми потерями, что подчёркивает необходимость оценки их труда и разработки механизмов государственной поддержки. Глобальный опыт подчёркивает необходимость гибкого подхода, учитывающего социально-культурные особенности, приоритеты государственной политики и потребности семей, осуществляющих неформальный уход. Для создания интегрированных систем ухода, способных эффективно реагировать на изменения демографической ситуации и потребности пожилых людей, важно обеспечить взаимодействие между государственными учреждениями, частным сектором и местными сообществами.

1.2 Концептуальные принципы неформального ухода

1.2.1 Концепция «лицо, осуществляющее уход»

Уход за пожилыми людьми, страдающими хроническими и инвалидизирующими заболеваниями, другими тяжёлыми состояниями, включает обширный спектр услуг, которые чаще предоставляются родственниками, друзьями, супругами или соседями. Лицо, осуществляющее уход, играет ключевую роль в обеспечении поддержки и заботы в повседневной жизни [2, с.4]. Однако, их возможности и подходы к уходу могут различаться в зависимости от возраста, типа родственных отношений, уровня компетентности, навыков и мотивации [65]. Данные особенности оказывают влияние на характер, продолжительность и интенсивность услуг, предоставляемых в рамках ухода [45, с.19]. Более того, специфика ухода определяется не только состоянием получателя помощи, но и физическими, эмоциональными и социальными ресурсами самого лица, оказывающего помощь [66].

Вместе с тем, пожилым предоставляется и формальный уход, обеспечиваемый государственными учреждениями, местными исполнительными органами, национальными и международными неправительственными организациями, а также коммерческими структурами. Формальный уход осуществляется квалифицированными специалистами, такими как медсестры, врачи, социальные работники или персональные сиделки, и требует оплаты, соответствующей профессиональным навыкам. Однако, в отличие от формального ухода, неформальный уход предоставляется безвозмездно и, как правило, осуществляется супругами, детьми, друзьями или волонтерами [4, с.2].

Независимо от формы ухода – формального или неформального, выполнение повседневных задач делится на две категории: активность повседневной жизни (ADL) и инструментальная активность повседневной жизни (IADL). ADL включает помощь в личной гигиене, таких как одевание, купание, уход за собой, кормление и передвижение. IADL относится к более сложным задачам для ухаживающего, таким как приготовление пищи, уборка, транспортировка, стирка и управление финансами [67].

С учётом того, что уход за пожилыми людьми охватывает широкий диапазон задач, члены семьи в среднем тратят на это около 24 часов в неделю, но в 20% случаев время ухода превышает 40 часов в неделю [68]. Характер ухода может варьироваться от краткосрочного, например, в период восстановления после травмы, болезни или хирургического вмешательства, до долгосрочного, вызванного неизлечимыми заболеваниями либо необратимыми физическими или когнитивными нарушениями [3, с.1-4]. При этом необходимость в длительном уходе не всегда связана исключительно с медицинскими или когнитивными состояниями, поскольку одно и то же заболевание может вызывать разные потребности в уходе. Основным фактором выступает способность человека заботиться о себе, что напрямую влияет на его независимость и самодостаточность [69].

В настоящее время в научной литературе отсутствует строгое и общепризнанное определение термина «лицо, осуществляющее неформальный уход» («informal caregiver») [33, с.2]. В некоторых источниках этот термин используется как синоним понятия «лицо, осуществляющее семейный уход» («family caregiver») [65, с.614]. Наиболее часто встречающееся в литературе определение описывает лицо, оказывающее помощь пожилому члену семьи, друзьям или другим людям из своего окружения, проживающим как вместе с ним, так и отдельно, нуждающимся в поддержке в повседневных делах [2, с.4]. Однако в исследованиях существуют различия в определении продолжительности ухода, необходимого для того, чтобы быть признанным лицом, осуществляющим неформальный уход, которая может варьироваться от двух недель до нескольких лет [70-72]. В некоторых исследованиях ключевым критерием выступает неоплачиваемый характер ухода [73], тогда как другие исследователи не считают наличие оплаты ограничением [74].

В рамках данной диссертационной работы лицо, осуществляющее неформальный уход, определяется как член семьи (ближайший родственник), друг, сосед или другое лицо, которое на добровольной основе оказывает непрофессиональный уход пожилому человеку в возрасте 65 лет и старше с ограничениями по ADL не менее двух недель.

1.2.2 Характеристика лиц, осуществляющих уход и получателей ухода

Характеристика лиц, осуществляющих уход представляет собой факторы, влияющие на вероятность предоставления неформального ухода пожилым, анализ которых даёт понимание причин, побуждающих людей принимать ответственность за уход.

Фактор пола. Женщины чаще, чем мужчины, берут на себя обязанности по уходу [21, с.640] и выполняют их в течение длительного времени. Это может быть связано с культурными ожиданиями, которые предполагают, что женщина должна исполнять эту роль в семье. Такая тенденция отражает глубокие гендерные нормы, которые возлагают на женщин основную ответственность за уход [75]. Такие нормы уходят корнями в традиционную модель семьи, где мужчина-кормилец отвечал за финансовое обеспечение семьи, а женщина, которая не имела оплачиваемой работы, занималась домашним хозяйством и поддержкой членов семьи [54, с.619]. Более того, женщины, как правило, более эффективно справляются с двойной нагрузкой, совмещая обязанности по уходу с профессиональной деятельностью, или принимают решение оставить работу ради ухода за близкими [76].

Фактор возраста. По данным отчета за 2015 год в США количество лиц, осуществляющих уход было ниже в старших возрастных группах [68, с.18], поскольку всё больше людей среднего возраста берут на себя ответственность по уходу за пожилыми членами семьи [77]. Например, в США средний возраст лиц, осуществляющих уход составляет 49 лет [68, с.18]. Однако, в европейских странах наблюдается противоположная картина, демонстрирующая увеличение количества лиц, осуществляющих неформальный уход в старших возрастных группах, особенно после 50 лет [33, с.4]. Тем не менее, в США лица старше 65 лет составляют 34% из всей популяции лиц, осуществляющих уход и затрачивают на уход больше времени по сравнению с теми, чей возраст составляет 24 года. Кроме того, лица, осуществляющие уход старшего возраста часто сами имеют серьёзные проблемы со здоровьем [78], которые могут ограничивать их физические возможности и усиливать воспринимаемое бремя ухода.

Основной причиной, по которой молодые люди, осуществляют уход является заболевание родителей, сопровождающееся небольшой структурой семьи [79]. В то же время, исключительным аспектом азиатской и особенно центрально-азиатской культуры является практика многопоколенных домохозяйств, где несколько поколений включая бабушек и дедушек, родителей, детей и внуков, живут вместе [80]. Дети и внуки часто помогают взрослым родственникам или родителям в уходе за немощными или нетрудоспособными членами семьи – бабушками или дедушками, тем самым становясь вспомогательными лицами, осуществляющими уход [81].

Фактор образования. Лица, осуществляющие неформальный уход, имеющие высшее образование чаще сталкиваются с конфликтами между карьерой и обязанностями по уходу за пожилыми родственниками [82]. Тем не менее, они реже увольняются с работы, что может быть обусловлено занятостью на более высоких должностях, которые обеспечивают доступ к таким ресурсам, как гибкий график и автономия, позволяя совмещать профессиональные обязанности с уходом. В отличие от них, менее образованные работники чаще принимают решение оставить работу для выполнения обязанностей по уходу, что снижает их конфликты между работой и семейными обязанностями [83]. Более того, исследования показывают, что лица с низким уровнем образования или дохода тратят больше времени на уход, что может свидетельствовать о том, что они имеют меньше возможностей для привлечения дополнительной платной помощи по уходу за тяжело больными родственниками [84].

Фактор национальности. Представители азиатских национальностей могут демонстрировать более выраженную склонность к выполнению обязанностей по уходу, что обусловлено культурными традициями, в которых почтение к старшим играет ключевую роль [22, с.121]. Данный факт прослеживается не только в культурных нормах, но и в законодательных инициативах. Например, в Японии, согласно прежнему Гражданскому кодексу, старший сын имел исключительное право на наследование имущества семьи, а его супруга, как невестка, была юридически и морально обязана заботиться о родителях мужа. Однако с принятием нового Гражданского кодекса в 1947 году, ответственность по уходу была равномерно распределена среди всех детей. Позднее, с принятием Национального закона о страховании на случай длительного ухода, произошли изменения в подходах к организации ухода [56, с.463]. Кроме того, проведённые исследования свидетельствуют, что в США лица, осуществляющие уход из числа представителей этнических меньшинств, тратят больше времени на выполнение обязанностей по уходу и берут на себя больше задач. У них также отмечается сильная приверженность семейным обязательствам и значительная неформальная поддержка со стороны социума, что усиливает их мотивацию к выполнению обязанностей по уходу [85].

Взаимоотношение с получателем ухода. Согласно данным National Alliance for Caregiving и AARP Public Policy Institute в США большинство лиц, осуществляющих неформальный уход заботятся о ближайших родственниках, причём наиболее распространёнными получателями ухода являются родители (49%), супруги составляют лишь 11% [68, с.6]. Однако, национальное репрезентативное исследование пожилых людей в США показало, что супруги часто являются единственным лицом, осуществляющим уход в последние годы жизни своего партнёра [86]. Они реже обращаются за дополнительной

неформальной поддержкой, оказывая больший объем ухода и испытывают больше симптомов депрессии по сравнению с детьми и другими родственниками [87].

Характеристики получателя помощи. В мировой практике старение больше не ассоциируется исключительно с наличием заболеваний, однако следует признать, что его влияние на здоровье оказывает значительный эффект. В частности, результаты систематического обзора, посвящённого распространённости старческой астении в 62 странах, показывают, что возраст 65 лет является критической точкой, при которой частота её проявлений достигает 75%. Это явление может быть связано с повышенным риском развития хронических заболеваний, снижением функциональной активности и увеличением вероятности инвалидизации, что в свою очередь обуславливает возрастающую потребность в комплексном уходе за этой категорией лиц [36, с.98].

С возрастом потребность в помощи существенно увеличивается и количество людей, сохраняющих независимость по ADL, сокращается. Пожилые люди чаще нуждаются в поддержке при выполнении 1–2 инструментальных или когнитивных задач, а среди лиц старше 80 лет зависимость в 3–4 таких задачах становится более распространённой [88]. Женщины старше 69 лет составляют большинство получателей услуг по уходу [68, с.17].

Вместе с тем, проживание в одиночестве и ухудшение состояния здоровья связаны с более частым использованием государственных и частных услуг по уходу на дому [89]. Вероятность проживания в одиночестве среди лиц с начальным и средним образованием выше, чем среди людей с высшим образованием. Кроме того, вероятность проживания в одиночестве у пожилых людей на ранних и средних этапах ниже, чем у лиц в позднем этапе старения [90]. Высокая потребность в уходе требуется пациентам, страдающим деменцией и имеющим проблемы с подвижностью или которым нужна помощь по крайней мере с двумя действиями по уходу за собой. Например, купание, одевание, приём пищи, посещение туалета или подъем с кровати и обратно [3 с. 2-5].

Таким образом, определение профиля лиц, осуществляющих уход, является важным этапом для выявления их уникальных характеристик и потребностей. Важно определить, каким образом социокультурные и национальные особенности воздействуют на человека и побуждают его принять на себя роль ухаживающего.

1.2.3 Концептуальные теории неформального ухода

Изучение неформального ухода опирается на концептуальные теории, помогающие понять причины и механизмы возникновения трудностей у лиц, осуществляющих уход, а также выявить факторы, способствующие

улучшению их состояния. Среди концептуальных теорий можно выделить несколько основных.

Стрессовая модель ухода. L.I. Pearlin с соавторами (1981) разработал модель, фокусируется на стрессорах (факторах), которые опосредуют или смягчают последствия стресса на здоровье [91]. Данная модель описывает процесс ухода как постоянное столкновение с различными стрессорами, которые могут существенно влиять на физическое и психологическое здоровье лица, осуществляющего уход. Стрессоры подразделяются на два вида: «первичные» и «вторичные» [92].

«Первичные стрессоры» охватывают факторы, возникающие в ходе самого процесса ухода. К ним относятся помощь в передвижении и выполнении повседневных задач, продолжительность и интенсивность ухода, а также необходимость справляться с ухудшением здоровья близкого и изменениями в его поведении [17, с. 281; 93]. Воздействие первичных стрессоров приводит к возникновению «вторичных стрессоров», среди которых можно выделить такие факторы, как социальная изоляция, финансовые трудности и ограничение в профессиональной деятельности [26, с.12; 94]. Эти стрессоры являются неизбежной частью ухода и оказывают прямое влияние на лицо, осуществляющее уход.

Теория ролевого конфликта. Данная теория акцентирует внимание на трудностях, с которыми сталкивается человек, исполняя несколько жизненных ролей одновременно, таких как работа, уход за детьми и поддержка нуждающегося в уходе члена семьи [95]. Когда роли накладываются друг на друга, они требуют значительных ресурсов и времени, что создаёт «ролевой конфликт». Лицо, осуществляющее уход часто сталкиваются с конфликтом между личными и профессиональными обязанностями, не имея возможности полностью посвятить себя ни одной из них. Например, человек, который работает и одновременно ухаживает за родителем с хроническим заболеванием, испытывает сильное психологическое напряжение, пытаясь соответствовать требованиям обеих ролей [96].

Суть ролевого конфликта заключается в несовместимости ожиданий от различных ролей, что приводит к трудностям в выполнении одних задач без ущерба для других. Недостаток понимания со стороны работодателя приводит к давлению и страху потерять работу. Кроме того, отсутствие гибких условий труда приводит к серьёзным конфликтам между профессиональными обязанностями и обязанностями по уходу [97]. Помимо этого, семейные обязанности могут вступать в конфликт с обязанностями по уходу. Например, роль родителя может требовать уделения времени детям, что сложно совмещать с интенсивным уходом за нуждающимся родственником [98].

Теория социальной поддержки подчёркивает наличие социальной поддержки, играющей ключевую роль в снижении уровня стресса у лиц, осуществляющих уход за пожилыми [99]. Согласно этой теории, чувство поддержки помогает ухаживающим снизить уровень изоляции и чувствовать себя более защищённым и включённым в общество [100]. Поддержка может включать эмоциональную заботу, проявление сочувствия и готовности

выслушать. Инструментальная поддержка включает практическую помощь с выполнением задач по уходу, финансовую поддержку или помощь в быту [101]. Информационная поддержка обеспечивает ухаживающему доступ к знаниям об уходе, заболеваниях, процессе и методах оказания помощи [102]. Согласно данной теории, наличие стабильной поддержки способствует формированию у ухаживающего ощущения контроля над ситуацией, снижает риск эмоционального выгорания и уменьшает нагрузку, связанную с выполнением обязанностей по уходу [103].

Теория адаптации к стрессу. Теория стресса предполагает, что длительный уход за людьми с хроническими заболеваниями приводит к постоянному и нарастающему стрессу, который со временем может становиться более интенсивным, что отражает модель износа [104]. Со временем могут возникать процессы адаптации к уходу, способные снижать уровень стресса, что связано с совершенствованием навыков у лица, осуществляющего уход [105]. Адаптация к роли ухаживающего может происходить под влиянием совокупности различных факторов, задействованных в процессе. Модели стресса и совладания выделяют фоновые и контекстуальные переменные, такие как возраст ухаживающего, его пол, степень родства с получателем помощи, а также социально-экономический статус [106]. Семьи с высоким социально-экономическим статусом могут лучше контролировать условия ухода в своих домах и своевременно реагировать на возникающие потребности, позволяя себе дополнительные услуги по уходу и размещение в лечебных учреждениях и учреждениях по уходу [107].

Социокультурная модель стресса. Этническая и культурная принадлежность также влияют на оценку стрессовых событий, восприятие и использование поддержки семьи, и поведение при преодолении трудностей [108]. Согласно этой модели [109], в различных этнических группах, лица, осуществляющие уход, по-разному воспринимают стресс. Семейные связи могут позитивно влиять на стресс от ухода, когда семья воспринимается как источник поддержки. Однако, с другой стороны, сильная приверженность обязательствам и ожиданиям относительно поведения и установок членов семьи, может способствовать усилению стресса у лиц, осуществляющих уход [110]. Включение социокультурных факторов в исследования стресса у лиц, осуществляющих уход, необходимо для разработки культурно адаптированных вмешательств, что способствует улучшению их качества жизни [111].

Таким образом, уход за пожилыми является сложным и многогранным процессом, затрагивающим личные, социо-демографические, культурные и экономические аспекты жизни человека. Концептуальные теории помогают понять причины и механизмы возникновения стресса и адаптации в процессе ухода, подчёркивая важность создания условий для лиц, осуществляющих уход.

1.3 Качество жизни, бремя ухода и потребности лиц, осуществляющих уход в контексте неформального ухода

1.3.1 Определение качества жизни, ключевые характеристики и инструменты оценки

Определение качества жизни. В 1947 году ВОЗ предложила основополагающее определение качества жизни, охарактеризовав его как «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней и недугов» [112]. Данное определение долгие годы служило ключевой основой для исследований в области общественного здоровья и социальной политики. Со временем, однако, концепция качества жизни эволюционировала и была существенно расширена. В 1995 году ВОЗ пересмотрела своё определение, сосредоточив внимание на восприятии человеком собственного положения в контексте культуры, системы ценностей, а также его целей, ожиданий и проблем [113]. Это привело к тому, что качество жизни стало рассматриваться как многоаспектная концепция, включающая как положительные, так и отрицательные аспекты жизни в конкретный момент времени.

Основными составляющими качества жизни признаны физическое, психическое и духовное здоровье, социальный статус, условия труда, уровень образования и свободы, независимость в принятии решений, принадлежность к социальным группам и физическое окружение. В рамках расширения этой концепции появилась идея качества жизни, связанного со здоровьем (Health related Quality of Life, HRQoL), которая акцентирует внимание на том, как человек справляется с повседневной деятельностью и как он воспринимает своё благополучие с точки зрения физического, психического и социального здоровья [114]. Таким образом, HRQoL представляет собой интеграцию факторов, связанных с физическим и психическим состоянием человека [115].

Концепция качества жизни, связанного с уходом (Care related Quality of Life, CRQoL) представляет собой относительно новое направление, сосредоточенное на влиянии ухода на благополучие лиц, осуществляющих его. Данная концепция охватывает широкий диапазон аспектов жизни, таких как физическое здоровье, эмоциональное состояние, социальное и финансовое благополучие в контексте, осуществляемого ими ухода [116]. Рассмотрение аспектов качества жизни, таких как «взаимоотношения» и «ощущение поддержки», может оказаться более важным для оценки благополучия лиц, осуществляющих уход, поскольку эти показатели могут более точно отражать их потребности и проблемы, чем традиционные инструменты оценки качества жизни, связанного со здоровьем [117].

Факторы, влияющие на качество жизни. Лица, осуществляющие неформальный уход, зачастую сталкиваются с заметным снижением качества жизни, особенно по мере прогрессирования заболеваний у тех, за кем они ухаживают [118]. Исследования указывают, что лица, осуществляющие уход более 20 часов в неделю, испытывают наиболее острые негативные

последствия для своего психического здоровья [119]. Ключевыми предикторами качества жизни являются наличие хронических заболеваний как у ухаживающего, так и у получателя ухода [120, 121]. Функциональная независимость последнего связана с более высоким качеством жизни лица, осуществляющего уход [120, с.4]. Забота о близком человеке в сочетании с обязанностями по работе оказывает отрицательное воздействие на качество жизни ухаживающего [119, с.7]. Женщины, осуществляющие уход, имеют значительно худшее качество жизни, связанное со здоровьем по сравнению с мужчинами как в физических, так и в психологических аспектах [122].

Уход требует значительных временных затрат, что ограничивает возможности для досуга и социальной активности [123]. Сокращение свободного времени способствует возникновению физических проблем и снижению социального благополучия, увеличивая риск тревожных состояний, депрессии и усталости [124], особенно когда ухаживающий проживает в условиях ограниченного жилого пространства, в небольшой квартире или доме [121, с.744]. Стресс и неудовлетворённость, возникающие в процессе ухода, негативно сказываются как на качестве жизни ухаживающего, так и на состоянии получателя помощи, снижая эффективность предоставляемой заботы [125]. Однако поддержка со стороны семьи, друзей и общества может смягчить эти негативные последствия [27, с.8].

Инструменты оценки качества жизни. Качество жизни, связанное со здоровьем у лиц, осуществляющих уход может быть измерено при помощи стандартных инструментов, таких как:

- инструмент EQ-5D-5L, разработанный EuroQol Group в 2009 году, состоящий из пяти вопросов, оценённых по пятибалльной шкале Лайкерта. Общий балл по тарифу EQ-5D-5L варьируется от -0,59 до 1, в то время как баллы по шкале EQ VAS находятся в пределах от 0 до 100, где наивысший балл соответствует наилучшему возможному состоянию здоровья. Инструмент EQ-5D-5L оценивает пять аспектов здоровья: подвижность, уход за собой, повседневную активность, боль/дискомфорт и тревожность/депрессию [126].

- инструмент WHOQOL-BREF, разработанный ВОЗ в 1997 году, состоит из 26 вопросов и использует пятибалльную шкалу Лайкерта. Опросник оценивает четыре домена: физическое здоровье, психологическое здоровье, социальные связи и окружение. Суммированный балл по WHOQOL-BREF варьируется от 0 до 100, где наивысший балл соответствует наилучшему возможному состоянию здоровья. Данный инструмент широко применяется для оценки качества жизни и общего состояния здоровья [127].

Однако стандартные инструменты HRQoL в первую очередь оценивают аспекты, касающиеся здоровья, и несмотря на их широкое применение зачастую не охватывают важные социальные и эмоциональные аспекты жизни лиц, осуществляющих уход, которые напрямую влияют на их общее благополучие.

Для более всесторонней и точной оценки качества жизни, связанного с уходом у лиц, осуществляющих уход, существуют специализированные инструменты, такие как:

- ASCOT-Carer, созданный S. Rands в 2012 году, состоящий из 24 вопросов, оцениваемый по 5-балльной шкале Лайкерта, предназначенный для определения уровня качества жизни ухаживающих в зависимости от получаемой социальной поддержки. Опросник фокусируется на негативных аспектах, охватывая такие области, как чувство безопасности, социальные отношения, контроль над повседневной жизнью, занятость, поддержка и время для себя. Индексный показатель качества жизни варьируется от 0 до 1, где 0 соответствует наихудшему качеству жизни, а 1 наилучшему. Индекс рассчитывается путём суммирования весовых коэффициентов для каждого выбранного вопроса [128].

- опросник Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) (индекс качества жизни ухаживающих за пациентами с раком), разработанный M.A. Weitzner в 1999 году, включает 35 вопросов, оцениваемых по 5-балльной шкале Лайкерта, оценивает качество жизни лиц, ухаживающих за пациентами с онкологическими заболеваниями. Инструмент измеряет качество жизни лиц, осуществляющих уход, по таким параметрам, как бремя, положительная адаптация и финансовые проблемы. Общий балл CQOLC варьируется от 0 до 140, где более высокий балл указывает на лучшее качество жизни. Однако для шкал, связанных с бременем и финансовыми трудностями, высокий балл отражает большее количество проблем и, следовательно, более низкое качество жизни [129].

- инструмент CarerQoL-7D разработанный W.B.Brouwer в 2006 году представляет собой инструмент для оценки качества жизни лиц, осуществляющих уход и состоит из 7 вопросов с тремя вариантами ответов: «нет», «некоторые» и «много». Он охватывает как негативные, так и позитивные аспекты ухода, включая проблемы в отношениях, психическое и физическое здоровье, совмещение повседневной деятельности с уходом, финансовые проблемы, удовлетворение от заботы и поддержку со стороны близких. Общий балл варьируется от 0 до 100, а баллы CarerQoL-VAS находятся в диапазоне от 0 до 10, где наивысший балл соответствует наилучшему состоянию здоровья [116, с. 1007].

Таким образом, концепция качества жизни является важным элементом исследований в области неформального ухода, поскольку уход за пожилыми людьми значительно влияет на качество жизни лиц, осуществляющих его. Для данного исследования были выбраны два инструмента: EQ-5D-5L и CarerQoL-7D, оценивающие качество жизни в контексте здоровья и ухода. Кроме того, CarerQoL-7D охватывает как негативные, так и позитивные ключевые аспекты, что позволяет получить более полное представление о влиянии ухода. Оба инструмента компактны и имеют понятную систему интерпретации баллов.

1.3.2 Определение бремени, связанного с уходом, ключевые характеристики и инструменты оценки

Определение бремени, связанного с уходом

Бремя ухода представляет собой многомерную реакцию на физические, психологические, эмоциональные, социальные и финансовые стрессовые факторы, возникающие в процессе ухода [6, с.433]. Hoenig J. и Hamilton M. впервые сформулировали концепцию бремени, классифицируя его на субъективное и объективное [130]. «Субъективное бремя» отражает личные чувства и эмоциональные переживания лиц, осуществляющих уход, возникающие в процессе ухода. В то же время, «объективное бремя» описывается через конкретные действия или события, связанные с негативными аспектами ухода, такими как физические или временные ограничения, социальная изоляция и другие трудности [7, с.77].

В исследовании проведённом S.Zarit и его коллегами в 1980 году, бремя определяется, как степень, в которой лица, осуществляющие уход, оценивают своё эмоциональное и физическое состояние, социальную жизнь и финансовую стабильность в контексте обязанностей по уходу [131]. C.Collins с соавторами в 1999 году дополнили данную концепцию, указав, что бремя ухода также связано с проблемами взаимоотношения между членами семьи и чувством безнадёжности [132].

C.Nijboer с соавторами в 1999 году предложили рассматривать бремя ухода как многомерную концепцию, включающую как позитивные, так и негативные аспекты ухода [133]. Это подход предполагает, что несмотря на очевидные трудности, связанные с уходом, лица его осуществляющие, могут также испытывать чувство удовлетворения и самореализации. В Оксфордском словаре, «бремя» определяется как «обязанность, ответственность, которая приводит к беспокойству, трудностям или тяжёлой работе» [134]. Современные исследования подтверждают, что бремя лица, осуществляющие уход является сложной и многомерной конструкцией, включающей в себя эмоциональные, физические, социальные и финансовые аспекты [6, с.433].

Факторы, влияющие на бремя, связанное с уходом. Согласно проведённым исследованиям, принадлежность к женскому полу и осуществление ухода за родителями имеет прямую взаимосвязь с повышением уровня нагрузки на ухаживающего [135]. Наличие высшего образования у лица, осуществляющего уход и посвящающего ему более 14 часов в сутки, как минимум в два раза усиливает ощущение бремени ухода [136].

Нагрузка на лиц, осуществляющих уход возрастает с увеличением объёма выполняемых задач, связанных с ADL и IADL [17, с.282]. Постоянные физические нагрузки, такие как подъёмы, наклоны и перемещения получателей ухода, могут негативно сказываться на здоровье лица, осуществляющего уход, что дополнительно усугубляет их эмоциональное состояние [137]. Исследования показывают, что лица, занимающиеся длительным уходом, часто сталкиваются с проблемами, такими как потеря веса, хроническая усталость и нарушения сна [138-140].

Уход за пациентами с серьёзными заболеваниями, требующий значительных временных затрат и выполнения сложных медицинских задач, может усугубить негативные последствия на здоровье лиц, осуществляющих уход [141]. В систематическом анализе, проведённом N. Lindt с соавторами в 2020 году определили, что наиболее значимыми предикторами бремени ухода являются продолжительность оказания помощи и уровень зависимости пациента, как в физическом, так и в психическом плане. Снижение когнитивной функции и поведенческие расстройства у пациентов также оказывают влияние на нагрузку на ухаживающих [135, с.5]. При этом, наличие симптомов депрессии и тревожности у самого ухаживающего усиливает бремя ухода на него в три раза [136, с. 8]. Установлена связь между оказанием неформального ухода и более высоким уровнем одиночества [26].

Уход за членом семьи, помимо психологических и социальных последствий, может приводить к значительным финансовым издержкам, связанным с потерей работы, снижением производительности или необходимостью сокращения рабочего времени [142]. Исследования показывают, что лица, совмещающие трудовую деятельность с уходом за близкими, часто испытывают трудности на рабочем месте, что негативно сказывается на их финансовом благополучии [143]. При этом совмещение ухода и работы на полный рабочий день, приводит к потреблению антидепрессантов и транквилизаторов в отличие от тех, кто не оказывает уход [96, с.309].

В систематическом обзоре, проведённом N.Das с соавторами (2024г) было установлено, что объединённая доля невыходов на работу среди лиц, осуществляющих уход, составила 14%, а потери производительности труда – 44% [144]. В частности, женщины, составляющие большинство среди лиц, осуществляющих уход, сталкиваются с большими трудностями в карьерном росте, так как они чаще занимаются более интенсивным уходом, что ограничивает их возможности для профессионального развития [145].

Необходимость ухода может привести к отказу от работы, что усугубляет финансовое бремя семьи и создаёт дополнительные стрессовые факторы для лиц, осуществляющих уход [146]. Более того, лица, осуществляющие уход за людьми с ограниченными физическими и психическими возможностями, а также за пациентами в терминальной стадии заболевания, имеют значительно меньше шансов на трудоустройство [147]. Это обстоятельство делает их уязвимыми в экономическом плане и подчёркивает необходимость разработки эффективных мер поддержки для ухаживающих.

Инструменты оценки бремени, связанного с уходом. Для оценки бремени, связанного с уходом, существуют инструменты, каждый из которых имеет свои уникальные характеристики и позволяют определить уровень физической, эмоциональной и социально-экономической нагрузки:

- инструмент Caregiver Burden Inventory, CBI (шкала нагрузки лица, осуществляющего уход), разработанный M.Novak и K.Guest в 1989 году, представляет собой опросник, состоящий из 24 вопросов и использующий 5-

балльную шкалу Лайкерта для оценки бремени, испытываемого лицами, осуществляющими уход. Опросник фокусируется на негативных последствиях ухода и включает следующие домены: временная зависимость, развитие, поведение, физическая нагрузка, социальная нагрузка и эмоциональная нагрузка. Баллы ≤ 36 указывают на риск выгорания, в то время как ≥ 24 свидетельствуют о необходимости обращения за поддержкой [148].

- инструмент Zarit Burden Interview-22, ZBI-22 (интервью по оценке бремени Зарит-22), разработанный S.H.Zarit в 1985 году. Этот опросник включает 22 вопроса и также использует 5-балльную шкалу Лайкерта. Опросник включает следующие домены: трудности в отношениях, эмоциональное благополучие, социальная и семейная жизнь, финансы и потеря контроля над своей жизнью. Суммарные баллы варьируются от 0 до 88, при этом диапазон от 61 до 88 указывает на уровень стресса и бремени, а также риск чрезмерной нагрузки на лицо, осуществляющее уход [149].

- позже M.Bedard в 1989 году модифицировал ZBI-22 в более короткую форму ZBI-12 сократив количество вопросов до 12 и применил 4-х балльную шкалу Лайкерта, где суммарные баллы варьируются от 0 до 48. Диапазон от 0 до 10 указывает на отсутствие или лёгкую нагрузку, от 10 до 20 – на лёгкую или умеренную нагрузку, а более 20 – на высокую нагрузку. ZBI-12 особенно полезен при оценке бремени ухаживающих за людьми с деменцией и онкологическими заболеваниями [150].

- Caregiver Strain Index, CSI (индекс бремени лица, осуществляющего уход) разработал В. Robinson в 1983 году, включает 13 вопросов, на каждый из которых можно ответить «Да» или «Нет». Суммарный балл варьируется от 0 до 13, при этом балл 7 и выше указывает на риск значительного бремени [151].

- Positive Aspects of Caregiving, PAC (инструмент оценки положительных аспектов ухода), разработанный В.J.Tarlow в 2004 году, состоит из 9 вопросов, оценивающихся по 5-балльной шкале Лайкерта. Общий результат формируется путём суммирования баллов и варьируется от 11 до 55. Более высокие значения указывают на более позитивное восприятие ухода, что позволяет ухаживающим сфокусироваться не только на бремени, но и на положительных моментах, связанных с их опытом ухода [152].

- Caregiver Strain Index Plus, CSI+ (индекс бремени лица, осуществляющего уход плюс), модифицированный в 2009 году Al-Janaby, представляет собой инструмент, состоящий из 18 вопросов с двумя вариантами ответов: «Да» и «Нет», и оценивающий негативные и позитивные аспекты ухода. Сумма баллов варьируется от -5 до 13, при этом результат 7 и выше указывает на риск значительного бремени [153].

Таким образом, бремя, связанное с уходом, представляет собой сложную и многомерную конструкцию, влияющую на различные аспекты жизни лица, осуществляющего уход. Учёт факторов, влияющих на бремя ухода, позволяет проводить анализ и разрабатывать стратегии поддержки, способствующие более глубокому пониманию потребностей лиц, осуществляющих уход, и обеспечению их необходимой помощью. Выбор инструмента CSI+,

использованного в нашей работе, был сделан с учётом его способности дать оценку как позитивным, так и негативным аспектам бремени, связанным с уходом.

1.3.3 Нужды и потребности лиц, осуществляющих уход

Роль лица, осуществляющего уход, обычно не является осознанным выбором и не планируется заранее, поэтому подготовка к этой роли осуществляется уже после её принятия [154]. Лица, оказывающие уход, сталкиваются с интенсивной физической, эмоциональной и психологической нагрузкой, что создаёт высокую потребность в поддержке. Определение потребностей лица, осуществляющего уход и его поддержка могут улучшить качество жизни самого ухаживающего и получателя ухода.

Лиц, осуществляющих уход следует рассматривать как «со-пациентов», поскольку они также нуждаются в профессиональной помощи со стороны системы здравоохранения и социальных служб, как и получатели ухода. Однако, работники здравоохранения придерживаются подхода, ориентированного исключительно на пациента, при котором потребности членов семьи, выполняющих уход, остаются вне фокуса внимания [155].

Проведённый систематический обзор показал, что одной из наиболее значимых потребностей среди лиц, осуществляющих уход, является доступ к социальной поддержке и официальным службам. Важно удовлетворение информационных потребностей, таких как, получение знаний о характере заболевания и доступных услугах по уходу, инструкций по их использованию. Кроме того, среди лиц, осуществляющих уход одной из приоритетных потребностей, является психологическая и эмоциональная поддержка [156]. Лица, осуществляющие уход, отмечают трудности с поиском необходимой информации и зачастую не знают, куда обратиться за ответами на возникающие вопросы, связанные с уходом. Они зачастую ощущают себя введенными в заблуждение, полагая, что доступный объем помощи значительно больше, чем оказывается в действительности [157].

Среди значимых потребностей лиц, осуществляющих уход, выделяется необходимость в консультативной поддержке. Но как отмечают лица, осуществляющие уход, они сталкиваются с отсутствием помощи и поддержки, а также с безразличием со стороны медицинских и социальных служб [158]. Обучение и поддержка, предоставляемые лицам, осуществляющим уход, могут способствовать лучшему управлению стрессом, снижению тревожности и предотвращению выгорания, связанным с повседневными обязанностями по уходу [158, с.6; 159].

Отдельную проблему представляет контроль за поведением пожилых людей, страдающих нарушением когнитивных функций [160], в том числе приём лекарственных препаратов, управление болью, тошнотой, уход за послеоперационными ранами, забота о катетерах или стомах [161], а также оказанием физической помощи и предотвращением падений [160, с.10].

Лица, осуществляющие уход, выражают потребность в признании своей роли и вклада, который они вносят в уход за близкими. Это признание не только подчёркивает важность их усилий, но и способствует повышению их самооценки и мотивации [155, с.7]. Особенную ценность представляет осведомлённость врача общей практики (ВОП) о ситуации и признании ответственности, которую они взяли на себя [162].

Результаты исследования показывают, что лица, осуществляющие уход, продолжают выполнять эту функцию неопределённое время, без оплаты и с минимальной финансовой поддержкой со стороны других. Забота о близких оказывает негативное влияние на профессиональную деятельность и карьерные возможности, что создаёт жизненные и финансовые трудности, ограничивает их возможности трудоустройства [163].

Установлена связь между продолжительностью заболевания и утомляемостью лица, осуществляющего уход [164]. Так, ухаживающие за пациентами, пережившими инсульт, отмечают, что отдых является важным средством для борьбы с накопленной усталостью. Они подчёркивают значимость личного пространства и возможности на время отвлечься от повседневных обязанностей, связанных с уходом [165].

Таким образом, изучение потребностей лиц, осуществляющих уход, является ключевым для формирования поддерживающей среды. Понимание их эмоциональных, психологических и физических запросов позволяет разработать меры, направленные на обеспечение своевременной помощи со стороны медицинских и социальных служб, государственных структур и организаций различных форм собственности.

1.4 Роль ПМСП в поддержке лиц, осуществляющих неформальный уход

В соответствии с Астанинской декларацией, на сегодняшний день ПМСП признана важнейшим компонентом эффективного обеспечения здоровья населения. Современные модели её реализации в различных странах демонстрируют высокие показатели физического, психического и социального благополучия. ПМСП играет центральную роль в создании устойчивой системы здравоохранения, служащей основой для всеобщего охвата медицинскими услугами и достижения связанных с этим Целей устойчивого развития [166]. Врачи общей практики, на раннем этапе идентифицирующие ухаживающего, обращаясь к нему с учётом его обязанностей, способствуют созданию более доверительных отношений, повышают степень удовлетворённости от оказываемой помощи [162, с.6]. Примером является практика, применяемая в США, где в 2016 году был принят Закон CARE, направленный на поддержку лиц, осуществляющих уход. Согласно закону, больницы обязаны при поступлении пациента идентифицировать члена семьи или другого лица, осуществляющего уход за

пациентом, и записать его имя в электронную медицинскую карту пациента. Данное обязательство подчёркивает значимость лица, осуществляющего уход и обеспечивает возможность получения им необходимой информации и консультации для улучшения качества ухода [167].

Уход представляет собой динамический процесс, в ходе которого человек проходит через последовательные этапы, требующие изменений и реструктуризацию ответственности в зависимости от времени и состояния получателя помощи. В этом контексте внедрение стандартизированной оценки на уровне ПМСП может не только своевременно выявлять потребности и уровень нагрузки у лиц, осуществляющих уход, но и укреплять взаимодействие между ними и медицинскими специалистами, признавая и подтверждая их значимый вклад [168].

Лишь небольшая часть врачей признает, что регулярно обсуждает вопросы неформального ухода с ухаживающими, при этом такие беседы чаще ведут терапевты и в большей степени геронтологи. Среди барьеров для взаимодействий врачи отметили ограниченный доступ к лицам, осуществляющим уход, неопределённость в отношении методов оценки их проблем и нежелание самих ухаживающих обсуждать свои потребности. Важно, что лишь немногие врачи указывали на дискомфорт при обсуждении деликатных тем с лицами, осуществляющими уход, что указывает на необходимость подобных коммуникаций [169].

Таким образом, признание вклада лиц, осуществляющих уход, их своевременная идентификация, а также оценка потребностей и уровня бремени играют ключевую роль и должны быть включены в число приоритетных задач ПМСП.

1.5 Анализ научных публикаций по неформальному уходу: мировые тенденции, Азия и Казахстан

За последние два десятилетия наблюдается растущий интерес к изучению качества жизни и бремени у лиц, осуществляющих уход за пожилыми. В рамках нашего исследования был проведён библиометрический анализ публикаций, посвящённых данной теме [170]. В результате анализа было выявлено 44 оригинальных статьи, опубликованных с 2006 по 2023 год в 38 различных журналах. В общей сложности в исследование вошли работы 314 авторов, со средним количеством цитирований на статью $18,3 \pm 34,9$. Годовой темп роста числа публикаций в данной области составил 9,93%, что указывает на стабильное увеличение научного интереса к этой теме в исследуемый период. Наблюдается постепенный рост количества публикаций за исследуемый период, достигший пика в 2022 году ($n = 7$) (Рисунок 2А). Максимальное значение среднего числа цитирований на публикацию составило 8,22 в 2006 году (Рисунок 2В).

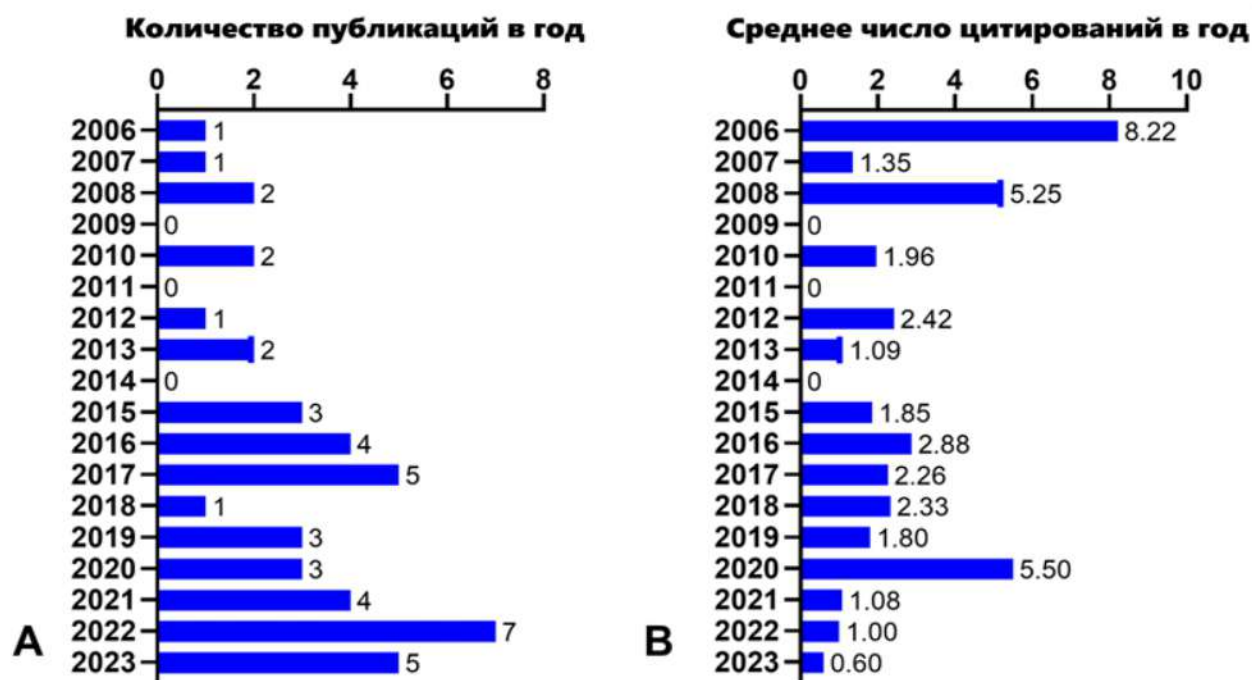


Рисунок-2. Количество (А) публикаций и (В) среднее число цитирований в год в области исследования качества жизни и бремени у лиц, осуществляющих уход за пожилыми

Лидирующие позиции по количеству научных публикаций занимают Испания и США, опубликовавшие 57 и 34 статьи соответственно. За ними следуют Китай с 28 и Франция с 19 публикациями. Заслуживает внимание, что исследования, проведённые в Бразилии, Канаде, Италии и Сингапуре были выполнены исключительно в международной коллаборации. Наиболее интенсивное научное взаимодействие отмечено среди европейских стран (Рисунок 3). Согласно результатам проведённого библиометрического анализа, страны Центральной Азии не представлены в исследованиях, посвящённых качеству жизни и бремени лиц, осуществляющих уход за пожилыми.

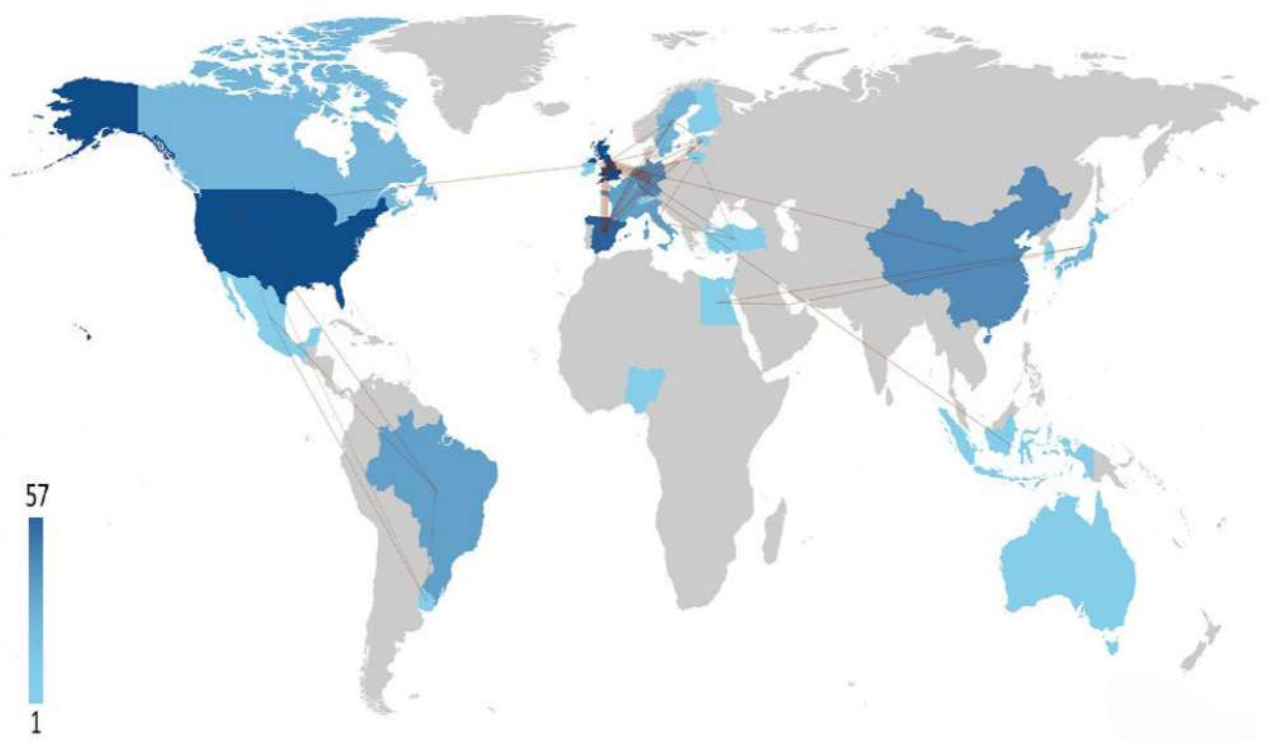


Рисунок-3. Международное сотрудничество между странами в области исследования качества жизни и бремени у лиц, осуществляющих уход за пожилыми

Примечание – Цветовая шкала отражает количество публикаций в каждой стране, а сила международного сотрудничества представлена толщиной соединительных стрелок.

В рамках выполнения литературного обзора были опубликованы статьи в издательствах, рекомендуемых комитетом по контролю в сфере образования и науки МНВО РК Наука и Здравоохранение и West Kazakhstan Medical Journal [171, 172]. Проведённый литературный анализ свидетельствует о недостаточной изученности качества жизни и бремени, связанного с уходом у ухаживающих за пожилыми в Республике Казахстан. В имеющихся публикациях внимание акцентируется преимущественно на отдельных аспектах ухода, не охватывая комплексные проблемы, с которыми сталкиваются лица, осуществляющие уход за пожилыми в Республике Казахстан. Так, исследование А.М. Шарапиной и соавторов фокусируется на самооценке компетенций родственников, ухаживающих за тяжелобольными пациентами, в проведении манипуляций из перечня навыков сестринского ухода, однако не затрагивает вопросы их качества жизни и бремени [173]. В свою очередь, работа Г. Кайратовой посвящена оценке навыков ухода, выявлению связанных с ним трудностей, а также анализу освоения восстановительных мероприятий на дому. Исследование было сосредоточено на лицах, переживших инсульт и ухаживающих за ними и изучало особенности управления уходом после выписки из больницы [174]. Другие исследования, затрагивающие смежные вопросы, также не рассматривают

проблему качества жизни и бремени ухаживающих в полной мере. Например, И.Салиханов с соавторами изучал влияние частоты визитов медсестёр паллиативной помощи и продолжительности паллиативного ухода на качество умирания пациентов, используя инструмент *Good Death Inventory*. В рамках исследования были опрошены родственники умерших пациентов, получавших паллиативную помощь в различных регионах Казахстана, а собранные данные включали характеристики пациентов, и лиц, осуществляющих за ними уход [175]. В другом исследовании рассматривался уровень бремени среди членов семей тяжелобольных пациентов уйгурской и казахской национальностей, но проживающих в сельских районах Западного Китая, что не позволяет экстраполировать его результаты на Казахстан [176].

Таким образом, анализ существующих публикаций демонстрирует отсутствие исследований, посвящённых изучению качества жизни и бремени, связанного с уходом, в Республике Казахстан. Этот пробел подчёркивает необходимость проведения дальнейших исследований, направленных на углублённое изучение данной проблемы, что может способствовать разработке эффективных мер для поддержки лиц, осуществляющих уход.

2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Программа диссертационного исследования

С целью изучения качества жизни, бремени, связанных с уходом и их детерминант у лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми людьми на дому в РК и разработки рекомендаций, направленных на повышения качества жизни и уменьшение бремени, нами проведено исследование, ставшее основой диссертационной работы.

Исследование включало пять основных этапов:

На первом этапе проведён обзор и анализ научных публикаций по актуальным вопросам неформального ухода за пожилыми.

На втором этапе изучены и проанализированы нормативные правовые акты, регулирующие оказание поддержки лицам, осуществляющим уход за пожилыми людьми в РК.

На третьем этапе изучено и оценено качество жизни и бремя, у лиц, осуществляющих уход за пожилыми, а также выявлены факторы, связанные с этими показателями.

На четвёртом этапе исследования были проанализированы мнения специалистов ПМСП, социальных служб и лиц, осуществляющих уход о существующих мерах поддержки ухаживающих, их нуждах и потребностях, связанных с уходом.

На пятом этапе, опираясь на результаты, полученные в ходе предыдущих этапов исследования, разработаны рекомендации, ориентированные на улучшение качества жизни лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми, и снижение их бремени. Детальное описание программы диссертационного исследования приведено в Таблице 1.

Таблица 1 – Программа и этапы исследования

Этапы исследования	Методы исследования	Объем исследований
1	2	3
Анализ литературы по неформальному уходу: современное состояние проблемы	Библиографический, исторический анализ, информационно-аналитический метод	176 литературных источника
Анализ правовых и медико-социальных аспектов оказания поддержки лицам, осуществляющим уход за пожилыми в Республике Казахстан	Метод обзорного исследования литературы — scoring review	14 литературных источников
Оценка качества жизни и бремени лиц, осуществляющих уход	Социологический опрос (анкетирование), статистический метод	400 лиц, осуществляющих уход за пожилыми, в четырех городах Казахстана
Анализ мнений специалистов ПМСП, социальных служб и лиц, осуществляющих неформальный уход о существующих мерах медико-социальной поддержки, нуждах и потребностях, связанных с	Тематический контент – анализ (полуструктурированное интервью)	10 работников ПМСП, социальной службы и 10 лиц, осуществляющих уход

Продолжение таблицы 1

1	2	3
предоставлением ухода за пожилыми людьми		
Разработать практические рекомендации направленные на повышение качества жизни и уменьшение бремени лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми	Аналитический метод	Рекомендации для повышения качества жизни и уменьшение бремени у лиц, осуществляющих уход за пожилыми

2.2 Дизайн исследования

В рамках данной диссертационной работы был применён смешанный дизайн исследования (mixed-methods research), включающий количественное поперечное исследование с использованием структурированного опросника iVICQ (Valuation of Informal Care Questionnaire) (опросник оценки неформального ухода) и качественное тематическое исследование, включающее полуструктурированные интервью. Качественные данные выполняли вспомогательную роль, аргументируя и поддерживая выводы, полученные на основе количественного исследования [177]. Дизайн исследования представлен на рисунке 4. Протокол исследования опубликован в рецензируемом журнале *Frontiers in Public Health* [178].

Для обеспечения достоверности и надёжности результатов поперечного исследования, мы следовали рекомендациям Руководства по проведению наблюдательных эпидемиологических исследований Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) (руководство для авторов, необходимое для повышения качества отчётов о наблюдательных исследованиях в эпидемиологии) [179]. Для повышения качества и прозрачности отчётности в качественных исследованиях, обеспечивающих структурированность, достоверность и воспроизводимость результатов нами был использован чек-лист Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) (консолидированные критерии для отчётности в качественных исследованиях) [180].



Рисунок-4. Схема диссертационного исследования

2.3 Метод библиографического исследования

Для проведения всестороннего анализа исследований, касающихся качества жизни и бремени лиц, осуществляющих уход за пожилыми людьми в РК, нами были использованы библиографический, исторический, информационно-аналитический методы.

2.4 Метод Scoping review – обзор предметной области

Для выполнения 1 задачи был выбран метод scoping review, признанный строгой методологией, которая позволяет предоставить обзор доказательств по новым, малоизученным и междисциплинарным темам, обеспечивая основу для принятия информированных решений в разработке политики, создании программ и улучшении практик в сфере здравоохранения.

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 «Әділет».

Предмет исследования: существующая модель медико-социальной поддержки лиц, осуществляющих уход за пожилыми людьми в Республике Казахстан и зарубежом.

2.4.1 Стратегия поиска

Поиск литературы осуществлялся в базах данных Medline/PubMed, Web of Science Core Collection, Scopus, Google Scholar, а также в информационно-правовой системе нормативных правовых актов Республики Казахстан «Әділет». Кроме того, был проведён анализ ссылок на выявленные документы с целью поиска дополнительных релевантных исследований. Поиск документов проводился с использованием медицинских предметных рубрик (MeSH) и ключевых слов, таких как «лицо, осуществляющее уход», «лицо, осуществляющее неформальный уход», «бремя, связанное с уходом», «качество жизни», «социальная поддержка», «первичная медико-социальная помощь», «пожилые», как по отдельности, так и в различных сочетаниях с применением логических операторов (И/ИЛИ). Поиск литературы проводился на государственном, русском и английском языках, без ограничения глубины поиска, в период с 28 января 2023 года по 1 июня 2023 года. Полученные документы были импортированы в EndNote – менеджер библиографических ссылок, с последующим удалением дубликатов. После чего данные были экспортированы в Excel для дальнейшего анализа. Из 166 найденных документов после скрининга заголовков, аннотаций и полных текстов для анализа было отобрано 14. В исследование были включены документы в полном текстовом варианте, содержащие информацию о мерах поддержки лиц, осуществляющих уход за пожилыми в РК. Стратегия поиска представлена на рисунке 5.

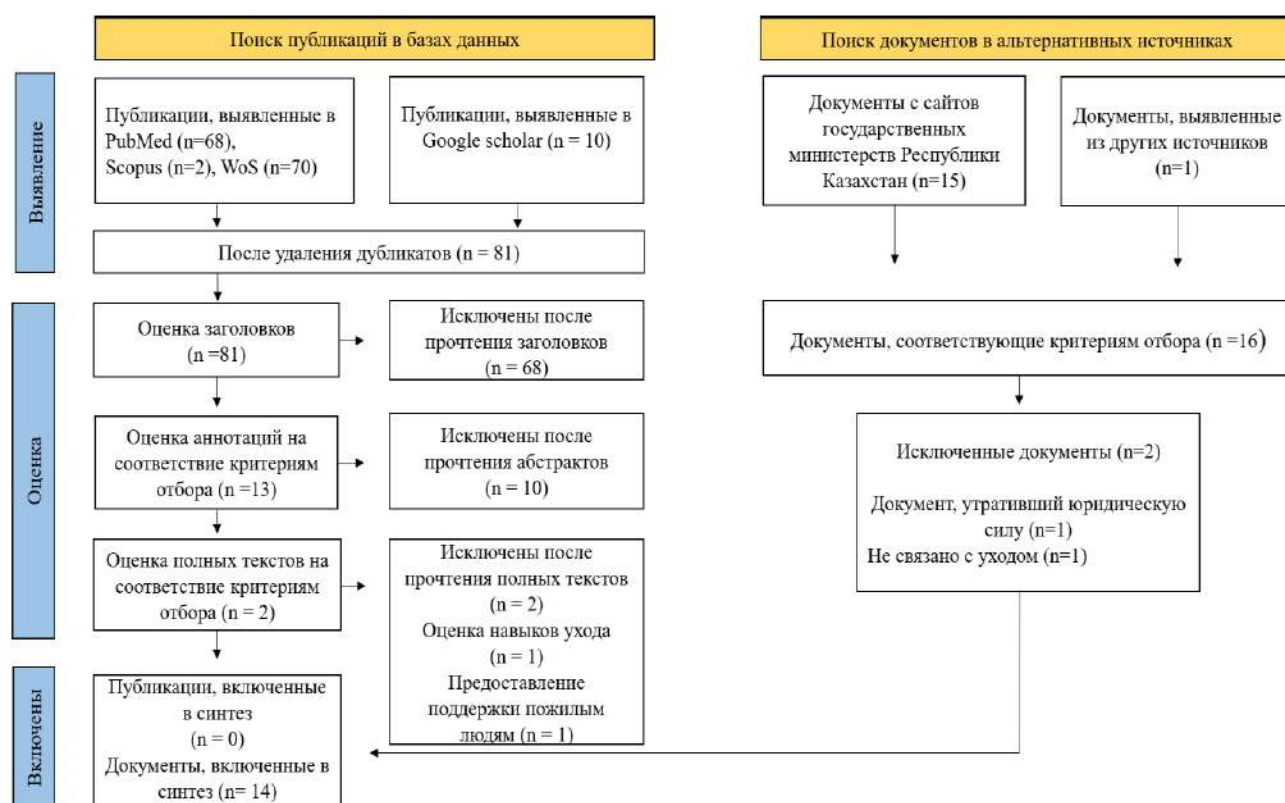


Рисунок-5. Стратегия поиска

2.4.2 Синтез данных проводился в соответствии с концепцией Arksey и O'Malley, с использованием описательного подхода для краткого обобщения основных результатов и выявления общих тем и закономерностей среди выбранных исследований [181].

Данная концепция включает следующие этапы:

- 1) Определение вопроса исследования;
- 2) Определение соответствующих исследований;
- 3) Выбор исследований для включения в обзор;
- 4) Составление диаграммы данных;
- 5) Сопоставление, обобщение и представление результатов;
- 6) Консультации с заинтересованными сторонами.

2.5 Метод социологического исследования

Для решения второй и третьей задач исследования была проведена оценка качества жизни и уровня бремени у лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми. В качестве основного метода исследования использовался анкетирование.

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, связанные с уходом, а также качество жизни, связанное со здоровьем.

2.5.1 Способ формирования выборки

Для расчёта необходимого объёма выборки была использована программа G-Power (<https://stats.oarc.ucla.edu/stata/ado/analysis/>), в результате чего был определен минимальный размер выборки, составляющий 396 человек. В исследовании основное внимание уделялось выявлению ассоциаций между зависимыми переменными и потенциальными предикторами. Объем выборки для проведения анализа с использованием регрессионных методов был рассчитан с учётом пяти предикторов, что позволяет объяснить не менее 15% общей дисперсии при уровнях ошибок $\alpha = 5\%$ и $\beta = 20\%$, соответствующий стандарту мощности исследования на уровне 80%.

2.5.2 Набор участников исследования

Исследование проведено в период с января по июнь 2023 года в четырёх городах Республики Казахстан: двух мегаполисах – Астане и Алматы, и в двух крупных городах Семей и Актобе. Городские поликлиники (ГП) были выбраны с использованием метода случайной выборки из общего списка. Необходимое количество участников, соответствующих критериям включения, было набрано сплошным методом на участках, выбранных ГП.

В связи с отсутствием национальных регистров и учёта лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми в РК, выборка была сформирована с использованием комбинированного подхода. Участники

приглашались через медицинские учреждения, где врачи общей практики, геронтологи, участковые медицинские сестры и социальные работники выявляли пожилых людей в возрасте ≥ 65 лет с ограничениями ADL, прикрепленных к выбранным поликлиникам. После идентификации пожилых участковые медицинские сестры и социальные работники связывались с ними и их семьями посредством телефонных звонков или визитов на дом. Членам семей, выполняющим основные обязанности по уходу за пожилыми, предлагалось принять участие в исследовании. Дополнительно нами использовался метод «снежного кома» (Snowball sampling), при котором участники, уже включенные в исследование, предоставляли контакты знакомых, находящихся в аналогичной ситуации ухода за пожилыми. Все лица, выразившие согласие на участие и соответствующие критериям включения, были включены в исследование [182].

2.5.3 Основные характеристики лиц, осуществляющих уход

В исследовании приняли участие лица, осуществляющие неформальный уход за членами семьи, друзьями или знакомыми, имеющими ограничения, связанные с физическими или психическими заболеваниями, либо возрастными изменениями. Отбор участников проводился в соответствии с установленными критериями включения, которые способствовали формированию целевой группы, соответствующей задачам исследования. Критерии включения участников исследования приведены в Таблице 2.

Таблица – 2 Критерии включения и исключения участников исследования

Критерии включения	Критерии исключения
Возраст 18 лет и старше	Наличие когнитивных нарушений
Уход за пожилым человеком в возрасте старше 65 лет	Диагностированные психические заболевания
Обеспечение помощи пожилому с минимум двумя ограничениями по ADL	Неспособность дать информированное согласие на участие в исследовании
Продолжительность ухода не менее двух недель	
Свободное владение государственным или русским языком	
Статус резидента Республики Казахстан	

Участники исследования (n=400) заявили, что они являются основными ухаживающими за пожилыми людьми. 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.

Основные социально-демографические характеристики лиц, осуществляющих уход, представлены в Таблице 3.

Таблица 3 – Основные социально-демографические характеристики лиц, осуществляющих уход (N=400)

Переменные	N	%
Лицо, осуществляющее уход	400	100
Женщина	317	79,3
Мужчина	83	20,7
Возраст		
18-34	112	28
35-64	271	67,8
65+	17	4,3
Национальность		
Казах(-шка)	254	63,5%
Русский (-ая)	115	28,7%
Другая	31	7,8%
Образование		
Начальное	26	6,5
Среднее	165	41,3
Высшее	209	52,3
Замужем/Женат (да)	255	63,7
Дети (да)	332	83,0
Проживает с детьми (да)	257	64,3
Оплачиваемая работа (да)	296	74,0
Полный рабочий день	202	50,5
Неполный рабочий день	94	23,5
Выбор взять обязанности по уходу (да)	120	30,0
Ежемесячный доход домохозяйства		
Менее чем 300.000 тг	281	70,3
300.000 – 500.000 тг	93	23,3
Больше, чем 500.000 тг	26	6,5
	Среднее значение	Стандартное отклонение
Возраст (годы)	42.7	12.7

2.5.4 Основные характеристики получателей ухода

Для анализа были использованы данные 381 пожилого человека в возрасте ≥ 65 лет, нуждающихся в уходе (Таблица 4). 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). Разница между количеством получателей помощи и лиц, оказывающих уход, объясняется тем, что 19 человек указали себя основными лицами, осуществляющими уход за одними и теми же

пожилыми. Для предотвращения статистических ошибок первого или второго рода (тип I и тип II), эти дублирующиеся записи были исключены из дальнейшего анализа.

Таблица 4 – Основные социально-демографические характеристики получателей ухода (N=381)

Характеристики	N	%
Получатель ухода	381	100
Женщина	290	72.5
Мужчина	91	27,5
Возраст		
65 – 69	109	23.3
70 – 79	150	37.5
+80	122	30.5
Проблемы со здоровьем		
Временное заболевание	20	5.0
Хроническое заболевание	125	31.3
Деменция или проблемы с памятью	30	7.5
Проблемы, связанные с возрастом	180	45.0
Терминальное состояние	26	6.5
Уровень активности повседневной жизни (ADL)		
0 – 20 полная зависимость	58	14.5
21 – 60 выраженная зависимость	170	42.5
61– 90 умеренная зависимость	129	32.3
91 – 99 лёгкая зависимость в повседневной жизни	24	6
100 – полная независимость	Нет данных	Нет данных
Взаимосвязь между лицом, осуществляющим уход, и получателем ухода		
Супруг(-а)	12	3
Родители	117	29.3
Родители супруга	57	14.2
Другие члены семьи	141	35.3
Друзья	44	11.0
Знакомые или соседи	10	2.5
	Среднее значение	Сдандартное отклонение
Возраст	75.3	7.8

2.5.5 Сбор данных

Перед началом сбора данных все интервьюеры исследовательской группы прошли обучение под руководством главных исследователей. Всем участникам, соответствующим критериям включения, были подробно разъяснены цели и основные положения исследования. Информированное согласие подписывалось непосредственно перед проведением интервью. Опросы проводились исследователями лично с использованием бумажных анкет, ответы респондентов фиксировались ручками. Информация о лицах, осуществляющих уход, и о получателях ухода была собрана непосредственно

от лиц, осуществляющих уход. После завершения опросов, данные были внесены в электронные таблицы Excel для дальнейшего анализа.

2.5.6 Описание инструмента исследования

Опросник iVICQ был разработан Институтом политики и менеджмента в области здравоохранения Erasmus Universaty Rotterdam (Университета Эразмус в Роттердаме) и Institute for Medical Technology Assessment (Институт оценки медицинских технологий) [183]. Инструмент iVICQ является комплексным и последовательным, не зависящим от конкретных заболеваний инструментом, предназначенным для изучения влияния неформального ухода на лиц, осуществляющих уход.

Опросник iVICQ находится в открытом доступе на сайте разработчика <https://www.imta.nl/questionnaires/ivcq/documents/> и свободен для использования в некоммерческих образовательных целях. Однако, нами было получено разрешение на его использование от автора инструмента, обладающего авторскими правами после направленного запроса. Предоставленное нам разрешение распространялось на опросник iVICQ, включающий несколько инструментов (CarerQoL-7D, CSI+, ASIS, Pt, Pu). Для EQ-5D, который также входит в состав опросника, мы получили отдельное разрешение от компании-разработчика EuroQol group. Индекс Бартела находится в открытом доступе на сайте Информационно-правовой системы нормативных правовых актов Республики Казахстан «Әділет».

Опросник iVICQ начинается с вопросов, направленных на идентификацию лиц, осуществляющих неформальный уход (Раздел А). Далее следует раздел, содержащий основные цели опросника и термин «неформальный уход» (Раздел В). Основная часть iVICQ включает информацию о социо-демографических характеристиках лиц, осуществляющих уход (Раздел С), характеристиках получателей ухода (Раздел D) и обстоятельствах, связанных с неформальным уходом (Раздел Е). Вторая часть анкеты фокусируется на оценке качества жизни и бремени лиц, осуществляющих уход (Раздел F). Инструмент представлен полностью на государственном и русском языках в Приложении А.

Основные разделы и характеристики опросника iVICQ

1. *Идентификации лица, осуществляющего неформальный уход (раздел А):*
 - Оказываете ли вы помощь или поддержку на добровольной основе члену семьи, другу или другому знакомому, которому требуется помощь из-за физических или психических проблем со здоровьем или проблем, связанных с возрастом?
2. *Определение «лицо, осуществляющее неформальный уход» и основные цели опросника (раздел В).*
3. *Общие характеристики лиц, осуществляющих уход (раздел С):* возраст, пол, уровень образования, наличие оплачиваемой работы, семейный доход, состояние здоровья (EQ-5D) [184] и семейный статус.

- Инструмент EQ-5D-5L

EQ-5D – стандартизированный инструмент для измерения качества жизни, связанного со здоровьем, оценивающий пять ключевых аспектов: подвижность, повседневную деятельность, уход за собой, боль/ дискомфорт, тревогу/депрессию. Для каждого измерения существует пять уровней, которые оценивают степень проблемы: 1 – отсутствие проблем, 2 – некоторые проблемы, 3 – умеренные проблемы, 4 – тяжёлые проблемы и 5 – экстремальные проблемы или неспособность выполнить действие. Инструмент позволяет сформировать профиль респондента, который представляет собой серию чисел, отражающих уровень проблем по каждому из измерений в порядке их следования в опроснике. Профиль респондента можно описать следующим образом: 11111 – отсутствие проблем по всем измерениям, 22222 – некоторые проблемы по всем измерениям, 55555 – экстремальные проблемы по всем измерениям или профиль 23345 будет означать что у респондента имеются некоторые проблемы с подвижностью, умеренные проблемы с выполнением привычной повседневной деятельности и уходом за собой, сильное чувство боли и дискомфорта и экстремальные проблемы с тревогой и депрессией [185]. Разрешение на использование инструмента в доступных версиях на казахском и русском языках [186] было получено через официальную регистрацию на сайте EuroQol Group <https://euroqol.org/register/>. Сертификаты, подтверждающие перевод, культурную адаптацию и языковую валидацию инструмента, были предоставлены юридической командой EuroQol Group вместе с версиями опросника на казахском и русском языках (Приложение Е).

Характеристики получателей помощи (раздел D): возраст, пол, состояние здоровья (EQ-5D) [184, с. 3], уровень активности повседневной жизни (индекс Бартелла) [187], необходимость в круглосуточном наблюдении и характер проблем со здоровьем, определяемый как временное или хроническое состояние.

Индекс Бартела – инструмент оценки функциональной независимости пациента, предназначенный для измерения способностей человека осуществлять повседневные действия. Он включает в себя такие параметры как: передвижение, личную гигиену, одевание, купание, контроль мочеиспускания/дефекации, использование туалета, питание, подъём по лестнице, подъём с кровати или кресла. Каждый из которых оценивается по шкале от 0 до 15, где 0 – полная зависимость, а 15 – полная независимость. В сумме максимальный балл составляет 100. Суммарный балл от 0 до 20 баллов соответствует полной зависимости, от 21 до 60 баллов – выраженной зависимости, от 61 до 90 баллов – умеренной зависимости, от 91 до 99 баллов – лёгкой зависимости в осуществлении повседневной деятельности. Инструмент находится в свободном доступе на государственном и русском языках в Приказе Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 июня 2021 года № ҚР ДСМ – 55 «Об утверждении Стандарта организации оказания гериатрической и геронтологической помощи в Республике Казахстан» [188].

4. *Характеристики обстоятельств, связанных с неформальным уходом (раздел E):* продолжительность, интенсивность ухода, количество часов в неделю, потраченных на выполнение задач по уходу.
5. *Инструменты по оценке качества жизни и бремени, связанных с уходом (раздел F)*

- *Инструмент CarerQol* предназначен для сбора данных о качестве жизни респондента в контексте неформального ухода. CarerQol-7D состоит из семи вопросов, из которых пять касаются отрицательных аспектов ухода, а два — положительных. Дополнительно инструмент включает CarerQol-VAS горизонтальную визуально-аналоговую шкалу, предназначенную для измерения благополучия лица, осуществляющего уход, с точки зрения общего счастья, с диапазоном от «полностью несчастного» (= 0) до «полностью счастливого» (= 10) [116, с.1010].

Пять отрицательных параметров CarerQol-7D включают:

- 1) проблемы в отношениях;
- 2) проблемы с психическим здоровьем;
- 3) проблемы, связанные с совмещением повседневной деятельности и уходом;
- 4) финансовые проблемы;
- 5) проблемы с физическим здоровьем.

Два положительных параметра CarerQol-7D включают:

- 1) удовлетворение от заботы;
- 2) поддержка близких в обеспечении ухода.

Каждый раздел оценивается с использованием трех возможных вариантов ответов: (1) нет, (2) некоторые, (3) много. Расчёт взвешенной суммы баллов CarerQol-7D отражает полезность неформального ухода, которая варьируется от 0 (наихудшая ситуация) до 100 (лучшая ситуация).

- *Шкала самооценки бремени (Self-Rated Burden, SRB)* измеряет субъективное бремя неформального ухода с помощью горизонтальной визуально-аналоговой шкалы в диапазоне от (0) «совсем не напрягает» до (10) «слишком напрягает» [116, с.1011]. Суммарный балл >5 означает значительное бремя.

- *Шкала оценки ситуации неформального ухода (Assessment of Informal care Situation, ASIS)* горизонтальная визуально-аналоговая шкала оценивает удовлетворённость от осуществляемого ухода и варьируется от (0) – «худшая возможная ситуация по уходу» до (10) – «лучшая возможная ситуация по уходу». [189].

- *Индекс бремени лица, осуществляющего уход (Caregiver Strain Index, CSI+)*, позволяет быстро выявить степень нагрузки лица, осуществляющего уход. Инструмент содержит 13 вопросов и включает в себя вопросы из следующих основных областей: финансовой, физической, психологической, социальной и личной. Более высокие баллы указывают на более высокую нагрузку, и считается, что лица, осуществляющие уход, испытывают существенное напряжение, когда их оценка более шести. Кроме того, CSI+ содержит пять положительных параметров ухода, с которыми могут

столкнуться лица, осуществляющие уход, как было предложено [153, с.985]. Суммарный балл ≥ 7 означает значительное бремя.

- *Время настойчивости (Perseverance time, Pt)* отражает продолжительность, в течение которой лица, осуществляющие уход, оценивают свою способность поддерживать выполнение текущих обязанностей по уходу, если ситуация не изменится. Временной промежуток готовности ухаживать варьируется от менее одной недели до более двух лет. Чем короче временной промежуток, в течение которого лицо, осуществляющее уход, готово продолжать выполнять свои обязанности, тем выше степень воспринимаемого бремени [190].

- *Ценность процесса (Process Utility, PU)* измеряет, какую ценность лицо, осуществляющее неформальный уход, придаёт процессу оказания неформальной помощи. Эта ценность представлена в виде горизонтальной визуально-аналоговой шкалы, где диапазон от (0) означает «полностью счастлив» до (10) — «полностью несчастлив». PU рассчитывается как разница в уровне счастья между двумя ситуациями: текущей ситуацией (вопрос CarerQoI VAS) и гипотетической ситуацией, в которой задачи по уходу выполняет человек, выбранный получателем ухода и опекуном, без изменения условий проживания получателя ухода и без оплаты (вопрос PU) [191].

2.5.7 Подготовка инструмента исследования. Перевод, кросс-культурная адаптация и валидация

В рамках подготовки инструмента исследования была применена процедура прямого и обратного перевода [192]. На первом этапе два квалифицированных независимых переводчика перевели опросник с английского языка на государственный и русский языки. Затем для каждого из вариантов перевода был выполнен обратный перевод на английский язык без доступа к «исходному инструменту». Полученные результаты прошли оценку экспертами, свободно владеющими английским, государственным и русским языками.

На следующем этапе переводы были обсуждены с исследовательской командой с целью проверки их точности и соответствия оригинальной англоязычной версии опросника. В процессе обсуждения были внесены незначительные изменения в формулировки для повышения их адекватности. Например, термин «loved one», первоначально переведённый как «любимый», был заменён на более подходящее выражение «близкий вам человек».

После завершения корректировки перевода было проведено пилотное исследование среди группы респондентов ($n=27$), говорящих на государственном и русском языках. Эта процедура включала индивидуальные интервью, направленные на оценку адекватности перевода и его приемлемости для целевой аудитории. Полученные данные позволили доработать и утвердить финальную версию инструмента.

В целях оценки внутренней согласованности и надёжности ключевых инструментов опросника был рассчитан коэффициент α Кронбаха. Для инструмента CSI+ значение α Кронбаха составило 0,76, что свидетельствует о

высокой степени внутренней согласованности и надёжности. Для инструмента CarerQol-7D значение α Кронбаха составило 0,62, что указывает на приемлемый уровень надёжности инструмента.

2.5.8 Статистический анализ

Статистический анализ данных был выполнен с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics версии 22.0 (Armonk, New York: IBM Corp.) и RStudio версии 4.3.1 (Posit Software, PBC). Для проверки нормальности распределения данных использовался тест Шапиро-Уилка. Количественные переменные с распределением, близким к нормальному, описывались через среднее значение (M) и стандартное отклонение (SD), тогда как для данных с асимметричным распределением использовались медиана (Me) и интерквартильный размах (IQR, 25-75 перцентиль). Для категориальных переменных данные представлены в виде абсолютных и относительных чисел (%). Были рассчитаны 95% доверительные интервалы долей

Для оценки различий между группами использовались непараметрические методы. U-тест Манна-Уитни применялся для количественных данных с асимметричным распределением, а критерий χ^2 (хи-квадрат) – для сравнения категориальных данных. Уровень статистической значимости во всех тестах был установлен на уровне $p < 0,05$.

Для выявления факторов, влияющих на качество жизни и бремя, связанные с уходом, был проведён однофакторный и многофакторный регрессионный анализ. Анализ факторов, влияющих на качество жизни (CarerQOL), осуществлялся с использованием линейной регрессии, так как данная переменная является количественной. Для оценки уровня бремени ухода (CSI+), представленного в виде бинарной категориальной переменной (0/1), применялась логистическая регрессия. На этапе однофакторного анализа переменные, показавшие статистическую значимость ($p < 0,05$), включались в многофакторный анализ.

Для исключения мультиколлинеарности между независимыми переменными был проведён корреляционный анализ методом Спирмена. Значения коэффициентов корреляции, находящиеся ниже порога 0.8, указывали на низкую вероятность мультиколлинеарности, что обосновывало включение переменных в многофакторные регрессионные модели. При построении многофакторной модели использовался метод обратной пошаговой регрессии с критерием Вальда [193]. В рамках регрессионного анализа для каждой переменной рассчитывались коэффициенты регрессии (β для линейной модели и OR – отношения шансов для логистической модели), значения *p-value* и 95% доверительные интервалы (ДИ). Для повышения надёжности результатов и уменьшения вероятности ошибок первого рода использовался метод бутстрепа с 1000 выборками с заменой.

Для анализа данных EQ-5D-5L применялись инструменты RStudio с пакетом «eq5d». Рассчитывалась частота встречаемости категории «некоторые проблемы», отражающей умеренные отклонения в одном из пяти измерений

(подвижность, повседневная деятельность/самообслуживание, боль/дискомфорт, тревога/депрессия). Дополнительно определялись десять наиболее распространённых профилей состояния здоровья, представленных в виде пятизначных комбинаций от «11111» (полное здоровье) до «55555» (максимальные ограничения) [185, с.27].

Для оценки надёжности шкал и опросников рассчитывался коэффициент альфа Кронбаха. Значения, превышающие 0.7, считались приемлемыми для подтверждения внутренней согласованности шкал. Во всех анализах статистическая значимость определялась при уровне $p < 0,05$, а результаты интерпретировались с учётом 95% доверительных интервалов.

2.6 Тематический контент-анализ

Для реализации четвертой задачи проведены глубинные интервью со специалистами ПМСП, социальных служб и лицами, осуществляющими уход. Для анализа и интерпретации данных был применен метод тематического контент-анализа, представляющий собой структурированный подход к обработке текстовой информации. Метод предусматривает систематическое кодирование и категоризацию, а также выделение ключевых смысловых единиц, что способствует выявлению и обобщению общего опыта, связанного с жизненными обстоятельствами участников исследования [194].

Объект исследования: специалисты ПМСП (врач общей практики, психолог, социальный работник, участковая медицинская сестра), социальных служб и лица, осуществляющие уход за пожилыми на дому.

Предмет исследования: мнения респондентов

2.6.1 Способ формирования выборки

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 [195].

2.6.2 Набор ключевых информантов исследования

Ключевые информанты из числа специалистов ПМСП и социальной службы были набраны методом целенаправленной выборки из списка учреждений города Актобе, выбранных случайным образом. Интервью были проведены в период с 22 ноября 2021 года по 17 января 2022 года. Лица, осуществляющие уход, были отобраны из числа респондентов, предварительно прошедших этап анкетирования со значительным уровнем бремени из исследуемых городов. Интервью проведены с декабря 2023 по май 2024 года. На Рисунке 6 представлен метод набора ключевых информантов исследования.



Рисунок-6. Набор ключевых информантов для качественного исследования

2.6.3 Характеристика ключевых информантов исследования

Отбор ключевых информантов для участия в интервью проводился на основе установленных критериев включения.

Критерии включения:

- Специалисты ПМСП и социальных служб города Актобе, обладающие непосредственным опытом работы с пожилыми и их семьями, со стажем работы не менее 5 лет.

- Лица, осуществляющие неформальный уход за пожилыми, которые предварительно приняли участие в анкетировании со значительным (≥ 7) уровнем бремени.

Характеристики лиц, осуществляющих уход

Среди лиц, осуществляющих уход, преобладали женщины, составляя 90% (n=9) выборки, тогда как мужчин было 10% (n=1). Средний возраст респондентов составил $40,9 \pm 10,8$ лет, с диапазоном от 28 до 58 лет. Из них 60% состояли в браке, а 90% имели высшее образование. Большинство участников (60%) осуществляли уход за своими родителями, 20% – за родителями супруга, и ещё 20% – за бабушками и дедушками. При этом 40% респондентов не работали, а 60% осуществляли трудовую деятельность. Уход за пожилыми с диагнозом деменция осуществляли 40% информантов, а 20% ухаживали за пожилыми с перенесённым инсультом. Демографические характеристики специалистов ПМСП и социальных служб приведены в Таблице 5.

Таблица 5 – Основные характеристики лиц, осуществляющих уход (N=10)

Переменная	Категория	N
Пол	Женщина	9 (90%)
	Мужчина	1 (10%)
Семейное положение	Замужем/Женат	6 (60%)
	Не замужем/холост	4 (40%)
Образование	Среднее	1 (10%)
	Высшее	9 (90%)
Статус занятости	Безработный	4 (40%)
	Работает	6 (60%)
Взаимоотношения с получателем помощи	Родители	5 (60%)
	Родители супруга	3 (20%)
	Бабушки и дедушки	2 (20%)
	Другие члены семьи	1 (10%)
Количество получателей ухода	Один	8 (80%)
	Два и более	2 (20%)
Проблемы со здоровьем пожилого	Деменция или нарушение памяти	4 (40%)
	Инсульт	2 (20%)
	Нарушение зрения	1 (10%)
	Нарушение здоровья связанными с возрастом	2 (20%)
	Сахарный диабет	1 (10%)
	Среднее значение	Сдандартное отклонение
Возраст	40,9	10,8

Характеристики специалистов ПМСП и социальных служб

В рамках исследования были проведены глубинные интервью с 10 специалистами здравоохранения и социальных служб города Актобе. Среди участников 80% (n=8) представляли сферу здравоохранения, а 20% (n=2) – социальные службы. Из общего числа участников 30% (n=3) занимали руководящие должности. Все респонденты были женщинами (100%, n=10), со средним возрастом $40,3 \pm 11,89$ года (от 29 до 57 лет). Демографические характеристики участников исследования представлены в таблице 6.

Таблица 6 – Демографические характеристики специалистов здравоохранения и социальной службы (N=10)

Участники исследования	Возраст	Пол	Занимаемая должность	Опыт работы (в годах)
01	55	Женщина	Специалист руководящего звена	32
02	54	Женщина	Специалист руководящего звена	29
03	55	Женщина	Специалист руководящего звена	27
04	30	Женщина	Психолог	8
05	56	Женщина	Врач общей практик/Геронтолог	30
06	30	Женщина	Социальный работник	10
07	57	Женщина	Врач общей практики	28
08	32	Женщина	Психолог	7
09	45	Женщина	Социальный работник	15
10	29	Женщина	Медицинская сестра	12

2.6.4 Сбор данных

Для проведения интервью были использованы руководства, разработанные исследовательской группой на основе анализа литературных

данных (Приложение Б). На указанные руководства, представленные на государственном и русском языках, были получены авторские свидетельства (Приложение Д). Интервью проводилось одним исследователем для обеспечения сопоставимости и достоверности полученных данных. Исследователь прошёл обучение методам качественных исследований и свободно владеет как государственным, так и русским языками. Перед началом каждого интервью исследователи разъясняли ключевым информантам цели и задачи исследования, обсуждали вопросы конфиденциальности и получали информированное согласие. Интервью проводились в условиях, максимально удобных для информантов исследования, с учётом их предпочтений по времени и месту проведения (в кабинете, на дому). Продолжительность интервью составляла от 30 до 45 минут. Все интервью проводились лично и записывались на диктофон с разрешения респондентов.

2.6.5 Кодирование и анализ данных

Для анализа полученных данных был использован контент-анализ, включающий комбинированный подход, сочетающий индуктивные и дедуктивные методы качественного анализа. На первом этапе мы использовали индуктивный подход, для выделения смысловых единиц и кодов из текстов интервью, что позволило выявить подтемы, отражающие ключевые аспекты восприятия существующей модели медико-социальной поддержки. На следующем этапе, с целью углубления анализа, мы перешли к дедуктивному подходу, сопоставляя выделенные подтемы с теоретическими концепциями [196]. Аудиозаписи интервью были дословно транскрибированы и перенесены в текстовый формат Microsoft Word. Процесс кодирования осуществлялся с помощью программы MAXQDA 2022 (VERBI Software, Германия) [197]. Этапы проведения качественного исследования представлены схематически на Рисунке 7.

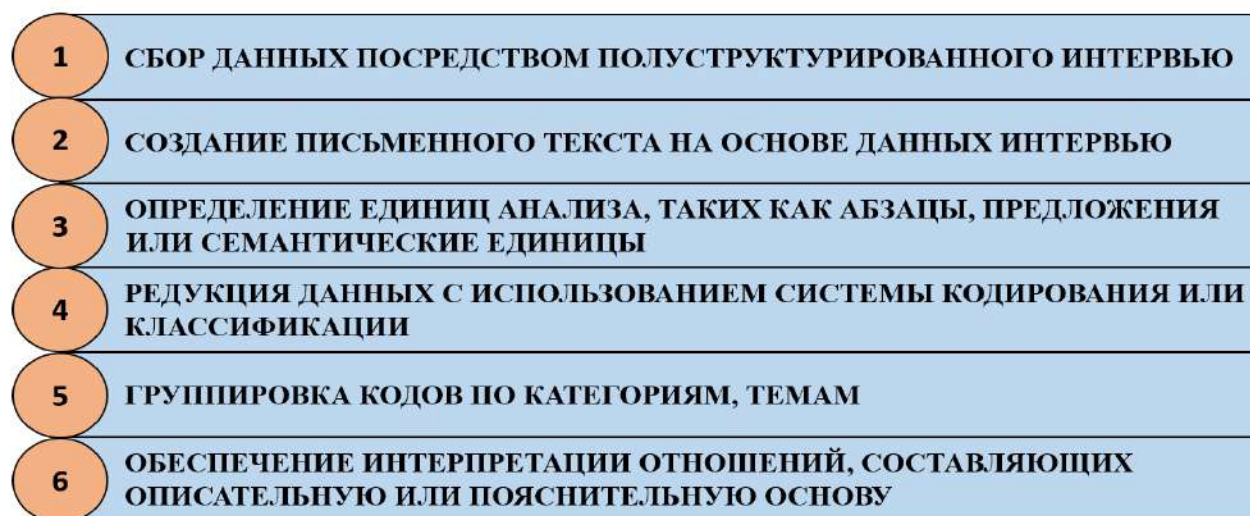


Рисунок-7. Этапы проведения качественного исследования

2.6.6 Достоверность и надёжность

Для обеспечения достоверности интерпретации данных в исследовании был применён метод триангуляции, включающий проведение интервью не только с лицами, осуществляющими уход, но также с работниками ПМСП и социальных служб; был проведён перекрёстный анализ каждого фрагмента данных членами исследовательской группы, а также использование полевых заметок, фиксирующих невербальные сигналы, такие как жесты и мимика участников, которые не подлежат аудиозаписи [198]. Перед использованием вопросы интервью были опробованы на трех респондентах, не вошедших в основную выборку исследования на предмет понимания и ясности формулировок. На всех этапах исследовательского процесса проводились коллегиальные обсуждения.

2.7 Аналитический метод. Интеграция результатов исследования

Для совершенствования системы медико-социальной поддержки лиц, осуществляющих уход за пожилыми людьми, повышения их качества жизни и снижения уровня бремени был проведен комплексный анализ, включающий интеграцию количественных данных, обеспечивающих объективные измерения и статистическую значимость, с детализированными и контекстуально насыщенными данными качественного анализа [199].

Дополнительно был изучен и проанализирован опыт лучших мировых практик, и нормативных правовых актов РК по мерам поддержки неформального ухода, что позволило существенно расширить исследование как в глубину, так и в ширину, поскольку количественные методы обеспечивают общую картину и позволяют выявить общие тенденции, а качественные данные помогают глубже понять мотивации, восприятие и опыт участников. Интеграция данных способствовала сопоставлению результатов, выявлению совпадений, расхождений и взаимного дополнения, что позволило сформировать более целостное представление о проблемах и потребностях лиц, осуществляющих неформальный уход, а также разработать рекомендации для оптимизации системы поддержки (Рисунок 8).



Рисунок-8. Интеграция количественного и качественного исследований

2.8 Этическая процедура и регистрация

Дизайн и протокол исследования были утверждены Локальным биоэтическим комитетом Западно-Казахстанского медицинского университета имени Марата Оспанова (Протокол № 9 от 19.11.2021).

Все респонденты предоставили письменное информированное согласие на участие в исследовании. В тексте согласия были подробно изложены цели исследования, возможные риски и ожидаемые выгоды, а также информация о конфиденциальности данных и добровольности участия. Перед началом исследования интервьюеры разъясняли цели и задачи проекта, обеспечивая полное понимание условий участия, после чего респонденты предоставляли своё согласие.

Респондентам было сообщено, что участие в исследовании является добровольным, персональные данные не будут использоваться в публикациях или исследованиях, а вся предоставляемая информация останется обезличенной. Участников заверили, что их согласие или отказ не повлияет на качество получаемых ими услуг, а собранные данные будут использоваться исключительно в научных целях с соблюдением конфиденциальности.

Персональные данные респондентов не фиксировались в анкетах, научных публикациях или диссертации. Каждому респонденту был присвоен уникальный идентификационный код, а результаты всех анкет были представлены исключительно в обобщённом виде.

2.9 Соответствие приоритетным направлениям науки и выполнения в рамках грантового финансирования

Работа была проведена в рамках внутривузовского грантового научного проекта «Комплексная оценка лиц, осуществляющих уход за пожилыми на дому» (2022–2024 гг.), финансируемого Западно-Казахстанским медицинским университетом имени Марата Оспанова, № приказа 13/2-18-142-Н/К от 14.03.2023.

3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ (MIXED-METHODS RESEARCH)

3.1 Результаты анализа правовых и медико-социальных аспектов поддержки лиц, осуществляющих уход за пожилыми в РК в контексте международного опыта

В рамках реализации первой задачи исследования проведён комплексный анализ научной литературы, целью которого было выявление существующих публикаций, посвящённых механизмам поддержки лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми людьми в Республике Казахстан. Результаты анализа показали ограниченное количество научных публикаций, охватывающих данный аспект в РК.

В условиях дефицита научных публикаций для дальнейшего проведения исследования были использованы нормативные правовые акты РК, регулирующие вопросы медико-социальной поддержки лиц, осуществляющих неформальный уход. Проведён детальный анализ законодательной базы, включая законы, кодексы, приказы и иные регламентирующие документы, для определения существующих механизмов государственной поддержки данной категории населения. Основные положения, извлечённые из нормативных правовых актов представлены в Таблице 7. Полученные результаты исследования были обобщены и представлены в публикации, размещённой в международном рецензируемом журнале *Frontiers in Public Health* [200].

Таблица 7 – Основные положения нормативных правовых актов, регламентирующих медико-социальную поддержку лиц, осуществляющих уход в РК

НПА, раздел	Основные положения НПА	Таргетная популяция	Ключевые сильные стороны	Ключевые слабые стороны
1	2	3	4	5
«Конституция РК» от 30.08.1995г., п.3, ст.27, разд.2	«Совершеннолетние трудоспособные дети обязаны заботиться о нетрудоспособных родителях»	Совершенно летние дети	Защищает пожилого родителя	Обязательный уход без возможности выбора детей
ст.145, гл.19, разд.5 Кодекса РК «О браке (супружестве) и семье» от 26.11.2011г. № 518-IV	«Трудоспособные совершеннолетние дети обязаны содержать своих нетрудоспособных нуждающихся в помощи родителей и заботиться о них»	Совершенно летние дети	Защищает пожилого родителя	Обязательный уход без возможности выбора детей
ст.146, гл.19, разд.5 Кодекса РК «О браке (супружестве) и семье» от 26.11.2011г. № 518-IV	«При отсутствии заботы совершеннолетних детей о нетрудоспособных родителях и при наличии исключительных обстоятельств (тяжёлой болезни, увечья родителя, необходимости	Совершенно летние дети	Защищает пожилого родителя	Обязательный уход без возможности выбора детей

Продолжение таблицы 7

1	2	3	4	5
	оплаты постороннего ухода за ним, помещение его в медико-социальное учреждение и других) совершеннолетние дети могут быть привлечены судом к участию в несении дополнительных расходов, вызванных этими обстоятельствами»			
п/п.87, п.1, ст.1, гл.1, разд.1 «Социального Кодекса РК» от 20.04.2023г. №224-VII ЗРК	«Лицо, осуществляющее уход, – физическое лицо, непосредственно осуществляющее уход за лицом с инвалидностью первой группы независимо от родственной связи с ним»	Лицо, осуществляющее уход	Внесено понятие «лицо, осуществляющее уход»	Применимо только для лиц, осуществляющих уход за инвалидами 1-ой группы
п.1, ст.171, парагр.4, гл.13 разд.3 «Социального Кодекса РК» от 20.04.2023г. №224-VII ЗРК	«Основанием для назначения государственного социального пособия по инвалидности, пособия воспитывающему ребёнка с инвалидностью, пособия лицу, осуществляющему уход (далее – государственные пособия для лиц с инвалидностью), является заявление лица, имеющего право на государственные пособия для лиц с инвалидностью, или его законного представителя»	Лицо, осуществляющее уход	Назначение пособия лицам, осуществляющим уход	Применимо только для лиц, осуществляющих уход за инвалидами 1-ой группы
п.3, ст.70, гл.6, разд.2, «Трудового кодекса РК» от 23.11.2015г. № 414-V ЗРК	«Работодатель по письменному заявлению беременной женщины, одного из родителей (усыновителя, удочерителя), имеющего ребёнка (детей) в возрасте до трех лет, а также работника, осуществляющего уход за больным членом семьи в соответствии с медицинским заключением, обязан установить им режим неполного рабочего времени»	Работник, осуществляющий уход за пожилым членом семьи	Возможность установления неполного рабочего времени	Нет пояснений в каких именно случаях
п.2, ст.70, гл.6, разд.2, «Трудового кодекса РК» от 23.11.2015г. № 414-V ЗРК	«Работа на условиях неполного рабочего времени не влечёт для работника ограничений в продолжительности оплачиваемого ежегодного трудового отпуска, исчисления трудового стажа и других прав в сфере труда, установленных настоящим Кодексом, трудовым, коллективным договорами, соглашениями»	Гражданин РК, работник предприятия	Не влияет на продолжительность оплачиваемого ежегодного трудового отпуска, исчисление трудового стажа и других прав в сфере труда	-
п.4, ст.87, гл.7, разд.2 «Трудового кодекса РК» от	Работникам предоставляются следующие виды социальных отпусков:	Гражданин РК, работник предприятия		В перечне причин для предоставления

Продолжение таблицы 7

1	2	3	4	5
23.11.2015г. № 414-V ЗРК	1) отпуск без сохранения заработной платы; 2) учебный отпуск; 3) отпуск в связи с беременностью и рождением ребёнка (детей), усыновлением (удочерением) новорождённого ребёнка (детей); 4) отпуск без сохранения заработной платы по уходу за ребёнком до достижения им возраста трех лет; 5) отпуск для прохождения скрининговых исследований в количестве не более трех рабочих дней в течение года; 6) отпуск на постановку на медицинский учёт по беременности до двенадцати недель в количестве не менее трех рабочих дней.			социального отпуска отсутствует отпуск для осуществления неформального ухода
п/п.6-1, п.1, ст.26, гл.5 Закона РК от 16.11.2015г. № 405-V ЗРК. «Об обязательном социальном медицинском страховании»	Взносы государства на обязательное социальное медицинское страхование уплачиваются ежемесячно в течение первых пяти рабочих дней текущего месяца в порядке, определяемом бюджетным законодательством Республики Казахстан, за следующих лиц.... неработающие лица, осуществляющие уход за лицом с инвалидностью первой группы;....	Лица, осуществляющие уход за инвалидами первой группы	Возможность получения медицинских услуг	Только для лиц, осуществляющих уход за инвалидами первой группы
Глава 3 Приказа МЗ РК от 23.06.2021г. №КР ДСМ55 «Об утверждении Стандарта организации оказания гериатрической и геронтологической помощи в РК»	«определение у пациента степени утраты способности к самообслуживанию и составление медико-социального прогноза с применением опросников, а также шкалы Бартела» «проведение консультаций пациентов и их родственников по вопросам лечения и реабилитации, определение объёма и рациональных методов обследования с целью получения наиболее полной и достоверной диагностической информации, в том числе на дому пациентов с резко сниженной или утраченной способностью к самообслуживанию»	Пожилые пациенты с резко сниженной или утраченной способностью к самообслуживанию и их родственники	Оценка степени утраты способности к самообслуживанию пожилых и родственников по уходу за пожилыми	Применим к получателям ухода
п.7, парагр.1, гл2 Приказа МЗ РК от 08.11.2020г. №КР ДСМ-198/2020г. «Об утверждении правил проведения экспертизы временной	«Лист о временной нетрудоспособности выдаётся при: 1) острых или обострении хронических заболеваний; 2) травмах и отравлениях, связанных с временной потерей трудоспособности;	Граждане РК	Возможность получения листа временной нетрудоспособности при	Отсутствие в списке основания для выдачи листа о временной нетрудоспособности пункта «уход за

Продолжение таблицы 7

1	2	3	4	5
нетрудоспособности, а также выдачи листа или справки о временной нетрудоспособности»	3) искусственном прерывании беременности; 4) уходе за больным ребёнком; 5) беременности и родах; 6) усыновлении (удочерении) новорождённого ребёнка (детей); 7) долечивании в санаторно-курортных организациях; 8) карантине 9) ортопедическом протезировании»		наличии показаний	больным пожилым»
п/п.7, п.25, гл.3 Приказа зам.Премьер-Министра - Министра труда и соц.защиты населения РК от 29.06.2023г. №263 «Об утверждении стандартов оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения»	«Предоставление помещений для временного пребывания (до шести месяцев) получателей услуг, проживающих в семьях, и нуждающихся во временном предоставлении им специальных социальных услуг в условиях стационара на платной договорной основе, в порядке, утверждаемом местным исполнительным органом»	Пожилые лица	Возможность «передышки для лиц, осуществляющих уход»	Только на платной основе

Анализ нормативной правовой базы РК продемонстрировал наличие отдельных положений изложенных в таблице 7, которые позволили выделить несколько ключевых тем, определяющих текущее состояние поддержки лиц, осуществляющих уход за пожилыми людьми: 1) термин «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 со стороны здравоохранения.

3.1.1 Термин «лицо, осуществляющее неформальный уход» в РК

Впервые термин «лицо, осуществляющее уход» в Республике Казахстан представлен на законодательном уровне с принятием «Социального Кодекса РК» от 20.04.2023г. № 224-VII ЗРК, согласно которому, предложено определение «индивидуум, который непосредственно заботится о человеке с инвалидностью первой группы, вне зависимости от их родственных отношений». Статус «лица, осуществляющего уход» предоставляется исключительно одному лицу по заявлению лица с инвалидностью первой группы и основывается на документе о его нетрудоспособности.

Согласно законодательству, инвалидность первой группы признается за лицами, у которых в результате заболеваний, последствий травм или дефектов наблюдаются стойкие, значительные или резко выраженные нарушения

функций организма. Эти нарушения приводят к выраженному ограничению по одному или нескольким пунктам ADL, при этом в системе классификации ADL выделяются несколько степеней, которые определяются по тяжести состояния. Первая степень обозначает частичное ограничение в выполнении жизнедеятельности, в то время как вторая степень указывает на способность человека выполнять ADL частично или с помощью посторонних лиц. Третья степень относится к лицам, полностью зависимым от других в осуществлении базовой активности повседневной жизни, жизнедеятельности. Для установления инвалидности первой группы необходимо наличие оценки критериев жизнедеятельности на уровне третьей степени по одному или нескольким из следующих показателей: самообслуживание, подвижность, трудоспособность, способность к обучению, ориентация, общение и самоконтроль [1].

В соответствии с международным опытом передовых стран, таких как Германия, лицо, осуществляющее неформальный уход определяется как «лицо, осуществляющее непрофессиональный уход за лицом, неспособным самостоятельно о себе заботиться по причине проблем со здоровьем». Для признания гражданина Германия лицом, осуществляющим неформальный уход, потребность пожилого человека в уходе должна быть непрерывной на протяжении шести месяцев, тяжесть состояния здоровья также должна соответствовать определённому уровню [53, с.60].

В Португалии, Закон №100 от 2019 года, не только регламентирует критерии, признающие человека лицом, осуществляющим неформальный уход, но и устанавливает его права и обязанности. В соответствии с данным Законом статус лица, осуществляющего неформальный уход, присваивается только одному человеку на домохозяйство при условии, что он проживает с получателем ухода и обеспечивает ему круглосуточную заботу. Более того, ухаживающий не должен заниматься оплачиваемой профессиональной или иной деятельностью, которая может воспрепятствовать выполнению обязанностей по постоянному уходу [201].

3.1.2 Законодательное регулирование ухода за пожилыми в РК

Конституция РК и Кодекс о браке и семье в РК регламентируют непосредственную обязанность трудоспособных детей осуществлять заботу о своих нетрудоспособных пожилых родителях, бабушках и дедушках [202, 203]. Невыполнение обязательств влечёт за собой требования о выплате алиментов, покрытии расходов, возникающих в связи с болезнью родителей или необходимостью привлечения услуг по уходу [203]. Аналогичная практика применяется и в других регионах: Азия (Китай, Бангладеш, Индия, Сингапур), Латинская Америка (Бразилия, Мексика, Аргентина, Чили), Европа и СНГ (Литва, России, Турция, Алжир), где обязательство по обеспечению ухода за пожилыми членами семьи является общепризнанной нормой [60, с.11; 204, 205].

Скандинавские страны в 1980 году первыми признали долгосрочный уход фактором социального риска, в связи с чем, основная юридическая

ответственность по уходу за пожилыми людьми была возложена на государство. В этих странах вклад семьи в предоставление неформального ухода относительно ниже по сравнению со странами, где семейный уход является преобладающим подходом. С другой стороны, такие страны, как Австрия, Бельгия, Канада, Германия, Франция, Швейцария, Великобритания и США, делят ответственность по уходу между государством и семьей [52, с. 7]. Помимо законодательных норм существуют культурные и социальные особенности, играющие роль в формировании восприятия ухода за пожилыми. В азиатской культуре традиционные ценности сохраняют ответственность взрослых детей по заботе о пожилых родителях наряду с государством [206-209]. В РК национальные и семейные традиции также служат важным источником поддержки для пожилых людей [210].

3.1.3 Социальные гарантии для лиц, осуществляющих уход в РК

В соответствии с «Социальным кодексом РК», специальные социальные услуги определяются как – «совокупность услуг, направленных на преодоление объективных барьеров, препятствующих отдельным лицам или семьям вести полноценную жизнь» [1]. Целью чего является создание равных возможностей для интеграции в общество и укрепление социальной сплоченности граждан. Предоставление услуг ориентировано на индивидов или семьи, оказавшихся в жизненных ситуациях, спровоцированных болезнью, травмой, возрастными изменениями или инвалидностью, приводящих к полной или частичной утрате способности к самообслуживанию, мобильности или доступу к предметам первой необходимости.

Спектр специальных социальных услуг включает: социальную, бытовую поддержку, социально-психологическое консультирование и социально-педагогическое вмешательство, социально-профессиональное руководство, социально-культурные мероприятия, а также социально-медицинскую, социально-экономическую и социально-правовую помощь. Сложный характер необходимой помощи, превышающей возможности одного специалиста, обуславливает необходимость формирования междисциплинарной команды, включающей работников здравоохранения, социальных служб, а также юристов, экономистов и психологов.

В настоящее время лишь 1,3% пожилых людей в РК получают социальные услуги и уход на дому, что свидетельствует о крайне ограниченном охвате населения этими услугами. Услуги, предоставляемые социальными работниками на дому, включают – уборку, закуп продуктов питания и медикаментов, при этом расходы на закуп несут получатели услуг [211]. Следует отметить, что пожилые люди, оказавшиеся в сложных жизненных обстоятельствах и имеющие трудоспособных взрослых детей или супруга, ограничены в правах на получение специальных социальных услуг [212].

Помимо предоставления услуг по уходу на дому, социальные службы в РК предлагает специализированные социальные услуги в сфере социального обеспечения для населения в больницах и полубольничных учреждениях. Следует отметить, что на данный момент функционирует всего 13 учреждений, оказывающих паллиативную и медсестринскую помощь, включая хосписы, сестринские центры, отделения симптоматического лечения и паллиативной помощи. Общая вместимость учреждений недостаточна для размещения нуждающихся, так как не превышает 500 мест по стране.

Вместе с тем, имеют место трудности в доступе к социальной помощи, предоставляемой государством, в особенности, для проживающих в сельской местности, ограничения или отсутствие доступа к паллиативной и сестринской помощи. Развитие альтернативных вариантов – мобильных бригад, домашних хосписов и центров дневного ухода, остаётся недостаточным [175, с.6]. Ситуация может быть обусловлена относительно низким распределением расходов государственного бюджета в социальную сферу по сравнению с более развитыми экономическими державами. Зачастую, в ситуации, когда необходимо получение услуг частного ухода, их получатели несут материальные расходы самостоятельно. К общим проблемам, несомненно, относится недостаточная квалификация социальных работников, низкое качество ухода и предоставляемых услуг, слабое развитие программ помощи на дому, а также нехватка подготовленных специалистов [213].

3.1.4 Права работников, осуществляющих уход за членами семьи в РК

С целью защиты прав лиц, осуществляющих уход, статья 70 Трудового кодекса РК, регламентирует положение о неполной занятости для работников, ухаживающих за больными членами семей. В частности, сокращение рабочего времени не препятствует праву работника на оплачиваемый ежегодный отпуск, расчёт трудового стажа или утерю других трудовых прав [214]. Вместе с тем, Трудовой Кодекс РК не устанавливает чётких и внятных условий перехода на неполный рабочий день, тогда как законодательство таких стран как Германия, Япония, Великобритания и Франция, данные нормы оговаривает [215-218]. Условиями, регулирующими право перехода на неполный рабочий день, могут являться: стаж работника на предприятии, сроки действия соглашений о неполной занятости, перечень предприятий и должностей, на которые распространяется это право. Интерес вызывает так называемое «право на гибкие условия труда» в отдельных странах Европы, предоставляемое работнику при уходе за больными членами семьи, в соответствии с Директивой ЕС 2019/1158 «О балансе между работой и личной жизнью» [219].

Необходимо отметить, что в РК отсутствует социальный отпуск по уходу за близкими родственниками. В Трудовом Кодексе предусмотрено право на оплачиваемый отпуск по уходу за ребёнком до достижения им трёхлетнего возраста [214], однако данное положение не распространяется на лиц, осуществляющих уход за пожилыми родственниками. При этом, во Франции политика семейного отпуска приравнивает уход за пожилыми родственниками к уходу за детьми [218].

В Казахстане и России работникам предоставляется право на неоплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам или иным уважительным причинам, однако продолжительность его определяется по взаимному соглашению между работником и работодателем [214, 220]. В то же время, во Франции неоплачиваемый отпуск по уходу ограничен тремя месяцами с возможностью продления до года [218]. В Канаде лица, ухаживающие за больными близкими родственниками в терминальной стадии заболевания, имеют право на неоплачиваемый семейный отпуск продолжительностью до 28 недель в год [221]. В США, в соответствии с Законом о семейных и медицинских отпусках (Family and Medical Leave Act, FMLA), предусмотрено до 12 недель неоплачиваемого отпуска в течение 12-месячного периода для удовлетворения краткосрочных или долгосрочных потребностей по уходу за членами семьи [222]. В некоторых штатах, таких как Калифорния и Нью-Йорк, введены программы оплачиваемого семейного отпуска на уровне штата [223], по которым работники получают 67% от заработной платы во время отпуска по уходу [224]. В Японии две трети заработной платы компенсируются в течение определённого периода за счёт страхования по безработице для лиц, находящихся в отпуске по уходу [216]. В Австрии, Чехии, Люксембурге и Германии действует оплачиваемый отпуск по уходу за пожилыми людьми [2, с.5]. В Германии работники могут воспользоваться программой краткосрочного отпуска на срок до 10 дней, когда требуется уход за больными, при этом 90% их заработной платы покрывается за счёт пособия по уходу [225].

3.1.5 Пособие по уходу в РК

Следует отметить, что более двух третей стран-членов Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) внедрили схемы финансовой компенсации для лиц, осуществляющих неформальный уход. Пособия предоставляются лицам, осуществляющим уход в форме пособия по уходу, либо в качестве компенсации получателям ухода. Такие страны, как Нидерланды, Швеция, Великобритания и Германия, применяют двойной подход, предлагая оба типа пособий для поддержки граждан в обеспечении ухода за близкими [52, с.7].

В РК, в соответствии с Социальным Кодексом, пособия предоставляются исключительно лицам, осуществляющим уход за инвалидами первой группы [1]. В Германии, право на получение пособия имеют лица, осуществляющие регулярный уход не менее десяти часов в неделю [226]. В Литве компенсация выплачивается лицу с инвалидностью,

нуждающемуся в уходе, который самостоятельно принимает решение об оплате услуг ухаживающего. Размер выплат зависит от объёма необходимого ухода и состоит из двух уровней. Первый уровень – €380 в месяц в 2023 году при уходе не менее 8 часов в день. Второй уровень – €280 в месяц в 2023 году при уходе 6–7 часов в день [60, с. 1]. В Канаде ухаживающему предоставляется пособие, равное 55% от средней недельной заработной платы на весь период ухода, при этом лицам, получающим его, запрещено работать полный день [221, с. 7]. Законодательство России регламентирует назначение пособия по уходу за пожилыми старше 80 лет, независимо от их родственных отношений, с ежемесячной выплатой в размере 1200 рублей на пенсионный счёт получателя ухода [227]. В США программа Medicaid начисляет пособия взрослым детям, родственникам или внукам, осуществляющим уход, в размере от 1550 до 2550 долларов в месяц в зависимости от уровня ухода и штата проживания [228].

3.1.6 Поддержка лиц, осуществляющих уход со стороны здравоохранения в РК

Финансирование здравоохранения в РК осуществляется в рамках программы гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) и обязательного социального медицинского страхования (ОСМС), при этом взносы в Фонд ОСМС для лиц, осуществляющих уход за инвалидами первой группы, оплачиваются государством [229]. Вместе с тем, ухаживающие за пожилыми людьми, не имеющими инвалидности, обязаны вносить платежи по медицинскому страхованию из собственных средств. В Германии и Японии граждане, участвующие в системе страхования долгосрочного ухода имеют право на получение медицинской страховки в случае прекращения трудовой деятельности в связи с уходом за близким человеком. В таких случаях, страховые выплаты продолжаются за счёт государства на протяжении всего периода ухода, при условии, что ухаживающий был застрахован до вступления в роль лица, осуществляющего уход [56, с. 464; 230].

В Казахстане на уровне медицинских учреждений не проводится идентификация лиц, осуществляющих уход, исключением являются ухаживающие за инвалидами первой группы. Между тем специалисты здравоохранения несут ответственность за предоставление членам семей комплексной социальной и психологической поддержки, а также обучения основным аспектам сестринского ухода. В то же время, в Великобритании закон CARE (2014) возлагает на медицинских работников обязанность по идентификации и регистрации членов семьи, оказывающих уход пациентам [231]. Методическое руководство NICE совместно с вышеуказанным законом охватывает поддержку лиц, предоставляющих неформальный уход. Данное руководство направлено на улучшение качества жизни лиц, осуществляющих уход, путём оказания содействия специалистам здравоохранения по их выявлению и предоставлению соответствующей информации. Кроме того, оно включает оценку состояния ухаживающих, их практическую, эмоциональную

и социальную поддержку, обучение и помощь в уходе на заключительных этапах жизни [232]. В Португалии на законодательном уровне также предписано проведение оценки качества жизни и бремени лиц, осуществляющих уход, предусмотрено предоставление психосоциальной поддержки. Особое внимание уделяется важности «передышки» для лиц, осуществляющих неформальный уход. В дополнение к указанным мерам в медицинских учреждениях рекомендуется создавать группы взаимопомощи, организуемые медицинскими работниками, для содействия взаимной поддержке, обмену опытом среди людей, находящихся в аналогичной ситуации [233].

Необходимо отметить отсутствие в РК механизма предоставления листа временной нетрудоспособности в связи с болезнью пожилого родственника [234]. В то же время, в ряде штатов США, таких как Калифорния, Коннектикут, Массачусетс, Орегон и Вермонт, введены законы, регулирующие оплачиваемый отпуск по уходу за больными членами семьи [235]. В Литве, лица, осуществляющие уход за супругами и родителями, нуждающимися в помощи, имеют право на оплачиваемый отпуск сроком до 14 дней в год с выплатой 65,94% от заработной платы, покрываемой фондом социального страхования [60, с.12]. Согласно Директиве Европейского парламента и Совета ЕС 2019/1158 «О балансе между работой и личной жизнью», а также «Трудовому кодексу и Закону о социальном страховании по болезни и материнству ЕС», работникам предоставляется дополнительный ежегодный отпуск до 5 дней по уходу [219].

Таким образом, в РК наблюдается постепенное внедрение правовых и медико-социальных мер, направленных на поддержку лиц, осуществляющих уход за пожилыми людьми, однако доминирование «семейной модели» ухода, характеризующейся преобладанием ответственности близких родственников, остаётся актуальной проблемой. Несмотря на положительные изменения сохраняются значительные пробелы в вопросах идентификации и регистрации ухаживающих, а также в оценке их качества жизни и степени бремени. Кроме того, отсутствуют меры, по предоставлению социального отпуска и оформления листа временной нетрудоспособности для лиц, осуществляющих уход по болезни их пожилых родителей. В связи с этим, для обеспечения комплексной и эффективной поддержки лиц, осуществляющих уход, требуется дальнейшее развитие законодательных инициатив с учётом международного опыта и национальных особенностей социальной структуры.

3.2 Результаты оценки качества жизни и бремени у лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми в РК

Анализ нормативно-правовых актов и имеющейся научной литературы выявил ограниченность существующих механизмов оценки качества жизни и бремени лиц, осуществляющих уход в Республике Казахстан. В связи с этим следующим этапом исследования стала количественная оценка указанных

показателей, направленная на детальное изучение положения ухаживающих и выявление компонентов, оказывающих влияние на их благополучие.

3.2.1 Оценка качества жизни, связанного со здоровьем у лиц, осуществляющих уход за пожилыми с использованием инструмента EQ-5D-5L

Среднее значение показателя качества жизни, связанной со здоровьем, у лиц, осуществляющих уход, по шкале EQ-VAS составило $84,1 \pm 13,4$. В ходе анализа также рассчитывалась частота встречаемости «некоторых проблем», отражающей умеренные отклонения в одном из пяти измерений здоровья (мобильность, самообслуживание, привычная повседневная деятельность, боль/дискомфорт, тревога/депрессия). На основании полученных данных, 35,8% (95% ДИ: 31; 40) респондентов сообщили о наличии симптомов тревожности и депрессии, а 31,4% (95% ДИ: 22; 30) указали на наличие боли и дискомфорта. Более подробная информация о распределении «некоторых проблем» [185, с.10] по всем пяти измеряемым категориям инструмента EQ-5D-5L среди лиц, осуществляющих уход за пожилыми представлена в Таблице 8.

Таблица 8 – Распределение «некоторых проблем» по пяти измеряемым категориям инструмента EQ-5D-5L среди лиц, осуществляющих уход за пожилыми (N=400)

Уровень	Подвижность	Уход за собой	Привычная повседневная деятельность	Боль и дискомфорт	Тревожность и депрессия
1 - нет проблем	312 (78.0%)	371 (92.8%)	312 (78.0%)	276 (69.0%)	257 (64.3%)
2 - небольшие проблемы	52 (13.0%)	18 (4.5%)	64 (16.0%)	95 (23.8%)	117 (29.3%)
3 - умеренные проблемы	33 (8.3%)	11 (2.8%)	23 (5.8%)	28 (7.0%)	26 (6.5%)
4 - серьёзные проблемы	3 (0.8%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)
5 - очень серьёзные проблемы	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
«некоторых проблемы» *	88 (22.1%)	29 (7.3%)	88 (22.1%)	104 (31.4%)	143 (35.8%)
Всего	400 (100%)	400 (100%)	400 (100%)	400 (100%)	400 (100%)
*Примечание – «некоторые проблемы» - умеренные отклонения в одном из измерений здоровья					

Кроме того, в таблице 9 приведены данные о десяти наиболее часто встречающихся состояниях здоровья, определённых с использованием инструмента EQ-5D-5L. Среди лиц, осуществляющих уход, наибольшую долю (46,4% (95 % ДИ: 41; 51)) составили те, кто оценил своё состояние как «11111»,

что указывает на отсутствие проблем по всем измерениям EQ-5D-5L. В то же время среди получателей ухода наибольшее количество (5% (95 % ДИ: 3; 7)) находились в состоянии «33333», что характеризует наличием умеренных проблем по всем пяти категориям шкалы. Анализ кумулятивной частоты показал тенденцию к постепенному увеличению уровня проблем в обеих группах, при этом их нарастание среди получателей ухода было более выраженным по сравнению с лицами, осуществляющими уход.

Таблица 9 – Распределение частоты десяти наиболее распространённых состояний здоровья (EQ-5D-5L) у лиц, осуществляющих уход за пожилыми, и получателей ухода

Лицо, осуществляющее уход (N=400)			Получатель ухода (N=381)		
Состояние	Число случаев (%)	Кумулятивная частота %	Состояние	Число случаев (%)	Кумулятивная частота %
1	2	3	4	5	6
11111	185 (46.4%)	46.4	33333	19 (5.0%)	5.0
11112	38 (9.5%)	55.9	33332	12 (3.1%)	8.1
11121	19 (4.8%)	60.7	44443	11 (2.9%)	11.0
11122	12 (3.0%)	63.7	55533	11 (2.9%)	13.9
11113	9 (2.3%)	65.9	44444	9 (2.1%)	16.3
21222	9 (2.2%)	68.2	22222	8 (2.1%)	18.4
11222	8 (2.0%)	70.2	32332	8 (2.1%)	20.5
11211	7 (1.8%)	71.9	33334	8 (2.1%)	22.6
22222	7 (1.8%)	73.7	55532	8 (2.0%)	24.4
11212	6 (1.5%)	75.2	55555	7 (1.8%)	26.0
...			...		
43343	1 (0.3%)	100.0	55554	1 (0.3%)	100.0

3.2.2 Оценка качества жизни, связанного со здоровьем у получателей ухода EQ-5D-5L

Средний балл EQ-VAS, отражающий качество жизни, связанное со здоровьем у пожилых людей, составил $40 \pm 14,6$ баллов. Наиболее выраженными проблемами среди получателей ухода являются ограничение подвижности, зарегистрированное у 99,7% (95% ДИ: 98; 99), и затруднения при выполнении привычной повседневной деятельности, отмеченные у 98,2% (95% ДИ: 96; 99). Дополнительная информация о десяти наиболее часто встречающихся профилях состояния здоровья, а также о распределении категории «некоторые проблемы» [185, с.10] по пяти измерениям шкалы EQ-5D-5L среди получателей ухода представлена в таблице 10.

Таблица 10 – Распределение «некоторых проблем» по пяти измеряемым категориям инструмента EQ-5D-5L среди получателей ухода (N=381)

Уровень	Подвижность	Уход за собой	Привычная повседневная деятельность	Боль и дискомфорт	Тревожность и депрессия
1	2	3	4	5	6
1 - нет проблем	1 (0.3%)	25 (6.6%)	7 (1.8%)	2 (0.5%)	40 (10.5%)

Продолжение таблицы 10

1	2	3	4	5	6
2 - небольшие проблемы	58 (15.2%)	78 (20.5%)	63 (16.5%)	65 (17.1%)	104 (27.3%)
3 - умеренные проблемы	134 (35.2%)	123 (32.3%)	134 (35.2%)	185 (48.6%)	157 (41.2%)
4 - серьёзные проблемы	127 (33.3%)	88 (23.1%)	85 (22.3%)	97 (25.5%)	63 (16.5%)
5 - очень серьёзные проблемы	61 (16.0%)	67 (17.6%)	92 (24.1%)	32 (8.4%)	17 (4.5%)
«некоторые проблемы»	380 (99.7%)	356 (93.7%)	374 (98.2%)	379 (99.5%)	341 (89.5%)
Всего	381 (100%)	381 (100%)	381 (100%)	381 (100%)	381 (100%)
Примечание – «некоторые проблемы» - умеренные отклонения в одном из измерений здоровья					

3.2.3 Оценка распределения времени, затрачиваемого на неформальный уход

В соответствии с полученными данными, медианная продолжительность оказания ухода лицами, осуществляющими уход за пожилыми, составила 104 (IQR: 2; 782) (Me (IQR)) недели, с интенсивностью 7,0 (IQR: 3; 7) дней в неделю. Дополнительную помощь от других лиц, осуществляющих неформальный уход, получали 29,4% пожилых, в среднем от двух человек, затративших на это 14 (IQR: 6; 35) часов в неделю. Анализ этнических различий показал, что наибольшее количество дополнительной поддержки наблюдалось у лиц, осуществляющих уход казахской национальности, по сравнению с русскими ($p < 0,001$) и представителями других национальностей ($p < 0,05$).

Основное время лиц, осуществляющих уход, уходило на выполнение таких задач, как приготовление пищи, уборка, стирка, покупки и другие бытовые обязанности, медианное значение которых составило 16 (IQR: 0; 133) часов в неделю. На персональный уход, включающий помощь с переодеванием, посещением туалета, передвижением, приёмом пищи и питьём, затрачивалось медианное значение 8 (IQR: 0; 138) часов в неделю. Дополнительно, на визиты к врачам и адаптацию места проживания приходилось 3 часа в неделю (Me=3 (IQR: 0; 63)). В таблице 11 представлены результаты сравнения часов затраченных в неделю на выполнение задач по уходу, между женщинами и мужчинами. Установлено, что женщины затрачивали значительно больше времени на приготовление пищи, уборку, глажку, стирку, уход за садом и помощь в передвижении по дому по сравнению с мужчинами.

Таблица 11 – Распределение часов затраченных в неделю на выполнение задач по уходу между женщинами и мужчинами

Задачи по уходу	Женщины		Мужчины		p-value
	Me (IQR)	Min-max	Me (IQR)	Min-max	
Приготовление пищи	7 (3-14)	0-73	0 (0-6)	0-21	<0,001
Уборка помещений	4 (2-7)	0-28	1 (0-4)	0-18	<0,001
Глажка и стирка белья	2 (1-5)	0-56	0 (0-2)	0-20	<0,001
Закупка продуктов и товаров	0 (0-0)	0-30	0 (0-2)	0-15	0,026
Уход за садом	2 (1-5)	0-30	1 (0-3)	0-16	<0,001
Гигиенические процедуры	0 (0-2)	0-60	0 (0-1)	0-30	0,017
Посещение туалета	0 (0-2)	0-40	0 (0-2,5)	0-25	0,881
Передвижение внутри дома	2 (0-6)	0-60	0 (0-3)	0-35	0,004
Приём пищи	1 (0-3)	0-30	2 (0-1)	0-14	0,572
Прогулки за пределами дома	0 (0-2)	0-40	1 (0-3)	0-30	0,025
Посещение социальных мероприятий	1 (0-2)	0-30	1 (0-2)	0-20	0,843
Визиты к врачу	0 (0-2)	0-36	0 (0-2)	0-14	0,574
Адаптация жилого пространства	0 (0-1)	0-20	0 (0-1)	0-3	0,184
Примечание – медиана (Me), интерквартильный размах (IQR), минимум-максимум (min-max)					

3.2.4 Оценка качества жизни, связанного с уходом, у лиц, осуществляющих уход за пожилыми по инструменту CarerQol-7D

Среднее значение показателя качества жизни, связанного с уходом (CarerQol-7D), составило $87,2 \pm 49,5$, тогда как по шкале CarerQol-VAS данный показатель достиг $8,1 \pm 1,9$ (Таблица 12). Высокий уровень удовлетворённости выполняемой ролью был отмечен у 40,5% (95% ДИ: 36; 45) респондентов, умеренный у 49,8% (95% ДИ: 49; 56), а отсутствие удовлетворённости у 9,8% (95% ДИ: 7; 13). Около трети респондентов заявили о проблемах во взаимоотношениях со своими пожилыми родственниками, о трудностях, связанных с физическим здоровьем, с совмещением задач по уходу и повседневной деятельностью, а также о финансовых затруднениях. Кроме того, примерно четверть лиц, осуществляющих уход за пожилыми, отметили наличие психологических проблем (Рисунок 9). Сравнительный анализ качества жизни, связанного с уходом, по городам показал, что в Актобе данный показатель статистически значимо выше, чем в Астане, Алмате и Семее ($p > 0.001$).

Таблица 12 – Значения показателей CarerQol, ASIS, SRB, PU, CSI и Pt у лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми (N=400)

Переменные	N	%
1	2	3
Индекс бремени (CSI+) ≥ 7	61	15.3
Выносливость (Pt)		
Меньше одной недели	1	0.3
Больше, чем одна неделя, но меньше, чем один месяц	4	1.0
Больше, чем один месяц, но меньше, чем шесть месяцев	20	5.0
Больше, чем шесть месяцев, но меньше, чем один год	22	5.5
Больше двух лет	319	79.8
Ценность процесса (PU) (-10 to 10)		
Негативный	95	23.8
Нейтральный	53	13.3
Позитивный	252	63.0

Продолжение таблицы 12

1	2	3
Шкала самооценки бремени (SRB) (0-10) >5	189	47.3
	Среднее значение	Стандартное отклонение
Шкала самооценки бремени (SRB) (0-10)	3.1	2.8
CarerQol-7D	87.2	49.5
CarerQol-VAS (1-10)	8.1	1.9
ASIS (1-10)	7.4	2.4



Рисунок-9. Распределение компонентов CarerQol-7D среди лиц, осуществляющих уход за пожилыми

Данные, представленные в таблице 12, показывают, что более половины лиц, осуществляющих уход, позитивно оценили свою полезность в уходе (PU), отмечая, что испытывают счастье от возможности помогать другим. В то же время почти четверть респондентов негативно оценили свою полезность, что свидетельствует об отсутствии удовлетворения от выполняемого ухода. У 13,3% (95% ДИ: 10; 17) ухаживающих данный показатель находился на нейтральном уровне, что указывает на то, что уход не всегда приносит им чувство удовлетворения и счастья. Анализ выносливости (Pt) лиц, осуществляющих уход, отражающий их способность продолжать выполнение текущих обязанностей при неизменных условиях, показал, что около 80% (95% ДИ: 76; 83) участников выразили готовность продолжать заботу о получателе ухода в течение более двух лет.

3.2.5 Оценка бремени лиц, осуществляющих уход за пожилыми CSI+

Анализ бремени (CSI+) у лиц, осуществляющих неформальный уход выявил наличие «положительных аспектов», связанных с уходом у 52,8 (95% ДИ: 48; 58), «лёгкого-умеренного» бремени у 32,0% (95% ДИ: 28; 37) и

«значительного» бремени ($CSI+ \geq 7$) у 15,3%(95% ДИ: 12; 19) респондентов (Таблица 12). 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, связанную с выполнением задач по уходу. Более того, 40% участников заявили, что осуществление ухода ограничил их повседневную деятельность и привёл к пересмотру личных планов, а у трети респондентов к изменению состава семьи (Рисунок 10).

Дополнительно, нами были проанализированы результаты шкалы самооценки бремени (SRB), в соответствии с которым средний уровень бремени составил $3,1 \pm 2,8$, при этом у 47,3% участников показатель превышал пять и более баллов, что свидетельствует о повышенном уровне бремени. Анализ взаимосвязи между степенью родственной близости и уровнем воспринимаемого бремени показал, что ухаживающие за супругом, испытывают значимо более высокую нагрузку по сравнению с теми, кто ухаживает за родителями, другими родственниками или знакомыми ($p < 0,05$). Кроме того, сравнительный анализ уровня бремени, обусловленного уходом, выявил статистически значимо более высокие показатели среди лиц, осуществляющих уход, проживающих в Астане и Семее, по сравнению с Актобе ($p < 0,001$) и Алматы ($p < 0,05$).

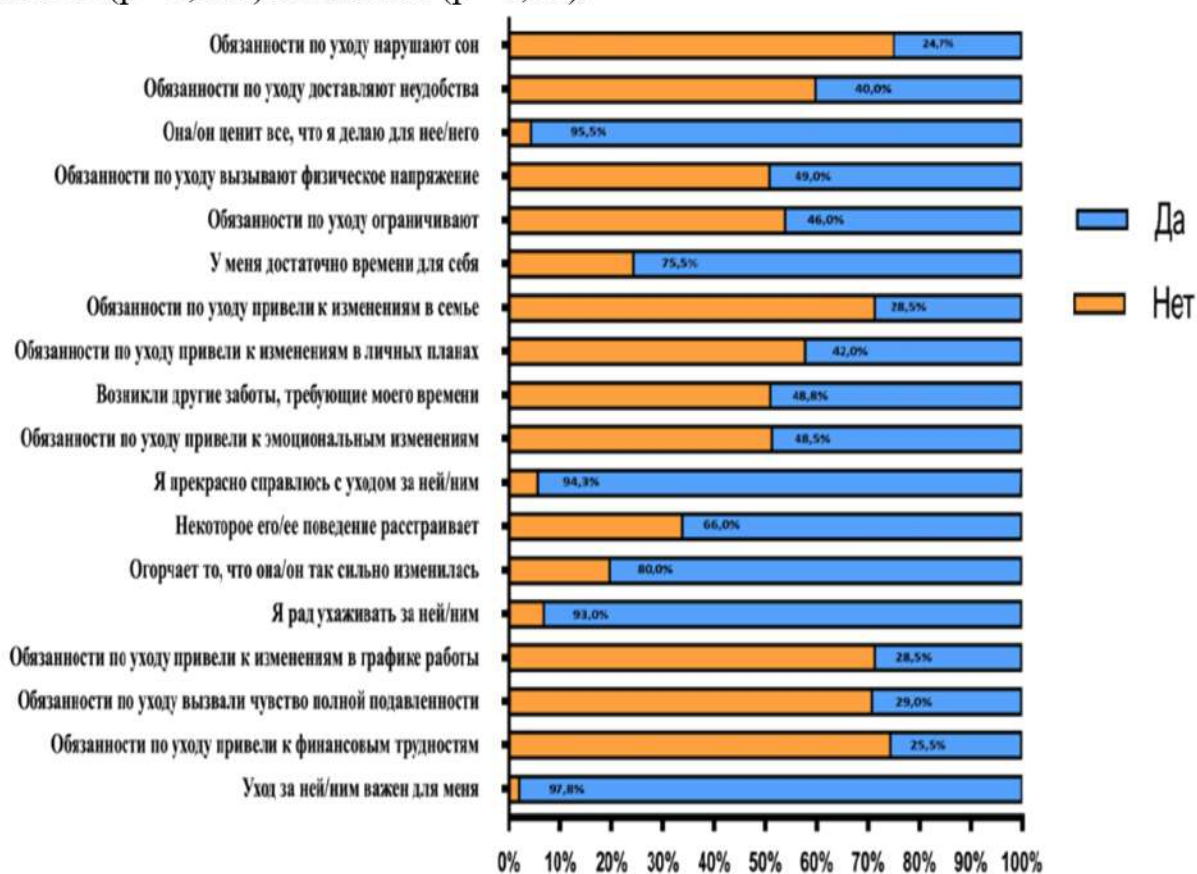


Рисунок-10. Распределение параметров бремени (CSI+) среди лиц, осуществляющих уход за пожилыми

Таким образом, результаты количественного исследования свидетельствуют о том, что уход за пожилыми преимущественно осуществляется женщинами среднего возраста. Оценка качества жизни, связанной со здоровьем, показала, что тревожность, депрессия, боль и дискомфорт отмечаются у каждой третьей ухаживающей. Среди пожилых получателей помощи наиболее распространены ограничения подвижности (99,7%) и затруднения при выполнении повседневных задач (98,2%). Анализ показателей качества жизни, связанной с уходом (CarerQol-7D), продемонстрировал, что около трети лиц, осуществляющих уход испытывают трудности во взаимоотношениях с пожилыми родственниками, а более трети сообщают о проблемах, связанных с собственным физическим здоровьем, сложностями в совмещении ухода с повседневной деятельностью и финансовой нагрузкой. Оценка бремени (CSI+) показала, что 32,0% ухаживающих испытывают «лёгкое-умеренное» бремя, а 15,3% – «значительное», при этом у 49% отмечается эмоциональное истощение, у 37% физическая усталость, а 29% ухаживающих были вынуждены адаптировать свой рабочий график под задачи, связанные с осуществлением ухода.

3.3 Результаты анализа влияния основных предикторов на качество жизни и бремя, связанные с неформальным уходом за пожилыми людьми

Проведённая оценка качества жизни и бремени у лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми, позволила получить общую характеристику исследуемых переменных. На следующем этапе исследования, для более детального анализа факторов, влияющих на качество жизни и бремя, связанное с уходом, был выполнен однофакторный регрессионный анализ, направленный на выявление значимых предикторов.

3.3.1 Факторы, взаимосвязанные с качеством жизни у лиц, осуществляющих уход (CarerQol-7D), в однофакторном линейном регрессионном анализе

Для определения факторов, влияющих на качество жизни, связанное с уходом, был проведён однофакторный линейный регрессионный анализ (Таблица 13). 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 лиц, осуществляющих уход, наблюдалось статистически значимое снижение качества жизни (-0,19 (95% ДИ: -0,30; -0,08)). Принадлежность к казахской национальности показала более высокий уровень качества жизни (10,64 (95% ДИ: 5,68; 15,59)) по сравнению с другими национальностями. Совместное проживание с детьми характеризовалось более высоким качеством жизни (5,51 (95% ДИ: 1,93; 9,09)), однако, наличие детей старше 18 лет продемонстрировало его снижение два раза (-2,036 (95% ДИ: -3,62; -0,45)). Более высокие показатели 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) было статистически значимо ассоциировано с повышением качества жизни ухаживающих. Уход за пожилыми с полной зависимостью по индексу активности повседневной жизни (ADL) в пять раз (-5,88 (95% ДИ: -10,22; -1,54) повышал вероятность снижения качества жизни по сравнению с теми, кто ухаживал за получателями ухода с выраженной и умеренной зависимостью. Кроме того, продолжительность ухода (-0,011 (95% ДИ: -0,02; 0,001)), интенсивность ухода (-1,042 (95% ДИ: -1,76; -0,33)) и время, затрачиваемое на задачи по уходу (-0,06 (95% ДИ: -0,10; -0,02)) отрицательно влияли на качество жизни лиц, осуществляющих уход.

Таблица 13 – Результаты однофакторного регрессионного анализа взаимосвязи независимых переменных с качеством жизни (CarerQoL-7D) и индексом бремени (CSI+) у лиц, осуществляющих уход (N=400)

Независимые переменные	CarerQoL-7D		CSI+	
	ОШ (95% ДИ)	p-value	ОШ (95% ДИ)	p-value
1	2	3	4	5
Пол				
Женский	5.97 (1,2; 19.58)	0.010	5.97 (1,2; 19.58)	0.003
Мужской	Reference	-	Reference	-
Возраст				
18-34	Reference	-	Reference	-
35-64	1,78 (0,88; 3,59)	<0.001	1,78 (0,88; 3,59)	0,107
+65	5,01 (1,55; 16,19)	0.212	5,01 (1,55; 16,19)	0,007
Возраст в годах	1,03 (1,01; 1,05)	0.001	1,03 (1,01; 1,05)	0,013
Национальность				
Казах	10,64 (5,68; 15,59)	<0.001	0,26 (0,11; 0,61)	0,002
Русский	3,90 (-2,24; 10,03)	0.212	0,53 (0,22; 1,27)	0,152
Другие	Reference	-	Reference	-
Образование				
Начальное	Reference	-	Reference	-
Среднее	-1,63 (-8,04; 4,77)	0,616	0,75 (0,21; 2,65)	0,653
Высшее	-0,49 (-6,17; 5,19)	0,865	1,12 (0,64; 1,97)	0,685
Семейный статус				
Замужем/ Женат	2,094 (-0,85; 5,04)	0,163	1,31 (0,73; 2,35)	0,369
Не замужем/ Холост	Reference	-	Reference	-
Наличие детей				
Да	-1,82 (-5,60; 1,95)	0,343	2,05 (0,85; 4,98)	0,112
Нет	Reference	-	Reference	-
Дети младше 18 лет	1,16 (-0,82; 2,41)	0,067	0,89 (0,70; 1,15)	0,378
Дети старше 18 лет	-2,04 (-3,62; -0,45)	0,012	1,23 (0,92; 1,64)	0,159
Проживание с детьми				
Да	5,51 (1,93; 9,09)	0,003	0,59 (0,31; 1,12)	0,109
Нет	Reference	-	Reference	-
Количество детей	0,05 (-1,38; 4,47)	0,951	1,08 (0,79; 1,49)	0,629
Оплачиваемая работа				
Да	1,76 (-1,47; 4,99)	0,285	0,74 (0,41; 1,34)	0,321
Нет	Reference	-	Reference	-
Полный рабочий день	3,30 (-0,13; 6,73)	0,059	0,72 (0,37; 1,42)	0,342
Неполный рабочий день	Reference	-	Reference	-
Неоплачиваемая работа				
Да	-0,32 (-5,00; 4,35)	0,892	0,41 (0,12; 1,37)	0,148
Нет	Reference	-	Reference	-

Продолжение таблицы 13

1	2	3	4	5
Денежная компенсация				
Да	-7,19 (-10,94; -3,43)	<0,001	1,29 (0,65; 2,59)	0,469
Нет	Reference	-	Reference	-
Выбор в пользу ухода				
Да	1,09 (-2,00; 4,19)	0,487	0,65 (0,35; 1,24)	0,194
Нет	Reference	-	Reference	-
Ежемесячный доход семьи				
Низкий	Reference	-	Reference	
Средний	2,88 (-0,49; 6,26)	0,094	1,25 (0,66; 2,36)	0,487
Высокий	1,83 (-4,31; 7,98)	0,557	1,44 (0,51; 4,02)	0,493
Здоровье EQ VAS	0,37 (0,27; 0,47)	<0,001	0,96 (0,94; 0,98)	<0,001
Получатель ухода, N=381				
Пол				
Женский	-1,33 (-4,55; 1,89)	0,417	1,29 (0,67; 2,46)	0,446
Мужской	Reference	-	Reference	-
Возраст				
65-69	Reference	-	Reference	-
70-79	3,83 (0,40; 7,25)	0,029	1,04 (0,50; 2,17)	0,908
+80	-0,37 (-4,18; 3,44)	0,848	1,75 (0,86; 3,37)	0,124
Возраст в годах	-0,09 (-0,28; 0,09)	0,330	0,99 (0,96; 1,03)	0,690
Здоровье EQ VAS	0,26 (0,17; 0,36)	<0,001	0,97 (0,95; 0,98)	<0,001
Проблемы со здоровьем				
Временное заболевание	Reference	-	Reference	-
Хроническое заболевание	-3,28 (-9,38; 2,82)	0,290	1,42 (0,30; 6,66)	0,659
Деменция или проблемы с памятью	-10,88 (-21,09; -0,67)	0,037	2,74 (0,51; 14,82)	0,242
Проблемы, связанные с возрастом	-1,18 (-6,27; 3,92)	0,649	1,19 (0,26; 5,49)	0,825
Терминальные состояния	-14,17 (-25,13; -3,22)	0,012	7,71 (1,48; 40,24)	0,015
Активность повседневной жизни (ADL)				
Полная зависимость	-5,81 (-10,22; -1,54)	0,008	2,90 (1,32; 6,37)	0,008
Выраженная зависимость	-3,01 (-6,22; 0,20)	0,066	1,50 (0,76; 2,94)	0,239
Умеренная зависимость	Reference	-	Reference	-
Длительность ухода	-0,01 (-0,02; -0,00)	0,028	1,00 (0,99; 1,00)	0,727
Интенсивность ухода	-1,04 (-1,76; -0,33)	0,004	1,16 (1,003; 1,35)	0,046
Время, потраченное на уход (в неделю)	- 0,06 (-0,10; -0,02)	0,007	1,02 (1,01; 1,02)	<0,001

3.3.2 Факторы, взаимосвязанные с бременем у лиц, осуществляющих уход (CSI+) в однофакторном логистическом регрессионном анализе

Для определения факторов, влияющих на бремя лиц, осуществляющих уход, был проведён однофакторный логистический регрессионный анализ (Таблица 13). Полученные результаты показали, что женщины имели статистически значимо более высокую вероятность развития бремени по сравнению с мужчинами (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 (5,01 (95% ДИ: 1,54; 16,19)), по сравнению с молодыми. В то же время, лица, осуществляющие уход казахской национальности, имели меньшую вероятность развития бремени, связанного с уходом (0,26 (95% ДИ: 0,11; 0,60) в сравнении с представителями русской и других национальностей.

Ухудшение состояния здоровья как лиц, осуществляющих уход (0,96 (95% ДИ: 0,94; 0,98)), так и получателей ухода (0,96 (95% ДИ: 0,95; 0,99)) увеличивает вероятность развития бремени. 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 временных заболеваний, хронических заболеваний, деменций или проблемами с памятью. Забота о пожилых полностью зависимых по индексу активности повседневной жизни (ADL), характеризовалась более высокими показателями бремени (2,89 (95% ДИ: 1,32; 6,37) в отличие от ухаживающих за пожилыми с выраженной и умеренной зависимостью. 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.

3.3.3 Оценка взаимосвязей между независимыми переменными с использованием коэффициента корреляции Спирмена

Перед выполнением многофакторного регрессионного анализа был проведён корреляционный анализ методом Спирмена, с целью оценки направленности и степени связи между независимыми переменными, а также для выявления возможной мультиколлинеарности. Результаты корреляционного анализа представлены на Рисунке 11.

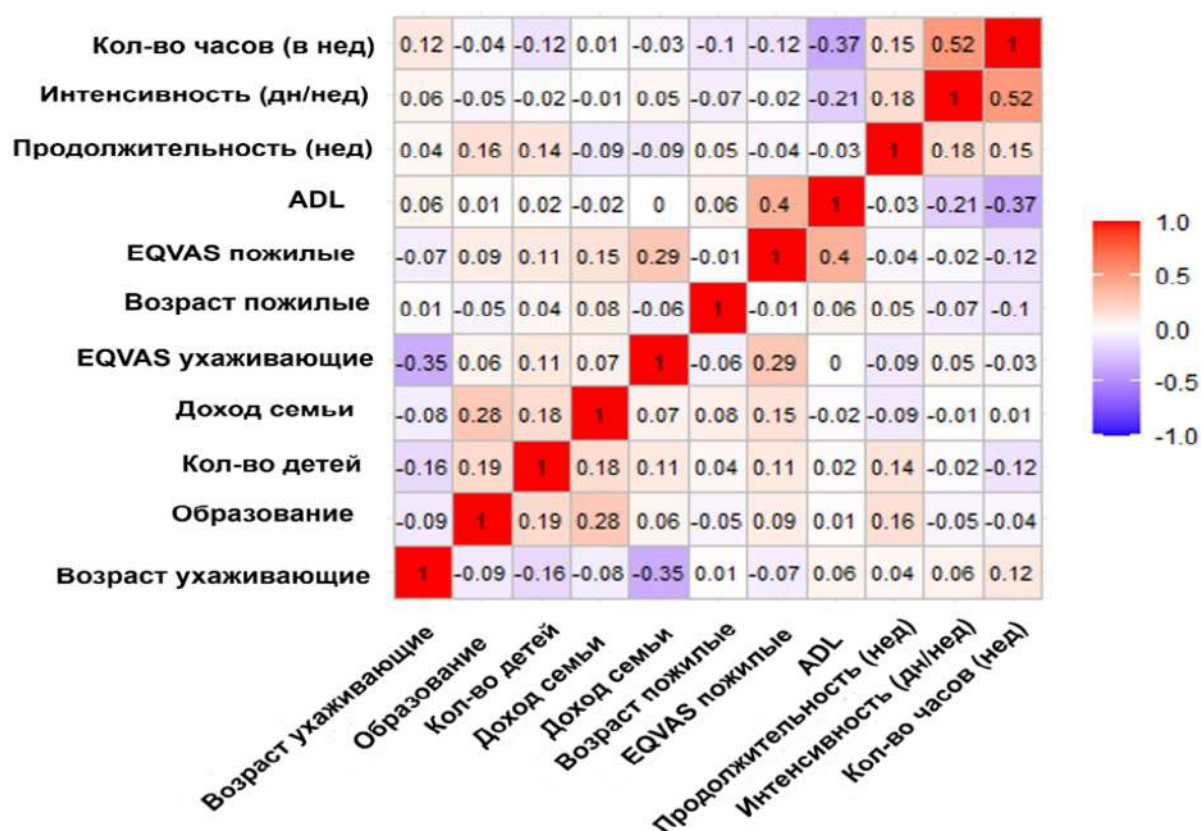


Рисунок-11. Тепловая карта коэффициентов корреляции Спирмена

Результаты корреляционного анализа независимых переменных продемонстрировали наличие как положительных, так и отрицательных коэффициентов корреляции. Согласно классификации Чеддока, между отдельными парами переменных выявлены слабые и умеренные уровни взаимосвязи. Абсолютные значения коэффициентов корреляции Спирмена не превышали порогового уровня 0,8, что свидетельствует о низкой вероятности мультиколлинеарности [236].

3.3.4 Факторы, взаимосвязанные с качеством жизни у лиц, осуществляющих уход (CarerQol-7D) в многофакторном линейном регрессионном анализе

На основе однофакторного регрессионного анализа, оценивающего влияние отдельных факторов на качество жизни, связанное с уходом, и после исключения мультиколлинеарности между независимыми переменными, был проведён многофакторный линейный регрессионный анализ, позволяющий построить комплексную модель, учитывающую и объясняющую совокупное влияние множества предикторов.

Некоторые характеристики лица, осуществляющего уход, и получателя ухода, рассмотренных в однофакторном анализе, не продемонстрировали статистически значимой ассоциации с качеством жизни, связанным с уходом. В связи с этим, переменные, включая уровень образования, семейный статус, количество детей, наличие работы, а также пол и возраст получателя ухода, были исключены из многофакторного анализа.

Результаты многофакторного анализа, представленные в таблице 14 показали, что принадлежность к казахской национальности (9,86 (95% ДИ: 5,12; 14,41)) (β коэфф. (95% ДИ)), состояние здоровья лица, осуществляющего уход (0,31 (95% ДИ: 0,19; 0,42)) и состояние здоровья получателя ухода (0,13 (95% ДИ: 0,03; 0,24)) имеют статистически значимое влияние на качество жизни, связанное с уходом.

Ряд факторов, значимых на этапе однофакторного анализа, не сохранили статистической значимости в многофакторной модели. К таким переменным относятся: пол, возраст, наличие детей, наличие детей старше 18 лет, денежная компенсация за уход, проблемы со здоровьем получателя ухода, активность повседневной жизни по индексу Бартела, длительность ухода, интенсивность ухода и время, потраченное на уход в неделю.

Таблица 14 – Результаты многофакторного линейного регрессионного анализа взаимосвязи между независимыми переменными и качеством жизни, связанным с уходом (CarerQol-7D) (N=400)

Независимые переменные	CarerQol-7D	
	β coefficients [95% ДИ]	p-value
Национальность		
Казах	9,82 (5,12; 14,42)	<0,001
EQ-VAS (лицо, осуществляющее уход)	0,31 (0,19; 0,42)	<0,001
EQ-VAS (получатель ухода)	0,13 (0,03; 0,24)	0,013

На основании проведённого многофакторного анализа была сформирована регрессионная модель, описывающая влияние ключевых предикторов на качество жизни, связанное с уходом. Наблюдаемая зависимость описывается уравнением:

$$Y_{\text{Carerqol}} = 45,79 + 9,82 * X_{\text{казахская национальность}} + 0,31 * X_{\text{EQ-VAS лицо, осуществляющее уход}} + 0,13 * X_{\text{EQ-VAS получатель помощи}}$$

Где Y_{Carerqol} – качество жизни, связанное с уходом, $X_{\text{казахская национальность}}$ – принадлежность к казахской национальности, $X_{\text{EQ-VAS лицо, осуществляющее уход}}$ – показатель здоровья лица, осуществляющего уход и $X_{\text{EQ-VAS получатель помощи}}$ – показатель здоровья получателя помощи

Полученная регрессионная модель характеризуется коэффициентом корреляции $r_{(xy)} = 0,454$, что соответствует умеренной тесноте связи по шкале Чеддока, при уровне значимости $p < 0,001$. Значение скорректированного коэффициента детерминации ($\text{Adjusted } R^2 = 0,197$) указывает на то, что включённые в модель факторы объясняют 20,0% дисперсии качества жизни, связанного с уходом.

3.3.5 Факторы, взаимосвязанные с бременем у лиц, осуществляющих уход (CSI+) в многофакторном логистическом регрессионном анализе

Изучение факторов, влияющих на уровень бремени у лиц, осуществляющих уход, позволяет выявить ключевые предикторы, повышающие или снижающие его уровень. На основании однофакторного регрессионного анализа были определены переменные, имеющие статистически значимую связь с уровнем бремени. После чего нами был проведён многофакторный логистический регрессионный анализ для выявления независимых факторов, имеющих статистическую значимость.

Некоторые характеристики лица, осуществляющего уход, и получателя ухода не продемонстрировали статистически значимой связи с уровнем бремени и были исключены из многофакторной модели. К таким переменным относятся: образование, семейное положение, наличие и количество детей, оплачиваемая работа, денежная компенсация, ежемесячный доход семьи, пол, возраст получателя ухода, а также длительность ухода.

Результаты многофакторного анализа представленные в Таблице 15 показали, что 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)), оказали статистически значимое влияние на уровень бремени у лиц, осуществляющих уход за пожилыми. Напротив, принадлежность к казахской национальности (0,28 (95% ДИ: 0,10; 0,73)) была ассоциирована с более низким уровнем бремени.

Ряд факторов не сохранил статистической значимости в многофакторной модели, включая возраст ухаживающего, состояние здоровья

получателя ухода, уровень активности повседневной жизни пожилого по индексу Бартела и интенсивность ухода.

Таблица 15 – Результаты многофакторной логистической регрессии анализа взаимосвязи между независимыми переменными и бременем у лиц, осуществляющих уход (CSI+) (N=400)

Независимые переменные	CSI+	
	ОШ (95% ДИ)	p-value
Пол		
Женщина	4,87 (1,38; 17,10)	0,012
Мужчина	Reference	
Национальность		
Казах	0,28 (0,10; 0,73)	0,010
Русский	0,43 (0,15; 1,19)	0,103
Другие	Reference	
EQ-VAS (лицо, осуществляющее уход)	0,96 (0,94; 0,98)	<0,001
Время, потраченное на уход (часов в неделю)	1,01 (1,002; 1,02)	0,011

На основании проведённого многофакторного анализа была сформирована регрессионная модель, описывающая влияние ключевых предикторов на уровень бремени. Наблюдаемая зависимость представлена следующим уравнением:

$$Y_{CSI+} = 0,475 + 4,87 * X_{\text{женщина}} + 0,28 * X_{\text{казахская национальность}} + 0,96 * X_{\text{EQ-VAS лицо, осуществляющее уход}} + 1,01 * X_{\text{время потраченное на уход}}$$

Где Y_{CSI+} – бремя, связанное с уходом, $X_{\text{женщина}}$ – принадлежность к женскому полу, $X_{\text{казахская национальность}}$ – принадлежность к казахской национальности, $X_{\text{EQ-VAS лицо, осуществляющее уход}}$ – показатель здоровья лица, осуществляющего уход и $X_{\text{время потраченное на уход}}$ – время, потраченное лицом, осуществляющим уход на выполнение задач по уходу в неделю. Значение коэффициента детерминации (Nagelkerke $R^2 = 0,248$) указывает, что включённые в модель факторы объясняют 25,0% дисперсии бремени у лиц, осуществляющих уход за пожилыми.

Таким образом, проведённый анализ выявил значимые предикторы качества жизни и бремени среди лиц, осуществляющих уход за пожилыми людьми. Качество жизни ухаживающих статистически значимо ассоциировано с принадлежностью к казахской национальности, что связано с его увеличением почти в десять раз. Улучшение состояния здоровья лиц, осуществляющих уход, ассоциировано с увеличением качества жизни на $\beta = 0,31$ (95% ДИ: 0,19; 0,42), тогда как улучшение здоровья получателей ухода приводит к его повышению на $\beta = 0,13$ (95% ДИ: 0,03; 0,24).

В то же время, женщины подвержены его развитию бремени в пять раз чаще (ОШ=4,87 (1,38; 17,10) по сравнению с мужчинами. При этом принадлежность к казахской национальности ассоциирована со снижением уровня бремени (ОШ=0,28 (0,10; 0,73) по сравнению с представителями других национальностей. Состояние здоровья ухаживающих (ОШ=0,96 (0,94;

0,98) оказывает значимое влияние на уровень бремени, повышая его при ухудшении показателя здоровья. Также установлено, что увеличение времени, затрачиваемого на уход, усиливает бремя на (ОШ=1,01 (1,002; 1,02) за каждый дополнительный час ухода в неделю.

3.4 Результаты анализа мнений лиц, осуществляющих уход за пожилыми о существующей модели поддержки в РК

В соответствии со смешанным дизайном нашего исследования, после завершения количественной части для оптимизации широты и глубины анализа нами было проведено качественное исследование. В рамках данного этапа были проведены глубинные интервью с лицами, осуществляющими уход с целью изучения их мнений о существующих мерах поддержки неформального ухода, а также анализа опыта ухода за пожилыми людьми, выявления потребностей и ключевых проблем, с которыми они сталкиваются.

3.4.2 Основные темы исследования.

Анализ глубинных интервью с позволил выявить 12 категорий и шесть ключевых тем: 1) Физическое и психологическое воздействие ухода на лиц, его осуществляющих; 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. Более подробная информация по темам и категориям представлены на Рисунке 12.

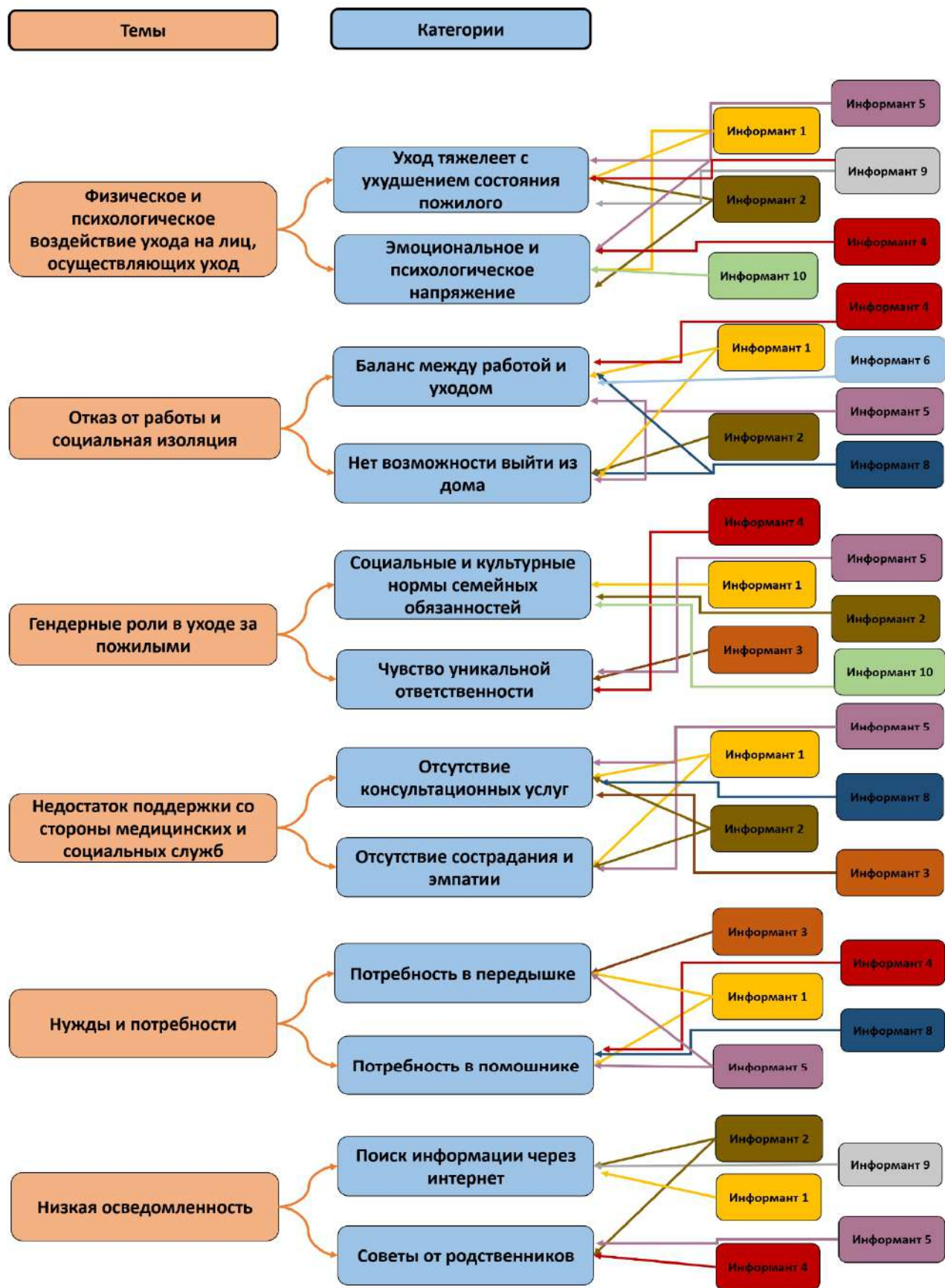


Рисунок-12. Темы и категории качественного исследования с лицами, осуществляющими, уход за пожилыми

3.4.3 Физическое и психологическое воздействие ухода на лиц, его осуществляющих

Респонденты, участвовавшие в исследовании, заявили, что уход оказывает физическое и психологическое воздействие на ухаживающих за пожилыми людьми. Многие респонденты отметили, что по мере прогрессирования заболевания, уход становился более тяжёлым. Это касалось прежде всего выполнения задач по уходу, где необходима физическая помощь – выполнение гигиенических процедур и поддержка при передвижении получателя ухода, сложность которых возрастала со временем.

«Я ухаживаю за ней как за маленьким ребёнком. Меняю памперсы, подмываю, вытираю насухо, опять одеваю памперс, меняю носочки, умываю. Она ходить и передвигаться не может. Вначале я её сама поднимала, но позже мы начали делать это по двое, водим её в туалет, в ванную, мне самой её было трудно поднимать. Только вдвоём». (Информант 1)

«Очень тяжело. Особенно когда она слегла и стала лежачая. Лежала не вставала, её переносить тяжело, поднимать, купать тяжело». (Информант 5)

«Я нуждаюсь в психологической помощи. Хочу пойти к психологу, потому что в последнее время я часто срываюсь. Мне не хватает общения, я сижу дома и мне не хватает новой информации. Я хочу чему-нибудь новому учиться, но не могу, у меня нет времени». (Информант 2)

Наиболее выраженное психологическое воздействие отмечено у лиц, осуществляющих за пожилыми с деменцией. Так, ухаживающая за мамой, страдающей деменцией, дочь описывает своё состояние из-за потребностей мамы:

«Я думаю, как бы я сама не умерла сейчас, потому что я не сплю ночами [мама беспокойная и не спит ночами], мне нужно выспаться. Посмотрим сейчас, насколько меня хватит. Может, я сама её «убью». Пусть она лучше от моих рук умрёт. Я говорю: «господи ну зачем такая старость?». (Информант 4)

В этом примере внучка описывает, как ей трудно ухаживать за своей бабушкой, с которой они проживают в одном доме и её поведение в связи с деменцией психологически давит:

«Моя бабушка, моя бабушка, моя любимая бабушка «умерла» сразу же после постановки диагноза. После этого человек, который с нами это просто оболочка. Ночь у неё было любимое время и шкаф её любимый. Она в этом шкафу искала одежду всю ночь. Мы не могли спать ночью. Свет горит, она что-то ищет и ругается». (Информант 10)

Помимо этого, некоторые участники ухаживали за несколькими получателями ухода и это приводило к ещё большим трудностям.

«В последние полгода у нас ещё дядя был больной, но он ушёл из жизни. Так нельзя говорить, но я скажу все равно. Это как-то более или менее облегчило мою жизнь. Так как два человека все-таки не один. И два человека – это конечно тяжелее, это бьёт по времени и ответственности больше». (Информант 6)

3.4.4 Баланс между работой и уходом и социальная изоляция

Результаты нашего исследования показали, что уход за пожилыми людьми оказывал существенное влияние на профессиональную деятельность лиц, его осуществляющих. Многим пришлось отказаться от работы полностью или частично, или систематически отпрашиваться из-за обязанностей, связанных с уходом.

«Да, я работаю. Но моё рабочее время подстроено под моё расписание так, что меня могут заменить. И вот мы буквально все сутки вместе с этим человеком [пожилая мама]. Первую половину дня сидит моя сестра, а другую половину я. Она успевает сходить в офис на их совещания. И потом возвращается, если она успевает, это тоже зависит от её расписания. Когда она приходит с работы, она остаётся, и я убегаю на работу. И пока я на работе она с ней. Я работаю на полной ставке. Сестра поговорила со своим руководством и половину своей работы она выполняет онлайн. Иногда звонит просит меня, смогу ли я её заменить, чтобы сходить на какой-то свой участок. Иногда получается. А иногда мне приходится просить её подождать». (Информант 8)

«Даже если я и могу отпроситься, но это не может повторяться бесконечно, я не могу другого человека заставлять делать свою работу. Я не могу заставлять другого человека выполнять мою работу, тем более если она ему не оплачивается». (Информант 6)

Участвовавшая в исследовании женщина, ухаживающая за своей матерью, оставила работу и супруга, переехав в другой город, чтобы обеспечивать уход.

«Я вынуждена была приехать [переехать в другой город]. Оставить свою работу и супруга, чтобы ухаживать за мамой». (Информант 4)

Помимо этого, респонденты указали на социальную изоляцию, обусловленную невозможностью оставить пожилых без присмотра. Некоторые участники исследования сообщали, что в течение длительных периодов, иногда до 15 дней, не покидали дом из-за отсутствия помощи от других людей. Эти обстоятельства создавали значительные препятствия для их социального взаимодействия и участия в общественной жизни.

«Если мне нужно, куда-то выйти, то только когда муж дома. Сейчас он работает вахтой по 15 дней. Поэтому, только когда он приезжает я могу выйти по делам. Я не могу пойти куда я хочу. Не могу даже записать детей на кружки или дополнительные занятия. Потому что для этого мы должны покинуть дом на несколько часов. А мы не можем оставить родителей [оба нуждаются в уходе] без присмотра. Не встречаюсь с друзьями». (Информант 1)

«Конечно столько времени сидеть дома тоже сложно. Я не могла никуда выходить, даже за продуктами мне приходилось оставлять маму с кем-то. А со временем привыкаешь и уже забываешь о своей личной жизни

уже не думаешь об этом, потому что устаёшь за целый день и как-то привыкаешь, адаптируешься. Сижу дома, а так не знаю даже если бы она в здравии была бы, то я бы работала». (Информант 5)

«Не всегда есть возможность сходить тогда, когда тебе это нужно. Ты зависишь в первую очередь от неё [мамы]и плюс от сестрёнки, потому что если я не сижу, то я должна просить её». (Информант 8)

3.4.5 Гендерные роли в уходе за пожилыми

Большинство участников нашего исследования, ухаживающих за пожилыми родителями, – женщины. Трое из них заботились о родителях супруга, при этом уход начался сразу после замужества. Пять участников ухаживали за своими матерями, одна женщина – за бабушкой. Этот аспект подчёркивает влияние гендерных и семейных ролей, согласно которым именно женщины чаще ожидаемо берут на себя обязанности по уходу, в том числе за пожилыми родственниками супруга. Более того, в ряде случаев уход распространялся не на одного, а на нескольких пожилых членов семьи, что усложнялось необходимостью одновременно заботиться о детях. Респонденты отмечали, что, если бы не они, взять на себя эти обязанности было бы некому.

«Я ухаживаю за своей свекровью 18 лет, с тех пор как вышла замуж за своего мужа. Она получила инсульт через некоторое время после нашей свадьбы. Мой муж младший сын в семье. По казахским традициям, младший сын должен ухаживать. Хочешь, не хочешь». (Информант 2)

«Супруг на работе он физически не находился с нами в большую часть времени. Мы оказывали уход вместе с мамой, вдвоём. У мамы инвалидность. Домашние дела мы делили вместе. Я приготовлю кушать, мама посуду помоеет. Если у меня время есть я её [бабушку] искупаю, если нет, то мама». (Информант 10)

3.4.6 Недостаток поддержки со стороны медицинских и социальных служб

Результаты интервью выявили недостаточный уровень поддержки со стороны медицинских и социальных служб. Лица, осуществляющие уход отметили отсутствие сопереживания и эмпатии со стороны специалистов к трудностям, возникающим во время ухода.

«Для получения пособия в карте ИПР должны были написать, что она [свекровь] нуждается в помощи. Когда мы пригласили невропатолога, она ничего такого не написала и пособие я не получала. Она видела состояние свекрови. Она получила 3 инсульт, не могла двигаться, у неё были пролежни, но она не указала. Я для чего её позвала? Я ей все объяснила, что мне нужно пособие, я из-за ухода сижу дома. Не работаю. Все ей объяснила. Она ничего этого не указала». (Информант 2)

«Они [медицинский персонал] мне не давали консультаций по уходу. Мне кажется с такой болезнью [Альцгеймер] они человека за человека не

считают. Когда у неё нога отекала они даже не смотрели. Побрезговали. Болеет, ну и ладно». (Информант 5)

Кроме того, респонденты отмечают отсутствие специализированной помощи: лица, осуществляющие уход, не рассматривались как особая категория, а воспринимались наравне с обычными пациентами. Услуги предоставлялись исключительно по запросу и иногда даже не оказывались при наличии такого запроса. Психологическая помощь не предлагалась, несмотря на очевидную необходимость в ряде случаев.

«Я у неё [врача] сама просила какие-нибудь успокоительные. Но она мне не дала и не назначала. Только для пациента. Ну она же видела в каком состоянии я была, вся нервная, дёрганная, была потерянная. Это же не просто сидеть дома как в клетке. Даже мои родственники спрашивали у них [врачей], может какие-то успокоительные назначите. Они сказали нет». (Информант 5)

«От поликлиники мы ничего не получаем. Врачи и медсестра приходят только по вызову. Никто её не наблюдает. Мы её лечим сами. Её дочь врач. Она живёт в другом регионе. Она консультирует нас по телефону, и мы её лечим». (Информант 1)

Лица, осуществляющие уход, хотели признания и благодарности. Так, например дочери, ухаживающие за пожилыми матерями, говорили об этом: *«...конечно хочется внимания. Например, если какая-то организация приходила бы к нам и говорила: «Молодцы, что ухаживаете за мамами», ну у нас конечно такого нет в Казахстане». (Информант 3)*

«Но, если вдруг допустим мне бы позвонили и спросили: «Как Вы?». Вот этого было бы достаточно для меня. И я буду знать, что есть такая организация. Есть такие люди». (Информант 8)

3.4.7 Нужды и потребности

Цитаты, приведённые ниже, демонстрируют реальные переживания и потребности людей, осуществляющих уход за пожилыми родителями. Большинство респондентов отмечают острую потребность в помощи со стороны окружающих, даже кратковременной, позволяющей передохнуть, отвлечься или просто ненадолго покинуть дом, будучи уверенными, что их близкий находится в надёжных руках.

«Возможно, мне помог бы помощник, который смог бы оставаться с родителями хоть иногда, регулярно в течении недели, чтобы я могла выйти, отвлечься». (Информант 1)

«Просто хочу отдохнуть, так два-три дня, могу так сказать, но не так чтобы навечно уехать все бросить. Как хотите, так и живите. Нет. Такого даже в мыслях нет». (Информант 3)

«Мне нужен был социальный работник. И поэтому, когда мне отказали, я в этом кабинете расплакалась, потому что получается люди с Альцгеймером нелюди что ли? Мне было так обидно. Я расплакалась. Я сказала, мне не нужно убираться, кушать варить мне просто присмотреть

чтобы на пару часов, чтобы я могла выйти закупиться продуктами». (Информант 5)

Дочь, ухаживающая за своей матерью, описала что, если бы ещё кто-нибудь смог помочь им, то они бы делили это время и было бы больше свободного времени.

«Если бы вдруг появились ещё какие-то члены семьи, которые допустим были бы дома. То тогда мы бы делили эти 24 часа не на 2, а на более». (Информант 8)

Нехватка времени, энергии и чрезмерная усталость для занятий спортом были отмечены лицами, осуществляющими уход. Об этом свидетельствуют рассказ мужчины, который ухаживает за бабушкой и дядей:

«Я пропускаю свои тренировки из-за того, что нужно ухаживать за бабушкой и дядей. В последнее время я набираю вес». (Информант 6)

Кроме этого, респонденты были озабочены сохранением своего рабочего места, на время ухода за пожилым.

«Может быть, как декретный отпуск, чтобы место сохранилось, стаж шёл, но пока не работать вот такое предусмотреть. Отпуск по уходу за больным человеком за пожилым человеком». (Информант 9)

3.4.8 Низкая осведомлённость

Большинство респондентов отмечали, что им приходилось самостоятельно искать необходимую информацию о правильном выполнении медицинских манипуляций по сестринскому уходу за пожилыми, а также о том, куда обращаться за помощью. Источниками таких сведений чаще всего становились интернет, советы родственников или знакомых. Кроме того, лица, осуществляющие уход, нередко не были осведомлены о возможности оформления инвалидности для пожилого человека и, соответственно, о доступе к социальным услугам, таким как инвентарь. Информация об этих возможностях до них не доводилась в полной мере.

«Я узнала об этом [пособие и средства гигиены] от родственников. Они мне сказали, что я должна пойти в социальные службы. Ни один человек в поликлинике не сказал нам об этом. Когда я пошла об этом спрашивать все с большой неохотой отвечали. Очень тяжело подключались к этому процессу». (Информант 2)

«Нет, меня никто не консультировал. Всю необходимую информацию об уходе я смотрю в интернете, и сестра супруга подсказывает, как и что делать. Я с ней постоянно консультируюсь». (Информант 1)

«От родственников медиков. И от знакомых, у кого были такие же родственники. Они говорили какие мази и методы они используют. Меняла мази, в надежде улучшения. О плохом старалась не думать. Я не знала, что мне положено инвентарь до поликлиники. Я её возила на обычном такси. Но мне было тяжело её спустить и посадить в машину, одной. Она не ходила». (Информант 5)

«Нет. Я все смотрела в YouTube о том, как надо питаться гемодиализным больным. Рацион какой должен быть». (Информант 9)

Лица, осуществляющие уход, сталкивались с бюрократическими сложностями, где оформление специальных социальных услуг требовало значительных усилий.

«Я хотела оформить опеку, пошла через суд. После суда всё равно в поликлинику ходила. Они мне сказали: «Ну что теперь делать? Будете терпеть, волокиты много». Деменцию ей так и не поставили. И я не стала дальше ходить. Всем всё равно. Все говорили: «Ну что теперь? Всё равно ведь будете смотреть за ней». И, наверное, не совсем корректно с их стороны говорить: «Ой, это так тяжело оформлять». Психиатр так сказал: «Ой, это так тяжело и проблематично, ничего страшного, сколько ей там осталось». (Информант 10)

Таким образом, проведённые интервью с лицами, осуществляющими уход, продемонстрировали, что по мере прогрессирования заболевания тяжесть ухода возрастала, сопровождаясь усилением физической и психологической нагрузки. Основную часть обязанностей по уходу выполняли женщины, многие из которых были вынуждены адаптировать свой рабочий график к потребностям ухода, а в некоторых случаях полностью отказаться от работы. Кроме того, они сталкивались с социальной изоляцией. Участники исследования отмечали нехватку внимания и поддержки со стороны специалистов ПМСП, что приводило к отсутствию необходимой помощи и невозможности получить хотя бы кратковременную передышку. Кроме того, было выявлено недостаточное осведомление лиц, осуществляющих уход, о навыках ухода, доступных социальных услугах ПМСП и возможности получения консультаций у психолога.

3.5 Результаты анализа мнений специалистов здравоохранения и социальных служб о существующей модели медико-социальной поддержки лиц, осуществляющих уход за пожилыми в РК

На данном этапе исследования были проведены глубинные интервью со специалистами в области здравоохранения и социальных служб с целью получения экспертного мнения о существующих мерах поддержки лицам, осуществляющим уход за пожилыми людьми в Казахстане.

3.5.1 Основные темы исследования.

Проведённый анализ мнений о существующей модели поддержки лиц, осуществляющих уход в Казахстане выявил 10 категорий и четыре основные темы: 1) Отсутствие идентификации лиц, осуществляющих уход; 2) Уход за пожилыми – ответственность детей; 3) Проблемы в системе здравоохранения и социального обеспечения; 4) Формальная поддержка не для лиц, осуществляющих неформальный уход. Более подробно темы и категории представлены на Рисунке 13. По результатам данной задачи опубликована статья издании, рекомендованном Комитетом по контролю в сфере

образования и науки МНВО РК «Наука и здравоохранение» [237], также результаты были доложены на 16 European Public Health Conference с публикацией тезиса в рецензируемом журнале European Journal of Public Health [238].

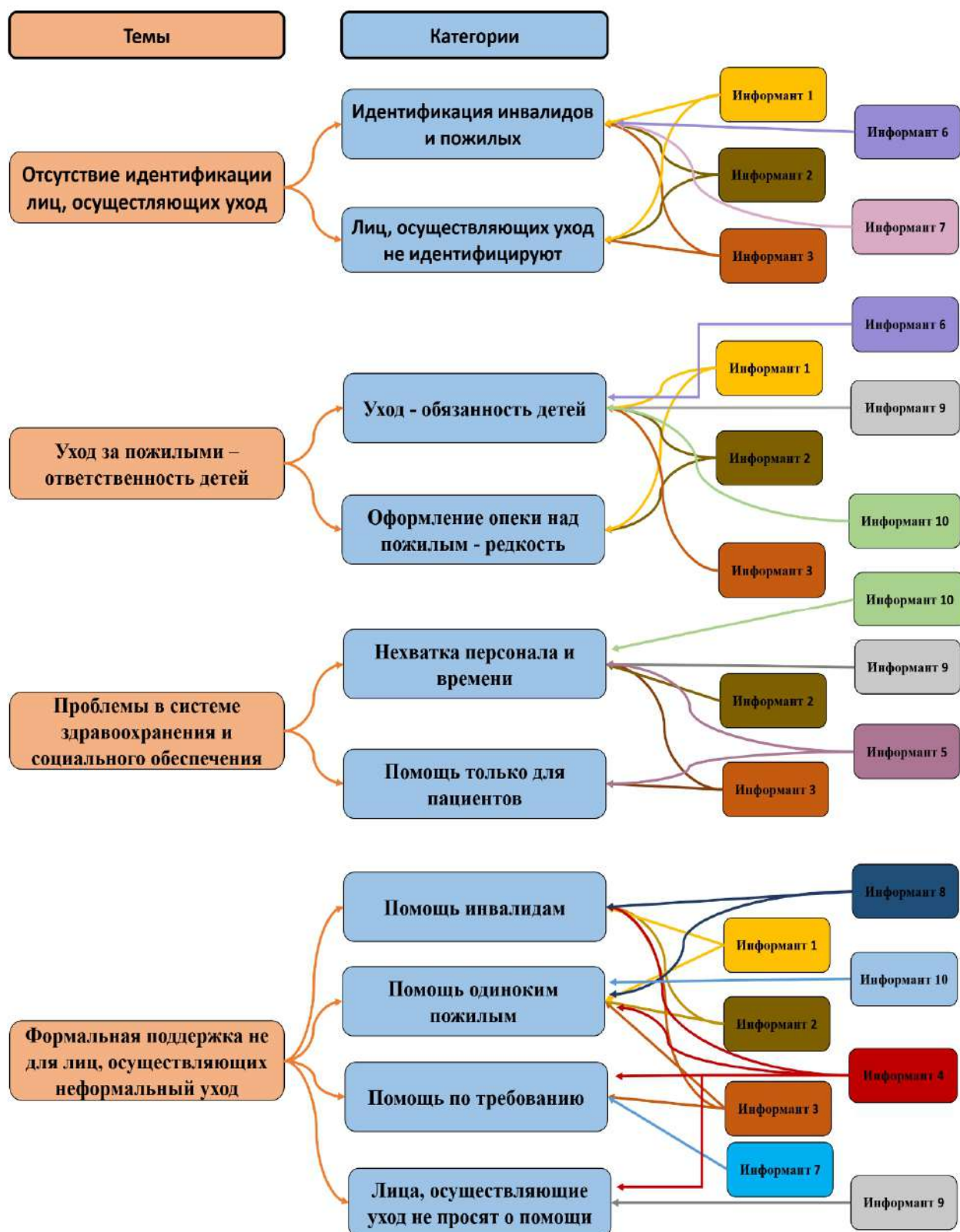


Рисунок-13. Темы и категории качественного исследования со специалистами здравоохранения и социальных служб

3.5.2 Отсутствие идентификации лиц, осуществляющих уход

Результаты интервью показали, что идентификация лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми, в РК не проводится и не входит в обязанности специалистов ПМСП и социальных служб. Более того, со стороны большинства (70%) отсутствует понимание в необходимости проведения данной идентификации и регистрации.

«Ответственность за идентификацию пожилых людей и ведение специальных регистров является ответственностью врача общей практики и участковой медицинской сестры. Однако не существует соответствующего регистра для тех, кто ухаживает за пожилыми людьми на дому». (Информант 2)

«Наши регистры содержат информацию только об одиноких пожилых людях и пациентах с наличием инвалидности». (Информант 3)

Таким образом, лица, осуществляющие уход за пожилыми не включены в повестку дня, в службах здравоохранения и социального обеспечения отсутствуют установленные механизмы для идентификации ухаживающих.

3.5.3 Уход за пожилыми – ответственность детей

Информанты из числа специалистов здравоохранения и социальных служб отвергают необходимость принятия дополнительных мер по поддержке лиц, осуществляющих уход, ссылаясь на законодательство Республики, обязывающее трудоспособных детей осуществлять уход за пожилыми родителями.

«Согласно Кодексу о браке и семье, работающие дети и внуки обязаны ухаживать за своими нетрудоспособными родителями, бабушками, и дедушками». (Информант 3)

«Дочь пожилого мужчины наняла женщину, проживающую в том же доме, чтобы ухаживать за отцом, так как она работает и ей необходимо ходить на работу. Он не имеет права на социального работника, так как у него есть взрослая дочь. Мы предоставляем социального работника исключительно одиноким пожилым людям». (Информант 6)

На основании личных убеждений, данная категория респондентов полагает уход за родителями сыновним долгом детей. *«Государство не обязано по закону предоставлять помощь в уходе за пожилыми родителями. Я не понимаю почему государство должно предоставлять такую помощь, когда, так же как их родители заботились о них, дети обязаны заботиться о своих родителях». (Информант 10)*

«Я считаю, что это обязанность всех детей – заботиться о своих родителях на протяжении всей их жизни. Каждый должен быть готов выполнить этот долг». (Информант 2)

Специалисты здравоохранения допускают возможность предоставления помощи лицам, осуществляющим уход за пожилыми, но против финансовых или социальных выплат от государства.

3.5.4 Проблемы в системе здравоохранения и социального обеспечения

Специалисты ПСМП отмечают дефицит времени и нехватку работников для оказания поддержки. По их мнению, это время и ресурсы более рационально направить на пациентов и одиноких пожилых людей, нуждающихся в медицинской помощи, чем на лиц, осуществляющих уход за пожилыми.

«Количество коек ограничено в учреждениях сестринского ухода. Кроме того, существуют сложности, связанные с процессом госпитализации, включающие определение мотивов направления, местоположение и участие детей пациента, а также причины их неспособности оказывать уход». (Информант 10)

«Похоже, что решение вопросов помощи лицам, осуществляющим уход, представляет собой значительную нагрузку на систему здравоохранения. Мы лучше окажем помощь одиноким старикам с хроническими заболеваниями». (Информант 2)

Необходимо отметить, что небольшая часть специалистов из числа социальных работников и психологов (30% респондентов), оказывающих помощь семьями, ухаживающим за пожилыми, признают, что уход является трудоёмким процессом и сходятся во мнении, что существует необходимость в поддержке семей, осуществляющих неформальный уход. Помощь, по их мнению, необходимо оказывать в части консультирования и обучения основам сестринского ухода и психологической поддержки.

«Безусловно, я согласна с тем, что необходимо поддерживать лиц, осуществляющих уход. Долгое пребывание в изоляции с больным хроническим заболеванием или пожилым человеком может привести к значительным трудностям. Лица, осуществляющие уход, сталкиваются с эмоциональными и поведенческими изменениями, вызванными влиянием психологического состояния пациента. Ответственность за уход может негативно влиять на их физическое и эмоциональное благополучие, поэтому необходимо предоставлять консультации по уходу». (Информант 4)

3.5.5 Формальная поддержка не для лиц, осуществляющих неформальный уход

В рамках системы общественного здравоохранения, медицинские работники и психологи предоставляют членам семьи рекомендации по основным принципам ухода за пожилыми, проводят работу по укреплению семейных отношений.

«Мы даём лицам, осуществляющим уход, рекомендации по поддержанию благополучия их пожилых родителей. По мере того, как люди стареют, они могут проявлять повышенную эмоциональную чувствительность, подобную той, что наблюдается у маленьких детей, замыкаются в себе. В таких случаях повышается потребность в психологической поддержке». (Информант 4)

«Наши социальные работники проходят специальную подготовку, позволяющую им обучать членов семьи уходу за пролежнями и замене постельного белья». (Информант 2)

Служба здравоохранения официально не относит лиц, осуществляющих уход за пожилыми людьми к категории, нуждающейся в помощи, в результате поддержку им оказывают исключительно по обращению. В повседневной работе врачи общей практики не направляют ухаживающих за пожилыми к психологам для получения консультаций. При этом лица, осуществляющие уход сами не склонны обращаться к психологам.

«Мы предлагаем консультации [психолога] исключительно в ответ на конкретные обращения, если пациент не обратился к нам за консультацией, то мы ее не назначаем». (Информант 4)

«Лица, осуществляющие уход, часто не знают о том, что имеют доступ к консультации психолога и психологической поддержке. Некоторые люди не имеют желания обращаться за консультацией, так как считают себя абсолютно здоровыми и, следовательно, не нуждающимися в такой помощи. Они путают помощь психиатра и психолога». (Информант 9)

Таким образом, анализ интервью со специалистами ПМСП и социальных служб показал, что 70% респондентов считают нецелесообразной формализацию процессов идентификации лиц, осуществляющих уход за пожилыми, а также оценку их качества жизни и бремени ухода, исходя из представлений о том, что забота за пожилыми является моральной и социальной обязанностью семьи. Дополняет данный контекст дефицит кадров в лечебно-профилактических учреждениях, недостаток времени и перегруженность медицинского персонала.

3.6 Разработка практических рекомендаций

На основании проведённого обобщения и систематизации полученных данных выполнена интеграция результатов анализа нормативных правовых актов, количественного и качественного исследований, позволившая сформулировать научно обоснованные рекомендации. Данный подход позволил не только выявить частично перекрывающиеся и взаимодополняющие результаты, но и дать более глубокое понимание исследуемой проблемы. Объединённые данные результатов исследований представлены в Таблице 16.

В соответствии с законодательством Республики Казахстан, обязанность по уходу за пожилыми родителями возлагается на их трудоспособных детей. Проведённый анализ интервью со специалистами здравоохранения и социальных служб подтвердил данный вывод, дополнительно подчеркнув, что в Казахстане уход за пожилыми родителями воспринимается не только как юридическая ответственность, но и как социально-культурная норма, основанная на традиционных ценностях семьи. Результаты количественного исследования также свидетельствуют о высоком уровне вовлечённости родственников в процесс ухода: около половины респондентов указали, что

осуществляют уход за своими родителями или родителями супруга, а более 80% всех случаев ухода приходится на членов семьи. Таким образом, результаты исследования демонстрируют синергетическое влияние правовых, социальных и культурных факторов на формирование модели ухода за пожилыми людьми в Республике Казахстан.

В рамках Концепции семейной и гендерной политики РК создана Национальная комиссия по делам женщин и семейно-демографической политике, основной целью которой является обеспечение равных прав и возможностей для мужчин и женщин. Однако, результаты количественного анализа выявили, что основное бремя ухода за пожилыми людьми чаще всего ложится на плечи женщин, что подтверждает существующую гендерную диспропорцию в распределении обязанностей по уходу. Данные интервью с лицами, осуществляющими уход углубляют данный вывод, указывая на традиционные устои семьи, в которой женщины играют ключевую роль в обеспечении ухода.

Результаты количественного исследования показали, что уход за пожилыми людьми оказывает значительное негативное влияние на физическое и психологическое состояние ухаживающих. Анализ качественных данных подтвердил, что интенсивность физической нагрузки возрастает по мере увеличения уровня функциональной зависимости пожилого человека, включая необходимость выполнения тяжёлой физической работы, связанной с перемещением, гигиеническими процедурами и другими аспектами ухода. Кроме того, психологическое состояние ухаживающих во многом определяется поведенческими особенностями пожилых людей, особенно у тех, кто сталкивается с когнитивными нарушениями.

В соответствии с Трудовым кодексом Республики Казахстан, лица, осуществляющие уход за пожилыми людьми, имеют право на неоплачиваемый отпуск по уходу, а также возможность оформления неполного рабочего дня. Несмотря на наличие этих нормативных прав, в перечне прав на получение социального отпуска отсутствуют специализированные гарантии, поддерживающие лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми. Количественные данные исследования показали, что большинство респондентов, осуществляющих уход, являются работающими, при этом половина трудятся на полный рабочий день, а 20% – на неполный. Тем не менее, интервью с лицами, осуществляющими уход выявили, что наличие работы у ухаживающих не всегда означает выполнение ими трудовых обязанностей в полном объёме. Работающие ухаживающие часто прибегают к альтернативным методам организации ухода, таким как подстраивание рабочих графиков, переход на гибкий режим работы, что часто осуществляется на негласном уровне по устному согласованию с руководством, а также делегирование части обязанностей членам семьи или

внешним помощникам. Несмотря на наличие в Трудовом кодексе права на неполный рабочий день, ни один из респондентов качественного исследования не воспользовался данной возможностью и не был осведомлён о ней.

Результаты проведённого качественного исследования расширили данные количественного исследования, выявив три дополнительные темы, связанные с поддержкой со стороны здравоохранения и социальных служб, отсутствием идентификации лиц, осуществляющих уход, а также низким уровнем осведомлённости о доступных ресурсах и поддержке. Существующие нормативные правовые акты регулируют предоставление психологической и консультативной помощи лицам, осуществляющим неформальный уход. Однако, интеграция данных качественных исследований выявила, что значительная часть лиц, осуществляющих уход, сталкивается с дефицитом внимания со стороны специалистов в области здравоохранения и социальных служб. Работники данных сфер признают, что кадровый дефицит и ограниченные временные ресурсы существенно ограничивают их возможности, что, в свою очередь, становится существенным барьером для оказания индивидуализированной и адекватной поддержки ухаживающим. Это утверждение подтверждается жалобами респондентов, которые отмечают недостаточное понимание и внимание со стороны медицинских и социальных работников. В частности, многие ухаживающие подчёркивают актуальность психологической поддержки и обучения основам ухода, однако такие услуги в значительной степени отсутствуют или представлены в ограниченном объёме, что свидетельствует о существующих структурных и организационных проблемах в системе здравоохранения и социальной поддержки.

Отсутствие нормативных правовых актов, регламентирующих процесс идентификации лиц, осуществляющих неформальный уход, является значимой проблемой в системе социальной и медицинской поддержки. Результаты качественных исследований подтверждают этот факт, указав на то, что лица, осуществляющие уход, не идентифицируются медицинскими и социальными службами, что ограничивает возможность предоставления им необходимой поддержки. Интервью с экспертами расширило данный вывод, уточнив, что на данный момент регистрируются только те лица, которые осуществляют уход за инвалидами первой группы, что оставляет множество других ухаживающих без должного внимания. Кроме того, проведённые качественные исследования выявили потребности лиц, осуществляющих неформальный уход, в таких аспектах, как психологическая поддержка, финансовая помощь и необходимость отдыха. Эти важные потребности не были учтены в количественном анализе, что подчёркивает необходимость дальнейшей доработки подходов к социальной и медицинской помощи этим категориям граждан.

Лица, осуществляющие уход, отмечают недостаточность информации, предоставляемой специалистами здравоохранения и социальных служб. Они указывают, на то, что вынуждены самостоятельно искать сведения о доступных услугах, таких как обеспечение инвентаря, социальные выплаты и навыкам ухода, что затрудняет организацию ухода.

Таблица 16 – Объединённые данные количественных и качественных результатов исследований

Тема	Scoping review	Количественные результаты	Качественное исследование со специалистами	Качественное исследование с лицами, осуществляющими уход	Интегрированные выводы
1	2	3	4	5	6
Уход за пожилыми – ответственность детей	В соответствии с Конституцией РК уход за пожилыми родителями, обязанность трудоспособных детей	Около половины всех респондентов ухаживали за своими родителями своими или родителями супруга	Специалисты считают, что уход ответственность детей в соответствии с законодательством РК	Исследование подтверждает, что 80 респондентов ухаживали за родителями своими или супруга, так как это является традиционно признано в казахском обществе. Большая часть лиц, осуществляющих уход, чувствуют себя обязанными заботиться – вне рамок нормативных и социальных норм. давления или необходимости	<i>Подтверждение</i> Уход за пожилыми в Казахстане является законодательно закреплённой нормой и соответствует «семейной модели», при которой основная ответственность за заботу возлагается на детей. <i>Расширение</i> Уход за пожилыми их детьми является не только юридической, но и традиционной нормой, укоренённой в культурных ожиданиях; <i>Рекомендации</i> Чтобы сделать неформальный уход выбором без ограничений, необходимо развивать альтернативные формы поддержки, включая расширение сети учреждений для пожилых, внедрение социальных компенсаций, гибких условий труда для ухаживающих, а также повышение осведомлённости общества о значимости институциональной помощи

Продолжение таблицы 16

1	2	3	4	5	6
Гендерные роли в уходе за пожилыми	В рамках Концепции семейной и гендерной политики РК создана Национальная комиссия по делам женщин и семейно-демографической политике с целью обеспечения равных прав и возможностей для мужчин и женщин	Основными лицами, осуществляющими уход являются женщины (n=317)	-	Преимущественно уход оказывается женщинами (90%), так как традиционно женщины ответственны за уход, мужчины работают. Кроме того, рождение детей и нахождение в декретном отпуске способствуют совмещению обязанностей по уходу за пожилыми	<i>Подтверждение</i> Женщины являются основными лицами, осуществляющими уход. <i>Расширение</i> Уход за пожилыми традиционно возлагается на женщин, а рождение детей лишь способствует этому. Несоответствие Несмотря на наличие Концепции семейной и гендерной политики РК, женщины все ещё преимущественно оказывают неформальный уход <i>Рекомендации</i> Для сокращения гендерного дисбаланса в уходе необходимо развитие услуг формального ухода и создание условий для совмещения работы и ухода вне зависимости от пола.
Формальная поддержка не для лиц, осуществляющих неформальный уход.	Имеющиеся нормативные правовые акты регламентируют оказание психологической и консультативной помощи лицам, осуществляющим неформальный уход	-	Специалисты признали, что лица, осуществляющие уход, не являются особенной категорией и ввиду их занятости и недостатка персонала у них нет ни сил, ни времени на работу с ними	Лица, осуществляющие уход сообщили, что они сталкиваются с непониманием со стороны специалистов, а также нуждаются в помощи психологов, социальных работников, в получении консультаций по основам ухода, но данный вид поддержки не был оказан	<i>Несоответствие</i> Хотя в нормативными правовыми актами регламентируется психологическая и консультативная поддержка со стороны системы здравоохранения, однако по результатам качественного исследования для лиц, осуществляющих уход она является недостаточной

Продолжение таблицы 16

1	2	3	4	5	6
					<i>Расширение</i> Специалисты не всегда осознают необходимость специализированной помощи, адаптированной к индивидуальным потребностям ухаживающих, что усугубляется их высокой занятостью и кадровым дефицитом. <i>Рекомендации</i> Развить специализированную поддержку ухаживающих, повысить квалификацию специалистов и обеспечить доступ к консультативным услугам.
Отсутствие идентификации лиц, осуществляющих уход	Идентификации лиц, осуществляющих уход не регламентируется нормативными правовыми актами	-	Идентификация проводится только в отношении лиц, осуществляющих уход за пациентами с инвалидностью I группы	Участники исследования указали, что для специалистов системы здравоохранения и социальных служб они остаются незамеченными	<i>Подтверждение</i> Лица, осуществляющие уход, не идентифицируются системой здравоохранения и социальными службами. <i>Рекомендации</i> Внедрить систему выявления и учёта лиц, осуществляющих уход для предоставления им соответствующей поддержки.
Физическое и психологическое воздействие ухода на лиц, осуществляющих уход,	-	Результаты исследования подтвердили, что процесс ухода оказывает отрицательное воздействие на физическое и психологическое состояние лиц, осуществляющих уход и зависит от функциональной независимости пациента	Лишь небольшая часть специалистов признала, что уход является тяжёлым и влечёт за собой как физическое, так и психологическое воздействие на лиц, осуществляющих уход	Прогрессирование заболевания и нарастание функциональной зависимости пациента, а также изменение поведения усложняют выполнение задач, связанных с уходом, и негативно сказываются на физическом и психологическом статусе лиц, осуществляющих уход	<i>Подтверждение</i> Уход за пожилыми людьми с ограниченными по ADL оказывает негативное влияние на качество жизни и бремя лиц, осуществляющих уход, включая их физическое и психологическое состояние

Продолжение таблицы 16

1	2	3	4	5	6
					<i>Расширение</i> Бремя ухода увеличивается с нарастанием функциональных и когнитивных потребностей пожилых людей, что отрицательно сказывается на физическом и психическом здоровье лиц, осуществляющих уход. <i>Рекомендации</i> Рекомендуется проводить регулярную оценку качества жизни и бремени, связанных с уходом, а также повысить доступность психологической и информационной поддержки для лиц, осуществляющих уход.
Профессиональные ограничения и социальная изоляция	В Трудовом кодексе человек оказывающий уход имеет право на неоплачиваемый отпуск по уходу; в перечне социального отпуска лиц, осуществляющих уход за пожилыми нет; есть право на оформление неполного рабочего дня	В соответствии с исследованием около 70% лиц, осуществляющих уход имели оплачиваемую работу, из них 50% работали полный рабочий день и оставшиеся неполный рабочий день	Специалисты отмечают, что при отсутствии поддержки лица, осуществляющие уход, вынуждены продолжать работать и нанимать сиделку, чтобы сохранить рабочее место, особенно если они являются единственными кормильцами в семье	Половина респондентов качественного исследования отказалась от оплачиваемой работы из-за выполнения задач по уходу. Однако, даже те, кто работал были вынуждены договариваться со своими коллегами о замене и подстраивать свой график, при этом постоянно находясь не в комфортных условиях	<i>Несоответствие</i> Несмотря на предусмотренные в НПА РК меры, ни один из лиц, осуществляющих уход, участвовавших в качественном исследовании не воспользовался правом на неполный рабочий день. Большинство ухаживающих совмещают уход с оплачиваемой работой, при этом наличие полной ставки не всегда означает фактическое выполнение предусмотренного рабочего времени

Продолжение таблицы 16

1	2	3	4	5	6
					<i>Расширение</i> Интенсивность ухода у лиц трудоспособного возраста может ограничивать их участие на рынке труда и снижать количество отработанных часов. Ухаживающие нередко отказываются от оплачиваемой работы, ищут альтернативные занятости или вынуждены ежедневно балансировать между работой и уходом. Неформальный уход связан с ограниченными возможностями профессионального роста. <i>Рекомендации</i> Разработать меры поддержки, способствующие совмещению работы и ухода, включая гибкий график, удалённую занятость и возможности профессионального роста для лиц, осуществляющих уход.
Нужды и потребности	Оценка нужд и потребностей лиц, осуществляющих уход, не имеет нормативного регулирования	-	У специалистов есть осознание необходимости предоставления психологической помощи и проведения консультаций для лиц, осуществляющих уход	Лица, осуществляющие уход, нуждаются в психологической поддержке, общении, помощи со стороны специалистов, возможности временной передышки и признании их вклада	<i>Подтверждение</i> Лица, осуществляющие уход, имеют выраженные потребности, связанные с физической, эмоциональной и социальной поддержкой. <i>Расширение</i> Лицам, осуществляющим уход помимо психологической поддержки и консультаций необходим помощник, временная передышка и признание их роли в уходе

Продолжение таблицы 16

1	2	3	4	5	6
Низкая осведомленность	-	-	-	Всю информацию необходимую по уходу и получение специальной медицинской и социальной помощи лица, осуществляющие уход узнают самостоятельно их интернет-ресурсов, от родственников или знакомых.	<i>Рекомендации</i> Повысить квалификацию специалистов здравоохранения и социальных служб в вопросах поддержки ухаживающих, а также оптимизировать их взаимодействие с первичной медико-санитарной помощью

Таким образом, интеграция результатов проведённого исследования послужила основой для описания действующей модели поддержки лиц, осуществляющих уход, а также для разработки научно обоснованных рекомендаций, направленных на улучшение качества жизни и снижение уровня бремени данных лиц. Эти рекомендации включают следующие ключевые аспекты:

1. Необходимо развивать существующие и разрабатывать новые инициативы в области формального и неформального ухода за пожилыми
2. Необходима систематическая оценка и анализ данных об уровне качества жизни и бремени лиц, осуществляющих неформальный уход
3. Необходимо обучение специалистов и повышение их информированности о потребностях лиц, осуществляющих неформальный уход
4. Необходимо усилить поддержку со стороны ПМСП, повысить осведомлённость и признание роли лиц, осуществляющих уход

Представленная на Рисунке 14 рекомендуемая модель поддержки лиц, осуществляющих неформальный уход в РК, представляет собой многогранный и комплексный процесс, включающий взаимодействие ПМСП, социальных служб и иных организаций, работающих с населением. Важным аспектом является необходимость более чёткого распределения функций и ответственности на ПМСП и социальной службы для повышения эффективности предоставляемой помощи. Это требует разработки специализированных программ и законодательных инициатив, направленных на комплексное решение потребностей ухаживающих, а также на создание нормативно-правовой базы, обеспечивающей системную и устойчивую поддержку в долгосрочной перспективе.

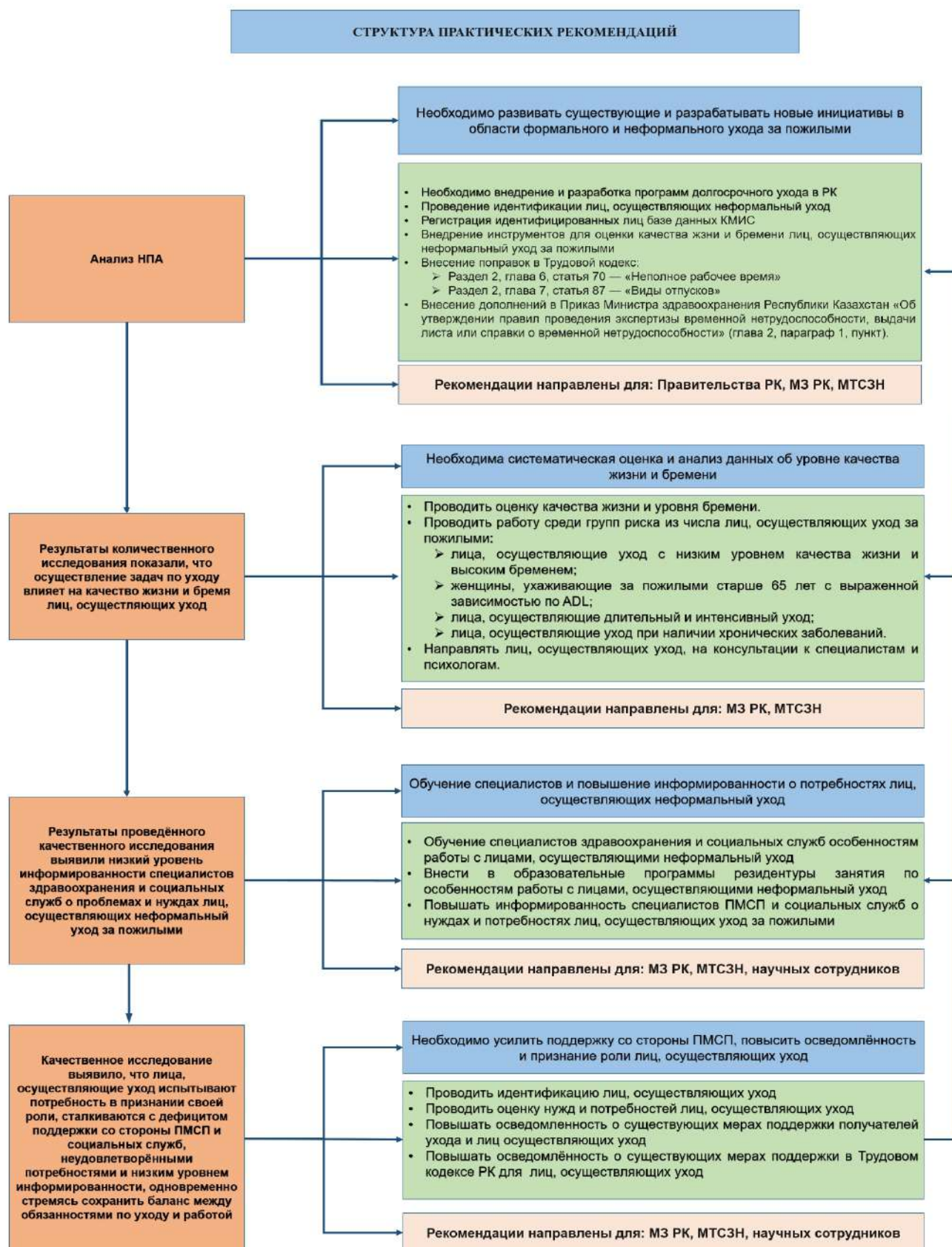


Рисунок-14. Структура практических рекомендаций для поддержки лиц, осуществляющих неформальный уход

ОБОБЩЕНИЕ И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

В рамках диссертационного исследования использован смешанный дизайн, включающий количественные и качественные методы, что позволило всесторонне исследовать проблему неформального ухода за пожилыми людьми в Республике Казахстан. Количественный анализ позволил объективно оценить уровень качества жизни и бремени ухаживающих, а также определить ключевые детерминанты, оказывающие влияние на данные показатели. Качественный этап включал анализ нормативно-правовых актов, регулирующих поддержку лиц, осуществляющих неформальный уход, а также проведение полуструктурированных интервью с самими ухаживающими и специалистами ПМСП и социальных служб. Данный подход способствовал выявлению существующих пробелов в законодательном регулировании, структурных и организационных барьеров, а также обеспечил более глубокое понимание потребностей ухаживающих и уровня оказываемой им поддержки.

Анализ нормативно-правовой базы показал, что в Социальном кодексе Республики Казахстан закреплён термин «лицо, осуществляющее уход», однако его применение ограничено только к лицам, ухаживающим за инвалидами I группы, что соответствует международной практике большинства стран [54, с.619; 57, с.1]. В результате система государственной поддержки РК не охватывает широкий круг лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми людьми. Качественный анализ подтвердил, что существующие меры поддержки носят эпизодический характер и предоставляются лишь по запросу, а не на основе системной оценки потребностей ухаживающих. Это обусловлено отсутствием чёткого правового регулирования, в результате чего не предусмотрены механизмы выявления, учёта и регистрации лиц, осуществляющих уход. Соответственно, не разработаны инструменты для комплексного мониторинга их качества жизни, уровня бремени и потребностей в медико-социальной помощи.

Согласно Конституции Республики Казахстан, уход за пожилыми родителями является ответственностью трудоспособных детей, по аналогии с практикой ряда стран со средним уровнем дохода [60, с.11; 204, с.292; 205, с.788]. В условиях ограниченной доступности формального ухода, характерной не только для Казахстана, но и для ряда азиатских стран, таких как Сингапур, Индия, Гонконг, Шри-Ланка и Филиппины, эта норма приобретает особую значимость и требует пересмотра подходов государственной политики в сфере здравоохранения [239]. Традиционно, в казахстанском обществе, как и в других странах с доминирующей «семейной» моделью ухода, забота о пожилых родителях воспринимается не только как моральный долг, но и как исключительная ответственность семьи, что ограничивает степень государственного вмешательства. Однако в некоторых странах, таких как Япония и Германия, произошёл переход от «семейной» модели к «смешанной» системе, основанной на механизмах страхования долгосрочного ухода, что

позволило снизить нагрузку на семьи и повысить доступность профессионального ухода [240, с.46].

В случае заболевания пожилого человека система здравоохранения Республики Казахстан не предусматривает выдачу листа временной нетрудоспособности для лица, осуществляющего уход, что создаёт дополнительные трудности для работающих ухаживающих. Трудовой Кодекс Республики Казахстан предусматривает возможность оформления неоплачиваемого отпуска для ухода по взаимному соглашению сторон, однако данные нормы не конкретизированы и не содержат чётких критериев в отличие от законодательства ряда европейских стран и США. В этих странах предусмотрены более детализированные механизмы поддержки ухаживающих, включая оплачиваемые отпуска, которые различаются по размеру выплат и продолжительности, но в целом способствуют снижению бремени ухода [241]. Кроме того, исследования показывают, что меры социальной защиты ухаживающих могут быть значительно усилены за счёт внедрения механизмов пенсионного страхования по безработице, что обеспечит дополнительную социальную поддержку и долгосрочные гарантии [60, с.11].

В 1998 году Указом Президента Республики Казахстан была создана Национальная комиссия по делам женщин и семейно-демографической политике с целью обеспечения равных прав и возможностей для мужчин и женщин в рамках Концепции семейной и гендерной политики [242]. Однако, несмотря на принятые меры, женщины продолжают играть ведущую роль в неформальном уходе, что подтверждается результатами нашей диссертационной работы и согласуется с данными предыдущих исследований [21, с.е640; 243].

Гендерное неравенство в распределении обязанностей по уходу характерно для большинства стран, но проявляется по-разному. Например, в Швеции мужчины берут на себя большую часть обязанностей по уходу [244], тогда как в Казахстане и многих других странах уход традиционно возлагается на женщин. Исследования подтверждают, что женщины не только чаще становятся основными ухаживающими, но и выполняют эти обязанности на протяжении более длительного времени, что отражает устойчивые гендерные стереотипы [245]. Так, исследование, проведённое в Республике Башкортостан, показало, что дочери ощущают более выраженное моральное обязательство по уходу за пожилыми родителями по сравнению с сыновьями [246]. Более того, женщины в большинстве случаев либо находят способы совмещать работу и уход, либо принимают решение отказаться от профессиональной деятельности в пользу выполнения обязанностей по уходу [76, с.660].

По результатам количественного анализа нашего исследования, средний показатель CarerQol-7D составил $87,2 \pm 49,5$, а CarerQol-VAS $8,1 \pm 1,9$. Эти значения превышают результаты аналогичных исследований, проведённых в Германии, Ирландии, Италии, Нидерландах, Норвегии, Португалии, Швеции и Великобритании, где средние показатели варьируются от 74,3 до 82,3 [247]. При этом, в странах Центральной и Восточной Европы, таких как Венгрия, Польша и

Словения, уровень качества жизни ухаживающих, измеренный по шкале CarerQol-7D, оказался ниже: 76,0, 69,6 и 70,9 соответственно, а по шкале CarerQol-VAS – 6,8, 6,4 и 6,6 [248]. Различия могут быть объяснены разными подходами к социальной поддержке ухаживающих, уровням доступности профессиональных услуг и общей политике в области здравоохранения.

У лиц, осуществляющих уход за пожилыми, принадлежащих к казахской национальности, уровень качества жизни, связанного с уходом, оказался статистически значимо выше по сравнению с другими национальностями. Одним из возможных объяснений этого различия является национальный состав участников исследования, среди которых преобладали представители казахской национальности. Согласно полученным данным, ухаживающие данной группы чаще получали поддержку со стороны родственников, что могло смягчать негативные последствия, связанные с уходом [249]. Это подтверждается тем, что в казахской культуре традиционно распространены многопоколенные семьи, где забота о пожилых родственниках воспринимается как коллективная ответственность [250]. В таких условиях обязанности по уходу распределяются между несколькими членами семьи, что снижает индивидуальную нагрузку ухаживающего и обеспечивает ему дополнительную эмоциональную и практическую поддержку.

Анализ положительных аспектов инструмента CarerQol-7D показал, что в целом лица, осуществляющие уход, испытывают высокий уровень удовлетворённости своей ролью, что согласуется с результатами исследований, проведённых в Германии, Италии и Великобритании [123, с.240]. Однако высокий уровень удовлетворённости не всегда свидетельствует об общей жизненной удовлетворённости. Например, анализ негативных аспектов показал, что в Австралии, Германии, Швеции, Великобритании и США, качество жизни лиц, осуществляющих неформальный уход, в значительной степени определяется проблемами с физическим здоровьем, трудностями, связанными с совмещением повседневной деятельности с уходом, а также финансовыми затруднениями [251]. Схожие тенденции наблюдаются в Польше, Венгрии и Словении, где проблемы совмещения повседневной деятельности с уходом также имеют ключевое значение [248, с.10]. Несмотря на высокий уровень развития социальной поддержки в ряде стран, по-прежнему сохраняются существенные барьеры, препятствующие достижению баланса между профессиональной деятельностью, личной жизнью и обязанностями по уходу.

Результаты нашего исследования подтверждают то, что физическое здоровье, нагрузка, связанная с уходом, и материальные трудности являются значимыми факторами, влияющими на качество жизни ухаживающих. Однако, в отличие от международных данных, где психологические проблемы оказывают существенное влияние на состояние ухаживающих, в нашем исследовании их воздействие оказалось менее выраженным [251, с.473]. Такой результат может

быть обусловлен различиями в восприятии психоэмоциональных трудностей, существующей стигматизацией ментальных проблем и ограниченной доступностью психотерапевтической помощи.

Оценка качества жизни, связанного со здоровьем у лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми в нашем исследовании, выявила наличие тревожности и депрессии у значительной части, что согласуется с результатами международных исследований [252]. Однако, нами не были выявлены различия в качестве жизни, связанном со здоровьем между мужчинами и женщинами, что не согласуется с исследованиями, где женщины демонстрировали более худшие результаты в физическом и психологическом доменах качества жизни, связанного со здоровьем [253]. Данное явление может быть объяснено тем, что женщины, особенно азиатского происхождения, избегают обсуждения личных проблем, таких как трудности ухода, с посторонними людьми [254].

Нами установлено, что более половины (52,8%) ухаживающих испытывают бремя различной степени выраженности, что превышает показатели, зафиксированные в странах с высоким и средним уровнем дохода, где доля бремени у ухаживающих за родственниками с тяжёлыми заболеваниями составляет 39,0–39,6% [255]. При этом у 15% участников нашего исследования было выявлено значительное бремя ($CSI \geq 7$), что сопоставимо с данными исследований в США среди ухаживающих за пациентами с инсультом, где тяжёлое бремя наблюдалось у 17% респондентов [256].

Средняя оценка бремени по шкале SRB в нашем исследовании составила $3,1 \pm 2,8$, что ниже, чем у лиц, осуществляющих уход за пожилыми пациентами с фибрилляцией предсердий в Великобритании, Италии и Германии у которых средний показатель SRB достигал $5,4 \pm 2,5$ [123, с.239]. Однако, несмотря на это, 47,3% участников нашего исследования имели результат SRB, превышающий 5, что свидетельствует о высоком уровне бремени среди значительного числа ухаживающих. Высокий уровень бремени может быть обусловлен отсутствием систематической оценки бремени у лиц, осуществляющих уход, а также недостаточным вниманием к их проблемам и потребностям, связанным с уходом. Отсутствие оценки и должной поддержки со стороны государственной и социальной системы ведёт к тому, что ухаживающие часто остаются без необходимой помощи и информации о том, как эффективно справляться с физическими и психологическими трудностями, что, в свою очередь, способствует увеличению уровня стресса и ухудшению их качества жизни.

В нашей работе установлено, что женщины, по сравнению с мужчинами, испытывают большее бремя, что согласуется с результатами других исследований [255, с.119; 257]. Однако систематический обзор исследований, проведённых в азиатских странах, продемонстрировал противоположную тенденцию. В некоторых культурах именно мужчины оказываются более подвержены бремени ухода [23, с. 2915]. Интересен тот факт, что, несмотря на более высокий уровень бремени, женщины в проведённом нами исследовании

показали более высокий уровень качества жизни по сравнению с мужчинами. Этот результат расходится с литературными данными, согласно которым увеличение нагрузки, связанной с уходом, как правило, сопровождается снижением качества жизни [258]. Несмотря на большую нагрузку, женщины более склонны к поиску и использованию социальной поддержки и семейных связей, что помогает им лучше справляться с трудностями в отличие от мужчин.

Представители казахской национальности испытывают меньше бремени и имеют более высокий уровень качества жизни, связанный с уходом, по сравнению с лицами русской и других национальностей. В казахском обществе семейные традиции и сыновний долг, выраженные в ответственности перед родителями, могут способствовать снижению бремени [22, с.117]. Эти традиции, укрепляют чувство долга и взаимопомощи в семье, могут также содействовать эмоциональному комфорту и социальной поддержке, что, в свою очередь, помогает снижать физическую и психологическую нагрузку, с которой сталкиваются ухаживающие. Семейная поддержка, проживание в одном доме нескольких поколений одного семейства минимизирует физическую и психологическую нагрузку [23, с.2915].

Тем не менее, несмотря на наличие таких положительных факторов, повышенные социальные ожидания и потенциальное осуждение со стороны общества в случае отказа от выполнения обязанностей по уходу создают значительное давление на молодое поколение. Это давление может привести к увеличению бремени, что, в свою очередь, способствует проявлению депрессии и других психологических трудностей [22 с. 120]. Такие противоречивые факторы – с одной стороны, поддержка, укрепляемая культурой и семейными традициями, а с другой – высокие социальные ожидания и потенциальное осуждение – показывают, насколько сложным и многогранным является восприятие бремени среди разных этнических групп. Указанное подчёркивает важность культурного контекста в понимании факторов, влияющих на качество жизни и психологическое состояние ухаживающих.

В ходе исследования установлено, что уровень бремени и качества жизни лиц, осуществляющих уход, находятся в прямой зависимости от состояния здоровья как самих ухаживающих, так и получателей ухода, что подтверждается данными ранее проведённых исследований [21, с. 640; 259]. Это подчёркивает важность комплексного подхода к поддержке ухаживающих, который должен учитывать не только их физическое и психологическое состояние, но и здоровье тех, за кем они ухаживают. Заболевания, такие как деменция или терминальные состояния у получателей ухода, значительно усиливают бремя, обуславливая более сложный характер ухода и оказывая выраженное эмоциональное воздействие на ухаживающего [260–262]. При этом степень тяжести бремени пропорционально возрастает с увеличением уровня функциональной зависимости подопечного [263]. Контроль состояния получателя помощи, особенно при таких заболеваниях, как деменция, требует комплексного подхода.

Обучение ухаживающих правильным методам ухода, обеспечение медикаментозного лечения и психологической поддержки могут значительно снизить стресс и улучшить их эмоциональное состояние.

Доказано, что значительное увеличение бремени происходит при длительности ухода более двух лет [24, с.1340; 264]. Однако исследование J.Zainuddin и соавторов показало противоположный результат, когда короткие сроки ухода вызывают более высокий уровень нагрузки, в то время как длительный уход ассоциируется с его снижением [265]. Приведённое несоответствие объясняется тем, что новая роль ухаживающего вызывает высокий уровень стресса на начальных этапах [266], в то время как продолжительный уход приводит к повышению качества жизни [104, с.397], что подтверждается адаптационной теорией стресса. Согласно данной теории, с течением времени ухаживающий может развить навыки, которые уменьшают его восприятие нагрузки, способствуя улучшению качества жизни. Однако, для этого необходима система профессиональной поддержки, обучения и возможности для отдыха.

Качественное исследование выявило низкий уровень осведомлённости среди специалистов здравоохранения о трудностях, с которыми сталкиваются лица, осуществляющие неформальный уход, при этом сам термин остаётся для них незнакомым. Это может указывать на глубокую проблему в системе подготовки и повышения квалификации медицинских работников, где акцент на эмоциональную и психологическую поддержку ухаживающих остаётся недостаточным. В ходе интервью ухаживающие также указали на отсутствие взаимодействия с мультидисциплинарной командой и психологом, что подтверждает необходимость в создании интегрированных моделей обслуживания, включающих поддержку не только на физическом, но и на эмоциональном уровне. Данные согласуются с результатами исследования, проведённого в России, согласно которому 88% россиян никогда не обращались за помощью к профессиональному психологу. Причинами этого могут быть стигматизация со стороны общества [32, с.3], когда признание своей психологической уязвимости воспринимается как слабость, убеждение ухаживающих в бесполезности обращения [267], а также недостаточное внимание, уделяемое специалистами ПМСП психологической поддержке данной категории лиц [268], что может быть следствием отсутствия должной информированности.

Участники исследования указали на трудности в поддержании баланса между семьёй, профессиональной деятельностью и уходом за пожилыми родственниками, что подчёркивает проблему многозадачности, с которой сталкиваются ухаживающие, где совмещение ролей становится источником стресса и перегрузки. Некоторые из них вынуждены были отказаться от работы из-за обязанностей по уходу, другие планировали изменить график или написать заявление об увольнении, что согласуется с результатами исследования S. Nemati и коллег [125, с.310]. Данный выбор показывает, как сильно обязанности по уходу могут повлиять на карьеры и профессиональные амбиции, что подтверждает необходимость в создании более гибких условий работы.

Уход за пожилыми членами семьи может приводить к проблемам в семейных отношениях, так, одна из респонденток была вынуждена оставить супруга для ухода за матерью, что подтверждается результатами другого исследования [97, с.300]. Таким образом, роль ухаживающего выходит за рамки профессиональной деятельности, затрагивая и семейные отношения, что создаёт дополнительное давление. Феномен объясняется теорией «ролевого конфликта», согласно которой совмещение множества социальных ролей может приводить к их несовместимости и усилению стресса.

Одной из значимых проблем является низкая осведомлённость о существующих формах медико-социальной поддержки, таких как, помощь при оформлении инвалидности, доступные пособия, услуги социального работника, инвентаризация, психологическая и консультативная поддержка. Ограниченный доступ к информации о доступных услугах и как следствие недостаточность имеющихся в наличии собственных ресурсов делает ухаживающих более подверженными к стрессу и оставляет их без необходимой помощи в критический момент.

Нашим исследованием установлено, что лица, осуществляющие уход нуждаются в признании их роли и значимости, что подтверждается исследованием Slatyer S. с соавторами [269]. Отсутствие признания этой роли может быть источником эмоционального истощения и социальной изоляции, поскольку ухаживающие часто сталкиваются с недооценкой своих усилий как со стороны общества, в том числе со стороны близких родственников, так и со стороны системы здравоохранения.

Проведённое исследование сосредоточено на анализе качества жизни и бремени ухаживающих, а также на выявлении ключевых детерминант, оказывающих влияние на эти показатели в социокультурном и нормативно-правовом контексте, с учётом специфических особенностей страны, способствуя более глубокому пониманию опыта лиц, осуществляющих неформальный уход. Полученные результаты предоставляют теоретическую основу для разработки целенаправленных вмешательств, направленных на улучшение качества жизни и смягчение бремени лиц, осуществляющих неформальный уход. Исследование имеет важное значение для формирования будущей политики в области здравоохранения и разработки программ поддержки лиц, осуществляющих уход, что подчёркивает необходимость интеграции полученных данных в процесс совершенствования нормативно-правовой базы и создания эффективных стратегий социальной и медицинской поддержки ухаживающих.

Наше диссертационное исследование, выполненное с использованием смешанного дизайна, является одним из первых в Республике Казахстан, направленных на всестороннюю оценку качества жизни и бремени у лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми. Важно подчеркнуть, что оно представляет собой первую попытку применения международных, валидизированных инструментов CSI+ и CarerQol-7D для оценки качества жизни и бремени, связанного с уходом. Тем не менее, проведённая работа обладает рядом ограничений, каждое из которых имеет свои особенности, которые в свою

очередь предоставляют определённые преимущества для дальнейшего анализа и интерпретации результатов исследования.

Во-первых, отсутствие регистра лиц, осуществляющих уход, а также использование метода целенаправленного отбора респондентов ограничивает обобщаемость полученных результатов. Однако такой подход позволяет сосредоточиться на конкретной, более гомогенной группе, что способствует более глубокой и детализированной оценке проблемы среди тех, кто действительно вовлечён в процесс неформального ухода. Это обеспечило высокую точность и релевантность собранных данных в контексте исследуемой группы и позволило фокусироваться на наиболее важных аспектах.

Во-вторых, поперечный дизайн исследования исключает возможность установления причинно-следственных связей, что не является целью данного исследования, так как построенные модели носят объяснительный, а не прогностический характер. Тем не менее, поперечный дизайн позволил нам получить моментальные срезы текущего состояния, выявить существующие паттерны и корреляции, что важно для оценки условий и факторов, влияющих на качество жизни и бремя ухаживающих.

В-третьих, исследование ограничено анализом данных лиц, осуществляющих уход в городах Казахстана, что требует дальнейшего изучения ситуации среди этой категории в сельской местности. Однако, фокусировка на городах объясняется тем, что большинство пожилых людей проживает в городах, где доступ к медицинским и социальным услугам более развит.

В-четвертых, расчёт тарифов для CarerQol-7D был основан на тарифах Великобритании, что может ввести потенциальные ограничения из-за различий в системах здравоохранения и оценке состояний здоровья. Однако, стоит отметить, что CarerQol VAS является инструментом, для которого расчёт тарифа не требуется, соответственно, результаты не зависят от страны исследования.

В-пятых, информация о состоянии как лиц, осуществляющих уход, так и получателей ухода, включая их физическое и психоэмоциональное благополучие, была получена со слов самих ухаживающих. Это могло привести к субъективности восприятия, поскольку оценка зависела от личного опыта, уровня осведомлённости и эмоционального состояния респондентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, результаты проведённой комплексной оценки качества жизни и бремени, связанного с уходом у лиц, осуществляющих уход за пожилыми в Республике Казахстан позволили нам сформулировать 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.

Практические рекомендации

1. Врачам общей практики, геронтологам, психологам, медицинским сёстрам, социальным работникам на уровне ПМСП при оказании лечебно-консультативной помощи пожилым с умеренной, выраженной и полной зависимостью по ADL идентифицировать лиц, осуществляющих уход за ними. Особенно следует обратить внимание на женщин с проблемами со здоровьем, осуществляющих много часов по уходу в неделю
2. Для регистрации идентифицированных лиц, осуществляющих уход в единой интегрированной базе данных платформы комплексной медицинской информационной системы (КМИС) в приложении Дамумед (медицинская карта амбулаторного пациента № 052) предусмотреть дополнительную опцию “лицо, осуществляющее уход” для учёта их роли в уходе за пожилыми и специфических потребностей, связанных с выполнением этих обязанностей.
3. Рекомендуются врачам общей практики, семейным врачам, терапевтам, медицинским сёстрам расширенной практики, участковым медицинским сёстрам, медицинским сёстрам общей практики, психологам и социальным работникам, работающим в амбулаторных условиях и на дому, использовать инструменты, такие как VAS-шкалы (CarerQol, SRB), для оценки качества жизни и бремени, связанных с уходом. Это позволит своевременно направлять лиц, осуществляющих уход, к соответствующим специалистам для получения необходимой поддержки и помощи.
4. При пересмотре Стандарта организации оказания гериатрической и геронтологической помощи в Республике Казахстан № ҚР ДСМ-55 от 23 июня 2021 внести инструменты – VAS шкалы (CarerQol, SRB) для оценки качества жизни и бремени, связанных с уходом у лиц, осуществляющих уход за пожилыми с умеренной, выраженной и полной зависимостью по ADL.
5. Создать рабочую группу из числа уполномоченных представителей Министерства здравоохранения РК и Министерства труда социальной защиты, а также лиц, занимающихся научной деятельностью в области неформального ухода для обсуждения и внесения дополнения в Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении правил проведения экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа или справки о временной нетрудоспособности» № ҚР ДСМ-198/2020 от 08.11.2020, Глава 2, параграф 1 «Порядок выдачи листа или справки о временной нетрудоспособности», пункт 7 внести в перечень оснований для выдачи

листа о временной нетрудоспособности десятым подпунктом «уход за больным пожилым».

6. Вынести на рассмотрение Правительства РК и Министерства труда социальной защиты для обсуждения возможности внесения поправок в Трудовой кодекс Республики Казахстан № 414-V ЗРК от 23.11.2015:
 - раздел 2, глава 6, статья 70 «Неполное рабочее время», дополнение к пункту 3 с учётом важных характеристик занятости, таких как стаж, характер работы и продолжительность периода неполного рабочего времени для лиц, осуществляющих уход за больным пожилым
 - раздел 2, глава 7, статья 87 «Виды отпусков», пункт 4 в определение социального отпуска включить уход за больным родственником; в пункт 5 включить в перечень отпуск по уходу за больным пожилым с сохранением общего трудового стажа.
7. При пересмотре профессиональных стандартов согласно Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан Об утверждении профессиональных стандартов в области здравоохранения от 25 января 2024 года № 46 «Общая врачебная практика, семейная медицина (взрослая, детская)», «Клиническая психология», «Лечебное дело», «Сестринское дело» создать рабочую группу из числа уполномоченных представителей Министерства здравоохранения Республики Казахстан и Министерства труда и социальной защиты Республики Казахстан и научных сотрудников в области неформального ухода, для обсуждения и внесения в профессиональные стандарты обязательные навыки по (1) идентификации и регистрации лиц, осуществляющих уход, (2) оценке качества жизни и бремени у лиц, осуществляющих уход, (3) консультированию и оказанию медицинской и социальной помощи лицам, осуществляющим уход; (4) механизмам и мерам социальной и психологической поддержки лицам, осуществляющим уход.
8. Внести в образовательные программы резидентуры «Общая врачебная практика», «Семейная медицина» и бакалавриат «Сестринское дело» вопросы (1) идентификации и регистрации лиц, осуществляющих уход, (2) оценки качества жизни и бремени у лиц, осуществляющих уход, (3) консультирования и оказания медицинской и социальной помощи лицам, осуществляющим уход; (4) механизмы и меры социальной и психологической поддержки лиц, осуществляющих уход.
9. Ежегодно проводить обучающие семинары для врачей общей практики, психологов и среднего медицинского персонала по вопросам (1) идентификации и регистрации лиц, осуществляющих уход, (2) оценки качества жизни и бремени у лиц, осуществляющих уход, (3) консультирования и оказания медицинской и социальной помощи лицам, осуществляющим уход; (4) механизмы и меры социальной и психологической поддержки лиц, осуществляющих уход.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Социальный кодекс Республики Казахстан: утв. 20 апреля 2023 года, № 224-VII ЗРК. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2300000224>. 01.02.2023.
2. Rocard E., Llena-Nozal A. Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind // OECD Health Working Papers. – 2022. № 140. – С. 1-72.
3. Committee on Family Caregiving for Older Adults; Board on Health Care Services; Health and Medicine Division; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Families Caring for an Aging America Committee on Family Caregiving for Older. – Washington (DC): National Academies Press (US) Copyright 2016.
4. Gu D., Dupre M. E., Formal and Informal Care // Encyclopedia of Gerontology and Population Aging /. – Cham: Springer International Publishing, 2019. – С. 1-8.
5. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life. <https://www.who.int/tools/whoqol>. 04.11.2022.
6. Bastawrous M. Caregiver burden—A critical discussion // International Journal of Nursing Studies. – 2013. – . 50, № 3. – С. 431-441.
7. Jones S. L. The association between objective and subjective caregiver burden // Archives of Psychiatric Nursing. – 1996. – Т. 10, № 2. – С. 77-84.
8. Приказ МЗ РК. Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи: утв. 24 августа 2021 года, № ҚР ДСМ-90. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100024094>. 05.01.2023.
9. Приказ МЗ РК. О внесении изменения в приказ МЗ РК от 23 октября 2020 года № ҚР ДСМ-149/2020 Об утверждении правил организации оказания медицинской помощи лицам с хроническими заболеваниями, периодичности и сроков наблюдения, обязательного минимума и кратности диагностических исследований: утв. 25 сентября 2024 года, №ҚР ДСМ-73/2024. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2400035110>. 05.01.2022.
10. World Health Organization. Social determinants of health. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1. 10.05.2022.
11. Общественное объединение «Общество Инвалидов «Мархабат.KZ». Система долговременного ухода за гражданами пожилого возраста с особыми потребностями. Методические рекомендации. – 2021. <https://up.qair.kz/cisc/wp-content/uploads/2021/07/metodichka.pdf>. 11.08.2023.
12. World Health Organization. Ageing and health 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. 22.10.2024.
13. UNFPA Казахстан. Согласно прогнозам, в течение последующих 30 лет темп старения населения Казахстана увеличится почти вдвое. <http://surl.li/ivdsw>. 05.10.2023.
14. UNDP Казахстан. Платформа ЦУР Для Центральной Азии, Финансируемая Европейским Союзом: Содействие Бюджетированию ЦУР В Казахстане. <http://surl.li/opptnl>. 19.10.2024.
15. Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения: утв. 7 июля 2020 года, № 360-VI ЗРК. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360>. 21.01.2024.

16. Faronbi J. O., Olaogun A. A. The influence of caregivers' burden on the quality of life for caregivers of older adults with chronic illness in Nigeria // *International Psychogeriatrics*. – 2017. – Vol. 29, № 7. – P. 1085-1093.
17. Riffin C., Van Ness P. H., Wolff J. L., Fried T. Multifactorial Examination of Caregiver Burden in a National Sample of Family and Unpaid Caregivers // *Journal of the American Geriatrics Society*. – 2019. – Vol. 67, № 2. – P. 277-283.
18. Costa-Requena G., Espinosa Val M. C., Cristòfol R. Caregiver burden in end-of-life care: advanced cancer and final stage of dementia // *Palliative & Supportive Care*. – 2015. – Vol. 13, № 3. – P. 583-589.
19. Choi J. Y., Lee S. H., Yu S. Exploring Factors Influencing Caregiver Burden: A Systematic Review of Family Caregivers of Older Adults with Chronic Illness in Local Communities // *Healthcare*. – 2024. – Vol. 12, № 10. – P. 1002.
20. Xiong C., Biscardi M., Astell A., Nalder E., Cameron J. I., Mihailidis A., Colantonio A. Sex and gender differences in caregiving burden experienced by family caregivers of persons with dementia: A systematic review // *PLoS One*. – 2020. – Vol. 15, № 4. – P. e0231848.
21. Bom J., Bakx P., Schut F., van Doorslaer E. The impact of informal caregiving for older adults on the health of various types of caregivers: a systematic review // *Gerontologist*. – 2019. – Vol. 59, № 5. – P. e629-e642.
22. Pan Y., Chen R., Yang D. The relationship between filial piety and caregiver burden among adult children: A systematic review and meta-analysis // *Geriatric Nursing*. – 2022. – Vol. 43. – P. 113-123.
23. Isac C., Lee P., Arulappan J. Older adults with chronic illness – Caregiver burden in the Asian context: A systematic review // *Patient Education and Counseling*. – 2021. – Vol. 104, № 12. – P. 2912-2921.
24. Rodríguez-González A. M., Rodríguez-Míguez E., Claveria A. Determinants of caregiving burden among informal caregivers of adult care recipients with chronic illness // *Journal of Clinical Nursing*. – 2021. – Vol. 30, № 9-10. – P. 1335-1346.
25. Sezgin H., Cevheroglu S., Gök N. D. Effects of care burden on the life of caregivers of the elderly: A mixed-method study model // *Medicine (Baltimore)*. – 2022. – Vol. 101, № 43. – P. e30736.
26. Hajek A., Kretzler B., König H.-H. Informal Caregiving, Loneliness and Social Isolation: A Systematic Review // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2021. – Vol. 18, № 22. – P. 12101.
27. Del-Pino-Casado R., Frías-Osuna A., Palomino-Moral P. A., Ruzafa-Martínez M., Ramos-Morcillo A. J. Social support and subjective burden in caregivers of adults and older adults: A meta-analysis // *PLoS One*. – 2018. – Vol. 13, № 1. – P. e0189874.
28. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects 2019: Highlights. <https://desapublications.un.org/publications/world-population-prospects-2019-highlights>. 08.09.2022.
29. ranking.kz. Стареющий Казахстан: к началу 2024 года в стране насчитывалось более 2,7 миллиона пожилых людей. <http://surl.li/fcfywd>. 03.11.2024.
30. Аканов А., Тулебаев К., Ешманова А., Абикулова А. К., Чайковская В., Калмаханов С., Маншарипова А. Анализ состояния и перспективы развития

- гериатрической помощи населению Казахстана // Успехи геронтологии. – 2014. – Т. 27, № 3. – С. 589-595.
31. UNPFA Казахстан. Оценка социально-экономического положения и потребностей пожилых людей в Казахстане. <http://surl.li/keprzk>. 08.11.2022.
32. Смолева Е. О. Социальный стресс и стратегии его преодоления: анализ концепций и моделей // Социальное пространство. – 2020. – Т. 6, № 3. – С. 3-3.
33. Tur-Sinai A., Teti A., Rommel A., Hlebec V., Lamura G. How Many Older Informal Caregivers Are There in Europe? Comparison of Estimates of Their Prevalence from Three European Surveys // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2020. – Vol. 17, № 24. P. 9531.
34. Zigante V. Informal care in Europe. Exploring Formalisation, Availability and Quality. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/96d27995-6dee-11e8-9483-01aa75ed71a1>. 27.06.2024.
35. Kong Y.-L., Anis-Syakira J., Jawahir S., R'ong Tan Y., Rahman N. H. A., Tan E. H. Factors associated with informal caregiving and its effects on health, work, and social activities of adult informal caregivers in Malaysia: findings from the National Health and Morbidity Survey 2019 // BMC Public Health. – 2021. – Vol. 21, № 1. – P. 1033.
36. O'Caoimh R., Sezgin D., O'Donovan M. R., Molloy D. W., Clegg A., Rockwood K., Liew A. Prevalence of frailty in 62 countries across the world: a systematic review and meta-analysis of population-level studies // Age and ageing. – 2021. – Vol. 50, № 1. – P. 96-104.
37. Friedman E. M., Rodakowski J., Schulz R., Beach S. R., Martsolf G. R., James A. E., III. Do Family Caregivers Offset Healthcare Costs for Older Adults? A Mapping Review on the Costs of Care for Older Adults With Versus Without Caregivers // The Gerontologist. – 2019. – Vol. 59, № 5. – P. e535-e551.
38. Shepperd S., Gonçalves-Bradley D. C., Straus S. E., Wee B. Hospital at home: home-based end-of-life care // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2021. – Vol. 16, № 3.
39. Zigante V., Fernandez J.-L., Mazzotta F. Changes in the balance between formal and informal care supply in England between 2001 and 2011: evidence from census data // Health Economics, Policy and Law. – 2021. – Vol. 16, № 2. – P. 232-249.
40. Abramowska-Kmon A., Łatkowski W., Rynko M. Informal Care and Subjective Well-Being among Older Adults in Selected European Countries // Ageing International. – 2023. – Vol. 48, № 4. – P. 1163-1189.
41. Wang Y., Yang W. Does Receiving Informal Care Lead to Better Health Outcomes? Evidence From China Longitudinal Healthy Longevity Survey // Research on Aging. – 2022. – Vol. 44, № 7-8. – P. 510-518.
42. Boland L., Légaré F., Perez M. M. B., Menear M., Garvelink M. M., McIsaac D. I., Painchaud Guérard G., Emond J., Brière N., Stacey D. Impact of home care versus alternative locations of care on elder health outcomes: an overview of systematic reviews // BMC Geriatrics. – 2017. – Vol. 17, № 1. – P. 20.
43. Walsh B., Lyons S., Smith S., Wren M. A., Eighan J., Morgenroth E. Does formal home care reduce inpatient length of stay? // Health Economics. – 2020. – Vol. 29, № 12. – P. 1620-1636.

44. Gardiner C., Robinson J., Connolly M., Hulme C., Kang K., Rowland C., Larkin P., Meads D., Morgan T., Gott M. Equity and the financial costs of informal caregiving in palliative care: a critical debate // *BMC Palliative Care*. – 2020. – Vol. 19, № 1. – P. 71.
45. Schulz R., Beach S. R., Czaja S. J., Martire L. M., Monin J. K. Family Caregiving for Older Adults // *Annual Review of Psychology*. – 2020. – Vol. 71. – P. 635-659.
46. van den Berg B., Brouwer W., van Exel J., Koopmanschap M., van den Bos G. A. M., Rutten F. Economic valuation of informal care: Lessons from the application of the opportunity costs and proxy good methods // *Social Science & Medicine*. – 2006. – Vol. 62, № 4. – P. 835–845.
47. Carers UK. Key facts and figures about caring. <https://www.carersuk.org/policy-and-research/key-facts-and-figures/>. 11.09.2024.
48. Arno P. S., Levine C., Memmott M. M. The Economic Value Of Informal Caregiving: President Clinton's proposal to provide relief to family caregivers opens a long-overdue discussion of this “invisible” health care sector // *Health Affairs*. – 1999. – Vol. 18, № 2. – P. 182–188.
49. Chari A. V., Engberg J., Ray K. N., Mehrotra A. The opportunity costs of informal elder-care in the United States: new estimates from the American Time Use Survey // *Health services research*. – 2015. – Vol. 50, № 3. – P. 871.
50. Reinhard S., Caldera S., Choula R. Valuing the Invaluable 2023 Update: Strengthening Supports for Family Caregivers. <https://www.aarp.org/pri/topics/ltss/family-caregiving/valuing-the-invaluable-2015-update/>. 23.10.2024.
51. Ekman B., McKee K., Vicente J., Magnusson L., Hanson E. Cost analysis of informal care: estimates from a national cross-sectional survey in Sweden // *BMC Health Services Research*. – 2021. – Vol. 21, № 1. – P. 1236.
52. UNECE. Policy Brief on Ageing No 22. The challenging roles of informal carers. – 2019. – P. 1–20.
53. Rothgang H. Long-term care in Germany // *Reforming Health Social Security Proceeding of an International Seminar: June 2005* –The World Bank East Asia and Pacific Region Human Development Sector Unit ..., – 2005. – P. 59–84.
54. Eichler M., Pfau-Effinger B. The ‘Consumer Principle’ in the Care of Elderly People: Free Choice and Actual Choice in the German Welfare State // *Social Policy & Administration*. – 2009. – Vol. 43. – P. 617–633.
55. Wieczorek E., Evers S., Kocot E., Sowada C., Pavlova M. Assessing Policy Challenges and Strategies Supporting Informal Caregivers in the European Union // *Journal of Aging & Social Policy*. – 2022. – Vol. 34, № 1. – P. 145–160.
56. Ikegami N. Financing long-term care: lessons from Japan // *International Journal of Health Policy and Management*. – 2019. – Vol. 8, № 8. – P. 462–466.
57. Yamada M., Arai H. Long-Term Care System in Japan // *Annals of Geriatric Medicine and Research*. – 2020. – Vol. 24, № 3. – P. 174–180.
58. Moreno-Colom S., Recio Caceres C., Torns Martin T., Borrás Catala V. Long-term care in Spain: Difficulties in professionalizing services // *Journal of Women & Aging*. – 2017. – Vol. 29, № 3. – P. 200–215.

59. Costa-Font J., Jemenez S., Prieto R. V., Viola A. Long-term Care in Spain. <https://documentos.fedea.net/pubs/eee/2022/eee2022-23.pdf>. 28.10.2024.
60. World Health Organization. State of long-term care in Lithuania. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378340/WHO-EURO-2024-10368-50140-75517.pdf?sequence=2>. 10.10.2024.
61. Andryushchenko G. I., Savina M. V., Soldatov A. A., Bikbulatova A. A., Samofatova K. A. Efficiency improvement of long-term care for senior citizens in the Russian Federation // Academic Journal of Interdisciplinary Studies. – 2019. – Vol. 2, № 8. – P. 5867.
62. Zenina L. The Long-Term Care System in the Russian Federation. <https://www.socialpolicydynamics.de/f/8c6a57bed7.pdf>. 28.10.2024.
63. Meershoeck A., Broek L., Crea-Arsenio M. Perspectives from the Netherlands: Responses from, Strategies of and Challenges for Long-Term Care Health Personnel // Healthc Policy. – 2022. – Vol. 17, № Sp. – P. 14–26.
64. Bakx P., E v. D., Wouterse B. Long-term care in the Netherlands. <https://www.nber.org/system/files/chapters/c14916/c14916.pdf>. 28.10.2024.
65. Seltzer M. M., Li L. W. The Transitions of Caregiving: Subjective and Objective Definitions1 // The Gerontologist. – 1996. – Vol. 36, № 5. – P. 614–626.
66. Calvó-Perxas L., Vilalta-Franch J., Litwin H., Turró-Garriga O., Mira P., Garre-Olmo J. What seems to matter in public policy and the health of informal caregivers? A cross-sectional study in 12 European countries // PLoS One. – 2018. – Vol. 13, № 3. – P. e0194232.
67. Pashmdarfard M., Azad A. Assessment tools to evaluate Activities of Daily Living (ADL) and Instrumental Activities of Daily Living (IADL) in older adults: A systematic review // Medical Journal of The Islamic Republic of Iran (MJIRI). – 2020. – Vol. 34. – P. 33.
68. Caregiving in the U.S. Report 2015 / National Alliance for Caregiving (NAC) and the AARP Public Policy Institute. –, 2015. – 80p.
69. Tinios P., Valvis Z. Defining Long-Term-Care Need Levels for Older Adults: Towards a Standardized European Classification // Journal of Aging & Social Policy. – 2023. – Vol. 35, № 6. – P. 723–742.
70. Alwin J., Karlson B. W., Husberg M., Carlsson P., Ekerstad N. Societal costs of informal care of community-dwelling frail elderly people // Scandinavian Journal of Public Health. – 2021. – Vol. 49, № 4. – P. 433–440.
71. Schofield D., Cunich M., Shrestha R., Passey M., Kelly S., Tanton R., Veerman L. The impact of chronic conditions of care recipients on the labour force participation of informal carers in Australia: which conditions are associated with higher rates of non-participation in the labour force? // BMC Public Health. – 2014. – Vol. 14. – P. 561.
72. Lamura G., Mnich E., Nolan M., Wojszel B., Krevers B., Mestheneos L., Döhner H. Family carers' experiences using support services in Europe: empirical evidence from the EUROFAMCARE study // Gerontologist. – 2008. – Vol. 48, № 6. – P. 752–771.
73. Gregio Neto N., Sprösser Alonso M., Bernardes J. M., Ruiz-Frutos C., Gómez-Salgado J., Dias A. Work ability of informal caregivers of patients treated by the public

- home care service of Brazil: A cross-sectional study // *Safety Science*. – 2021. – Vol. 144.
74. Hoefman R. J., van Exel J., Brouwer W. B. Measuring the impact of caregiving on informal carers: a construct validation study of the CarerQol instrument // *Health and Quality of Life Outcomes*. – 2013. – Vol. 11. – P. 173.
75. Kim A., Woo K. Gender differences in the relationship between informal caregiving and subjective health: the mediating role of health promoting behaviors // *BMC Public Health*. – 2022. – Vol. 22, № 1. – P. 311.
76. Bainbridge H., Palm E., Fong M. Unpaid family caregiving responsibilities, employee job tasks and work-family conflict: A cross-cultural study // *Human Resource Management Journal*. – 2020. – vol. 31. – P. 658–674
77. Alves L. C. S., Monteiro D. Q., Bento S. R., Hayashi V. D., Pelegriini L. N. C., Vale F. A. C. Burnout syndrome in informal caregivers of older adults with dementia: A systematic review // *Dementia & Neuropsychologia*. – 2019. – Vol. 13, № 4. – P. 415–421.
78. Polenick C. A., Leggett A. N., Webster N. J., Han B. H., Zarit S. H., Piette J. D. Multiple Chronic Conditions in Spousal Caregivers of Older Adults With Functional Disability: Associations With Caregiving Difficulties and Gains // *The Journals of Gerontology: Series B*. – 2020. – Vol. 75, № 1. – P. 160–172.
79. Family Caregiver Alliance. Caregiver Statistics: Demographics. <https://www.caregiver.org/resource/caregiver-statistics-demographics/>. 06.09.2024.
80. Xi J. Y., Zhong S. R., Zhou Y. X., Lin X., Hao Y. T. Effects of family multi-generational relationship on multimorbidity and healthy life expectancy for second generations: insight from the China Health and Retirement Longitudinal Study // *BMC Geriatrics*. – 2023. – Vol. 23, № 1. – P. 100.
81. Venters S., Jones C. J. The experiences of grandchildren who provide care for a grandparent with dementia: A systematic review // *Dementia (London)*. – 2021. – Vol. 20, № 6. – P. 2205–2230.
82. Crespo L., Mira P. Caregiving to Elderly Parents and Employment Status of European Mature Women // *Review of Economics and Statistics*. – 2010. – Vol. 96, № 4. – P. 693–709
83. Clancy R. L., Fisher G. G., Daigle K. L., Henle C. A., McCarthy J., Fruhauf C. A. Eldercare and Work Among Informal Caregivers: A Multidisciplinary Review and Recommendations for Future Research // *Journal of Business and Psychology*. – 2020. – Vol. 35, № 1. – P. 9–27.
84. Bradley C. J. Economic Burden Associated with Cancer Caregiving // *Seminars in Oncology Nursing*. – 2019. – Vol. 35, № 4. – P. 333–336.
85. Fabius C. D., Wolff J. L., Kasper J. D. Race Differences in Characteristics and Experiences of Black and White Caregivers of Older Americans // *The Gerontologist*. – 2020. – Vol. 60, № 7. – P. 1244–1253.
86. Ornstein K. A., Wolff J. L., Bollens-Lund E., Rahman O. K., Kelley A. S. Spousal Caregivers Are Caregiving Alone In The Last Years Of Life // *Health Affairs (Millwood)*. – 2019. – Vol. 38, № 6. – P. 964–972.

87. Pinquart M., Sörensen S. Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison // *Psychology and Aging*. – 2011. – Vol. 26, № 1. – P. 1–14.
88. Hoi L. V., Thang P., Lindholm L. Elderly care in daily living in rural Vietnam: Need and its socioeconomic determinants // *BMC Geriatrics*. – 2011. – Vol. 11, № 1. – P. 81.
89. Shams Ghahfarokhi M. Rising living alone among the elderly in Iran: prevalence and associated factors // *BMC Geriatrics*. – 2022. – Vol. 22, № 1. – P. 622.
90. Stoddart H., Whitley E., Harvey I., Sharp D. What determines the use of home care services by elderly people? // *Health & Social Care in the Community*. – 2002. – Vol. 10, № 5. – P. 348–360.
91. Pearlin, L. I., Menaghan, E. G., Lieberman, M. A., & Mullan, J. T. The stress process // *Journal of Health and Social behavior*. – 1981. – P. 337–356.
92. Zarit S. H., Bottigi K., Gaugler J. E. Caregivers, Stress and* // *Encyclopedia of Stress (Second Edition)* / Fink G. – New York: Academic Press, 2007. – P. 416–418.
93. Kales H. C., Kern V., Kim H. M., Blazek M. C. Moving Evidence-Informed Assessment and Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia into the Real World: Training Family and Staff Caregivers in the DICE Approach // *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. – 2020. – Vol. 28, № 12. – P. 1248–1255.
94. Wang S. E., Haupt E. C., Nau C., Werch H., McMullen C., Lynn J., Shen E., Mularski R. A., Nguyen H. Q., the HomePal Research G. Association Between Financial Distress with Patient and Caregiver Outcomes in Home-Based Palliative Care: A Secondary Analysis of a Clinical Trial // *Journal of General Internal Medicine*. – 2022. – Vol. 37, № 12. – P. 3029–3037.
95. Atkinson W. Field theory, role theory and role conflict: Reappropriating insights from the past // *Journal of Classical Sociology* – T. 0, № 0. – C. 1468795X231208456.
96. Schmitz H., Stroka M. A. Health and the double burden of full-time work and informal care provision — Evidence from administrative data // *Labour Economics*. – 2013. – Vol. 24. – C. 305–322.
97. Lafferty A., Phillips D., Fealy G., Paul G., Duffy C., Dowling-Hetherington L., Fahy M., Moloney B., Kroll T. Making it work: a qualitative study of the work-care reconciliation strategies adopted by family carers in Ireland to sustain their caring role // *Community, Work & Family*. – 2023. – Vol. 26, № 3. – P. 292–311.
98. Yoo L., Moon C. S., Park I., Lee M., Choi G. E. Dual caregiving burden for older parents and grandchildren in middle-aged and older adults: A concept analysis // *Journal of Korean Gerontological Nursing*. – 2023. – Vol. 25, № 4. – P. 335–345.
99. Nemcikova M., Katreniakova Z., Nagyova I. Social support, positive caregiving experience, and caregiver burden in informal caregivers of older adults with dementia // *Frontiers in Public Health*. – 2023. – Vol. 11. – P. 1104250.
100. Velloze I. G., Jester D. J., Jeste D. V., Mausbach B. T. Interventions to reduce loneliness in caregivers: An integrative review of the literature // *Psychiatry Research*. – 2022. – Vol. 311. – P. 114508.
101. Chien S.-C., Chang Y.-H., Yen C.-M., Chen Y.-E., Liu C.-C., Hsiao Y.-P., Yang P.-Y., Lin H.-M., Yang T.-E., Lu X.-H., Wu I. C., Hsu C.-C., Chiou H.-Y., Chung R.-

- H. Understanding and alleviating informal caregiver burden through the development and validation of a caregiver strain index-based model in Taiwan // *BMC Geriatrics*. – 2024. – Vol. 24, № 1. – P. 558.
102. Ragnat A., Parsons J., Radhakrishnan R. The barriers determining the use of the carer support subsidy in the Northland region of New Zealand-A qualitative study // *Journal of Geriatric Care and Research*. – 2018. – Vol. 5, № 1. – P.28–35
103. Maguire R., Hanly P., Maguire P. Beyond care burden: associations between positive psychological appraisals and well-being among informal caregivers in Europe // *Quality of Life Research*. – 2019. – Vol. 28, № 8. – P. 2135–2146.
104. Townsend A., Noelker L., Deimling G., Bass D. Longitudinal impact of interhousehold caregiving on adult children's mental health // *Psychology and aging*. – 1989. – Vol. 4, № 4. – P. 393–401.
105. Mausbach B. T., Patterson T. L., Känel R. V., Mills P. J., Dimsdale J. E., Ancoli-Israel S., Grant I. The attenuating effect of personal mastery on the relations between stress and Alzheimer caregiver health: A five-year longitudinal analysis // *Aging and Mental Health*. – 2007. – Vol. 11, № 6. – P. 637–644.
106. Young R. F., Kahana E. Specifying Caregiver Outcomes: Gender and Relationship Aspects of Caregiving Strain1 // *The Gerontologist*. – 1989. – Vol. 29, № 5. – P. 660–666.
107. Bruhn J. G., Rebach H. M. *The Sociology of Caregiving*. – Dordrecht: Springer Netherlands, 2014. – P. 79–95.
108. Aranda M. P., Knight B. G. The Influence of Ethnicity and Culture on the Caregiver Stress and Coping Process: A Sociocultural Review and Analysis1 // *The Gerontologist*. – 1997. – Vol. 37, № 3. – P. 342–354.
109. Knight B. G., Sayegh P. Cultural Values and Caregiving: The Updated Sociocultural Stress and Coping Model // *The Journals of Gerontology: Series B*. – 2010. – Vol. 65B, № 1. – P. 5–13.
110. Losada A., Márquez-González M., Knight B. G., Yanguas J., Sayegh P., Romero-Moreno R. Psychosocial factors and caregivers' distress: Effects of familism and dysfunctional thoughts // *Aging and Mental Health*. – 2010. – Vol. 14, № 2. – P. 193–202.
111. Fields N. L., Xu L., Richardson V. E., Parekh R., Ivey D., Calhoun M. Utilizing the Senior Companion Program as a platform for a culturally informed caregiver intervention: Results from a mixed methods pilot study // *Dementia*. – 2019. – Vol. 20, № 1. – P. 161–187.
112. World Health Organization. Constitution the World Health Organization. <https://www.who.int/about/governance/constitution>. 8.05.2022.
113. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization // *Social Science and Medicine*. – 1995. – Vol. 41, № 10. – P. 1403–1409.
114. ISOQOL Dictionary of Quality of Life and Health Outcomes Measurement. – International Society for Quality of Life Research (ISOQOL), 2015. –186 p.
115. Torrance G. W. Utility approach to measuring health-related quality of life // *Journal of Chronic Diseases*. – 1987. – Vol. 40, № 6. – P. 593–603.

116. Brouwer W. B., van Exel N. J., van Gorp B., Redekop W. K. The CarerQol instrument: a new instrument to measure care-related quality of life of informal caregivers for use in economic evaluations // *Quality of Life Research*. – 2006. – Vol. 15, № 6. – P. 1005–10021.
117. Al-Janabi H., Flynn T. N., Coast J. QALYs and carers // *Pharmacoeconomics*. – 2011. – Vol. 29, № 12. – P. 1015–1023.
118. Barbosa F., Voss G., Delerue Matos A. Health impact of providing informal care in Portugal // *BMC Geriatrics*. – 2020. – Vol. 20, № 1. – P. 440.
119. Bom J., Stöckel J. Is the grass greener on the other side? The health impact of providing informal care in the UK and the Netherlands // *Social Science and Medicine*. – 2021. – Vol. 269. – P. 113562.
120. Igarashi A., Fukuda A., Teng L., Ma F.-F., Dorey J., Onishi Y. Family Caregiving in Dementia and Its Impact on Quality of Life and Economic Burden in Japan-Web Based Survey // *Journal of Market Access and Health Policy*. – 2020. – Vol. 8, № 1. – P. 1720068.
121. Tulek Z., Baykal D., Erturk S., Bilgic B., Hanagasi H., Gurvit I. H. Caregiver Burden, Quality of Life and Related Factors in Family Caregivers of Dementia Patients in Turkey // *Issues in Mental Health Nursing*. – 2020. – Vol. 41, № 8. – P. 741–749.
122. Rico-Blázquez M., Quesada-Cubo V., Polentinos-Castro E., Sánchez-Ruano R., Rayo-Gómez M. Á., del Cura-González I., et al. Health-related quality of life in caregivers of community-dwelling individuals with disabilities or chronic conditions. A gender-differentiated analysis in a cross-sectional study // *BMC Nursing*. – 2022. – Vol. 21, № 1. – P. 69.
123. Kanters T. A., Brugts J. J., Manintveld O. C., Versteegh M. M. Burden of Providing Informal Care for Patients with Atrial Fibrillation // *Value in Health*. – 2021. – Vol. 24, № 2. – P. 236–243.
124. Liang J., Aranda M. P., Jang Y., Wilber K. The Role of Social Isolation on Mediating Depression and Anxiety among Primary Family Caregivers of Older Adults: A Two-Wave Mediation Analysis // *International Journal of Behavioral Medicine*. – 2024. – Vol. 31, № 3. – P. 445–458.
125. Nemati S., Rassouli M., Ilkhani M., Baghestani A. R. Perceptions of family caregivers of cancer patients about the challenges of caregiving: a qualitative study // *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. – 2018. – Vol. 32, № 1. – P. 309–316.
126. Herdman M., Gudex C., Lloyd A., Janssen M. F., Kind P., Parkin D., Bonser G., Badia X. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L) // *Quality of Life Research*. – 2011. – Vol. 20, № 10. – P. 1727–1736.
127. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group // *Psychological Medicine*. – 1998. – Vol. 28, № 3. – P. 551–558.
128. Rand S. E., Malley J. N., Netten A. P., Forder J. E. Factor structure and construct validity of the Adult Social Care Outcomes Toolkit for Carers (ASCOT-Carer) // *Quality of Life Research*. – 2015. – Vol. 24, № 11. – P. 2601–2614.
129. Weitzner M. A., Jacobsen P. B., Wagner H., Jr., Friedland J., Cox C. The Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) scale: development and validation

- of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer // *Quality of Life Research*. – 1999. – Vol. 8, № 1-2. – P. 55–63.
130. Hoenig J., Hamilton M. W. The schizophrenic patient in the community and his effect on the household // *International Journal of Social Psychiatry*. – 1966. – Vol. 12, № 3. – P. 165–176.
131. Zarit S. H., Reever K. E., Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden // *Gerontologist*. – 1980. – Vol. 20, № 6. – P. 649-55.
132. Collins C. E., Given B. A., Given C. W. Interventions with family caregivers of persons with Alzheimer's disease // *Nursing Clinics of North America*. – 1994. – Vol. 29, № 1. – P. 195–207.
133. Nijboer C., Triemstra M., Tempelaar R., Sanderma R., van den Bos G. A. Measuring both negative and positive reactions to giving care to cancer patients: psychometric qualities of the Caregiver Reaction Assessment (CRA) // *Social Science and Medicine*. – 1999. – Vol. 48, № 9. – P. 1259–1269.
134. Hornby, A. S., Cowie, A. P., Gimson, A. C., Oxford advanced learner's dictionary of current English – Oxford: Oxford university press., 2005.– 1924p.
135. Lindt N., van Berkel J., Mulder B. C. Determinants of overburdening among informal carers: a systematic review // *BMC Geriatrics*. – 2020. – Vol. 20, № 1. – P. 304.
136. Ahmad Zubaidi Z. S., Ariffin F., Oun C. T. C., Katiman D. Caregiver burden among informal caregivers in the largest specialized palliative care unit in Malaysia: a cross sectional study // *BMC Palliative Care*. – 2020. – Vol. 19, № 1. – P. 186.
137. Abraham Cottagiri S., Sykes P. Key health impacts and support systems for informal carers in the UK: A thematic review // *Journal of Health and Social Sciences*. – 2019. – Vol. 4. – P. 173-198.
138. Owoo B., Ninnoni J. P. K., Ampofo E. A., Seidu A. A. "I always find myself very tired and exhausted": The physical impact of caring; a descriptive phenomenological study of the experiences of prostate cancer caregivers in Cape Coast, Ghana // *PLoS One*. – 2022. – Vol. 17, № 7. – P. e0268627.
139. Pereira B. D. S., Fernandes N. D. S., de Melo N. P., Abrita R., Grincenkov F., Fernandes N. Beyond quality of life: a cross sectional study on the mental health of patients with chronic kidney disease undergoing dialysis and their caregivers // *Health and Quality of Life Outcomes*. – 2017. – Vol. 15, № 1. – P. 74.
140. Gao C., Chapagain N. Y., Scullin M. K. Sleep Duration and Sleep Quality in Caregivers of Patients With Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis // *JAMA Network Open*. – 2019. – Vol. 2, № 8. – P. e199891.
141. Mortensen J., Dich N., Lange T., Ramlau-Hansen C. H., Head J., Kivimaki M., Leineweber C., Hulvej Rod N. Weekly hours of informal caregiving and paid work, and the risk of cardiovascular disease // *European Journal of Public Health*. – 2018. – Vol. 28, № 4. – P. 743–747.
142. Keita Fakeye M. B., Samuel L. J., Drabo E. F., Bandeen-Roche K., Wolff J. L. Caregiving-Related Work Productivity Loss Among Employed Family and Other Unpaid Caregivers of Older Adults // *Value in Health*. – 2023. – Vol. 26, № 5. – P. 712–720.

143. Williams A., Sethi B. The Predicament of Caring: Work Interferences and Health of Family Caregivers of Persons With Multiple Chronic Conditions // *Gerontology and Geriatric Medicine*. – 2020. – Vol. 6. – C. 1–7.
144. Das N., Majumdar I. K., Agius P. A., Lee P., Robinson S., Gao L. Absenteeism and presenteeism among caregivers of chronic diseases: A systematic review and meta-analysis // *Social Science and Medicine*. – 2024. – Vol. 363. P. 117375.
145. Vicente J., McKee K. J., Magnusson L., Johansson P., Ekman B., Hanson E. Informal care provision among male and female working carers: Findings from a Swedish national survey // *PLoS One*. – 2022. – Vol. 17, № 3. – P. e0263396.
146. Longacre M. L., Valdmanis V. G., Handorf E. A., Fang C. Y. Work Impact and Emotional Stress Among Informal Caregivers for Older Adults // *Psychological sciences and social sciences*. – 2017. – Vol. 72, № 3. – P. 522–531.
147. Diminic S., Hielscher E., Harris M. G. Caring hours and possible need for employment support among primary carers for adults with mental illness: Results from an Australian household survey // *Health and Social Care in the Community*. – 2019. – Vol. 27, № 5. – P. e837–e849.
148. Novak M., Guest C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory // *Gerontologist*. – 1989. – Vol. 29, № 6. – P. 798–803.
149. Gratao A. C. M., Brigola A. G., Ottaviani A. C., Luchesi B. M., Souza É N., Rossetti E. S., de Oliveira N. A., Terassi M., Pavarini S. C. I. Brief version of Zarit Burden Interview (ZBI) for burden assessment in older caregivers // *Dementia and Neuropsychologia*. – 2019. – Vol. 13, № 1. – P. 122–129.
150. Bédard M., Molloy D. W., Squire L., Dubois S., Lever J. A., O'Donnell M. The Zarit Burden Interview: a new short version and screening version // *Gerontologist*. – 2001. – Vol. 41, № 5. – P. 652–657.
151. Robinson B. C. Validation of a Caregiver Strain Index // *Journal of Gerontology*. – 1983. – Vol. 38, № 3. – P. 344–348.
152. Ribeiro O., Brandão D., Oliveira A. F., Teixeira L., Paúl C. Positive aspects of care in informal caregivers of community-dwelling dementia patients // *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. – 2020. – Vol. 27, № 4. – P. 330–341.
153. Al-Janabi H., Frew E., Brouwer W., Rappange D., Van Exel J. The inclusion of positive aspects of caring in the Caregiver Strain Index: tests of feasibility and validity // *International Journal of Nursing Studies*. – 2010. – Vol. 47, № 8. – P. 984–993.
154. Eicher P. S., Batshaw M. L. Cerebral palsy // *Pediatric Clinics of North America*. – 1993. – Vol. 40, № 3. – P. 537–551.
155. Bijnsdorp F. M., Pasman H. R. W., Boot C. R. L., van Hooft S. M., van Staa A., Francke A. L. Profiles of family caregivers of patients at the end of life at home: a Q-methodological study into family caregiver' support needs // *BMC Palliative Care*. – 2020. – Vol. 19, № 1. – P. 51.
156. Bressan V., Visintini C., Palese A. What do family caregivers of people with dementia need? A mixed-method systematic review // *Health and Social Care in the Community*. – 2020. – Vol. 28, № 6. – P. 1942–1960.
157. Law S., Ormel I., Babinski S., Kuluski K., Quesnel-Vallée A. “Caregiving is like on the job training but nobody has the manual”: Canadian caregivers' perceptions of

- their roles within the healthcare system // BMC Geriatrics. – 2021. – Vol. 21, № 1. – P. 404.
158. Hazzan A. A., Dauenhauer J., Follansbee P., Hazzan J. O., Allen K., Omobepade I. Family caregiver quality of life and the care provided to older people living with dementia: qualitative analyses of caregiver interviews // BMC Geriatrics. – 2022. – Vol. 22, № 1. – P. 86.
159. Erdoğan Yüce G., Döner A., Bilgin A., Muz G. The effect of mindfulness-based interventions on caregiver burden, quality of life and psychological distress in caregivers of adults with chronic diseases: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // Worldviews on Evidence-Based Nursing. – 2024. – Vol. 21, № 5. – P. 528–541.
160. Akgun-Citak E., Attepe-Ozden S., Vaskelyte A., van Bruchem-Visser R. L., Pompili S., Kav S., Acar S., Aksoydan E., Altintas A., Aytar A., Baskici C., Blazevidiene A., Scarpa A. R., Kiziltan G., Mattace-Raso F. U. S. Challenges and needs of informal caregivers in elderly care: Qualitative research in four European countries, the TRACE project // Archives of Gerontology and Geriatrics. – 2020. – Vol. 87. – P. 103971.
161. Allen A. P., Buckley M. M., Cryan J. F., Ní Chorcairín A., Dinan T. G., Kearney P. M., O’Caoimh R., Calnan M., Clarke G., Molloy D. W. Informal caregiving for dementia patients: the contribution of patient characteristics and behaviours to caregiver burden // Age and Ageing. – 2020. – Vol. 49, № 1. – P. 52–56.
162. Wangler J., Jansky M. Support, needs and expectations of family caregivers regarding general practitioners – results from an online survey // BMC Family Practice. – 2021. – Vol. 22, № 1. – P. 47.
163. Sarris A., Augoustinos M., Williams N., Ferguson B. Caregiving work: The experiences and needs of caregivers in Australia // Health and Social Care in the Community. – 2020. – Vol. 28, № 5. – P. 1764–1771.
164. Kang S. G., Song S. W., Kim S. H., Kang Y. J., Kim Y. R., Eun Y. Fatigue and Mental Status of Caregivers of Severely Chronically Ill Patients // Pain Research and Management. – 2020. – Vol. 2020. – P. 6372857
165. Ablewhite J., Nouri F., Whisker A., Thomas S., Jones F., das Nair R., Condon L., Jones A., Sprigg N., Drummond A. How do stroke survivors and their caregivers manage post-stroke fatigue? A qualitative study // Clinical Rehabilitation. – 2022. – Vol. 36, № 10. – P. 1400–1410.
166. World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF). Астанинская декларация. Глобальная конференция по первичной медико-санитарной помощи: от Алма-Атинской декларации к всеобщему охвату услугами здравоохранения и Целям в области устойчивого развития. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-ru.pdf>. 10.11.2023.
167. Leighton C., Fields B., Rodakowski J. L., Feiler C., Hawk M., Bellon J. E., James A. E. A Multisite Case Study of Caregiver Advise, Record, Enable Act Implementation // The Gerontologist. – 2020. – Vol. 60, № 4. – P. 776–786.
168. Griffin J. M., Kaufman B. G., Bangertner L., Holland D. E., Vanderboom C. E., Ingram C., Wild E. M., Dose A. M., Stiles C., Thompson V. H. Improving Transitions

- in Care for Patients and Family Caregivers Living in Rural and Underserved Areas: The Caregiver Advise, Record, Enable (CARE) Act // *Journal of Aging and Social Policy*. – 2024. – Vol. 36, № 4. – P. 581–588.
169. Riffin C., Wolff J. L., Estill M., Prabhu S., Pillemer K. A. Caregiver Needs Assessment in Primary Care: Views of Clinicians, Staff, Patients, and Caregivers // *Journal of the American Geriatrics Society*. – 2020. – Vol. 68, № 6. – P. 1262–1270.
170. Zhylybekova A., Koshmaganbetova G. K., Zare A., Mussin N. M., Kaliyev A. A., Bakhshalizadeh S., Ablakimova N., Grjibovski A. M., Glushkova N., Tamadon A. Global Research on Care-Related Burden and Quality of Life of Informal Caregivers for Older Adults: A Bibliometric Analysis // *Sustainability*. – 2024. – Vol. 16, № 3. – P. 1020.
171. Koshmaganbetova G., Zhylybekova A., Abenova N., Glushkova N. Gender Disparities in Care Allocation among Informal Elderly Caregivers: A literature Review // *Health Development*. – 2024. – Vol. 1, № 55. – P. 40–49.
172. Aliya Z., Gulbakit K. K., Andrej M. G., Natalya G. Effect of Interventions on Informal Caregivers of Older Adults: A Scientific Mini Review // *West Kazakhstan Medical Journal*. – 2023. – Vol. 65, № 4. – P. 44–53.
173. Sharapiyeva A., Abzalova R., Inoue K., Hashioka S., Zhetmekova Z. Self-assessed competence in providing care to the severely ill patients among nurses and relatives/caregivers in kazakhstan // *Georgian medical news*. – 2020. № 300. – P. 128–134.
174. Kairatova G. K., Khismetova Z. A., Smailova D. S., Serikova-Esengeldina D. S., Berikuly D., Akhmetova K. M., Shalgumbayeva G. M. Assessment of Skills of Caregivers Providing Care for Stroke Patients in East Kazakhstan Region // *Healthcare (Basel)*. – 2024. – Vol. 13, № 1. – P.27
175. Salikhanov I., Yuliya S., Aceti M., Schweighoffer R., Kunirova G., Khashagulgov F., Crape B. L., Katapodi M. C. Challenges of palliative care identified by stakeholders in resource-limited settings: A multi-regional study in Kazakhstan // *Journal of Cancer Policy*. – 2024. – Vol. 40. – P. 100474.
176. Tang X., Zhao S., Zhang M., Zhou J., Wang Y., He B. Effects of Disability Severity on the Family Burden of Home-Dwelling Uygur and Kazakh Aged in Rural Western China: Family Function as a Mediator // *Journal of Transcultural Nursing*. – 2022. – Vol. 33, № 4. – P. 511–520.
177. Subedi D. Explanatory sequential mixed method design as the third research community of knowledge claim // *American Journal of Educational Research*. – 2016. – Vol. 4, № 7. – P. 570–577.
178. Zhylybekova A., Grjibovski A. M., Glushkova N., Koshmaganbetova G. K. Exploring the burden and support needs of informal caregivers for the older adults in Kazakhstan: a mixed-methods study protocol // *Frontiers in Public Health*. – 2023. – Vol. 11. – P. 1248104.
179. von Elm E., Altman D. G., Egger M., Pocock S. J., Gøtzsche P. C., Vandenbroucke J. P. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies // *Journal of Clinical Epidemiology*. – 2008. – Vol. 61, № 4. – P. 344–349.

180. Buus N., Perron A. The quality of quality criteria: Replicating the development of the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) // *International Journal of Nursing Studies*. – 2020. – Vol. 102. – P. 103452.
181. Westphaln K. K., Regoeczi W., Masotya M., Vazquez-Westphaln B., Lounsbury K., McDavid L., Lee H., Johnson J., Ronis S. D. From Arksey and O'Malley and Beyond: Customizations to enhance a team-based, mixed approach to scoping review methodology // *MethodsX*. – 2021. – Vol. 8. – P. 101375.
182. Parker C., Scott S., Geddes A. Snowball sampling // *SAGE research methods foundations*. – 2019.
183. Erasmus University Rotterdam. iMTA Valuation of Informal Care Questionnaire. https://www.imta.nl/assets/uploads/2022/01/iVICQ_UK_version_1.1.pdf. 20.09.2021
184. Devlin. N., Roudijk., Ludwig. B.K. Value Sets for EQ-5D-5L: A Compendium, Comparative Review & User Guide. – Cham (CH): Springer Copyright., 2022. – 276c.
185. Devlin N., Parkin D., Janssen B. Analysis of EQ-5D Profiles // *Methods for Analysing and Reporting EQ-5D Data*. – Cham: Springer International Publishing, 2020. – 99p.
186. EuroQol. Available versions. <https://euroqol.org/register/obtain-eq-5d/available-versions/>. 20.01.2022.
187. Bouwstra H., Smit E. B., Wattel E. M., van der Wouden J. C., Hertogh C. M. P. M., Terluin B., Terwee C. B. Measurement Properties of the Barthel Index in Geriatric Rehabilitation // *Journal of the American Medical Directors Association*. – 2019. – Vol. 20, № 4. – P. 420–425.e1.
188. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Стандарта организации оказания гериатрической и геронтологической помощи в Республике Казахстан: утв. 23 июня 2021 года, № КР ДСМ – 55. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100023329>. 20.01.2022.
189. Hoefman R. J., van Exel N. J., Foets M., Brouwer W. B. Sustained informal care: the feasibility, construct validity and test-retest reliability of the CarerQol-instrument to measure the impact of informal care in long-term care // *Aging and Mental Health*. – 2011. – Vol. 15, № 8. – P. 1018–1027.
190. Kraijo H., Brouwer W., Leeuw R., Schrijvers G., Exel J. Coping with caring: Profiles of caregiving by informal carers living with a loved one who has dementia // *Dementia*. – 2012. – Vol. 11. – P. 113–130.
191. Brouwer W. B., van Exel N. J., van den Berg B., van den Bos G. A., Koopmanschap M. A. Process utility from providing informal care: the benefit of caring // *Health Policy*. – 2005. – Vol. 74, № 1. – P. 85–99.
192. Cruchinho P., López-Franco M. D., Capelas M. L., Almeida S., Bennett P. M., Miranda da Silva M., Teixeira G., Nunes E., Lucas P., Gaspar F. Translation, cross-cultural adaptation, and validation of measurement instruments: a practical guideline for novice researchers // *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. – 2024. – Vol. 2701–2728.
193. Bursac Z., Gauss C. H., Williams D. K., Hosmer D. W. Purposeful selection of variables in logistic regression // *Source Code for Biology and Medicine*. – 2008. – Vol. 3, № 1. – P. 17.

194. Beier B. F., Pollio H. R. A thematic analysis of the experience of being in a role // *Sociological Spectrum*. – 1994. – Vol. 14, № 3. – P. 257–272.
195. Moser A., Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis // *European Journal of General Practice*– 2018. – Vol. 24, № 1. – P. 9–18.
196. Graneheim U. H., Lindgren B.-M., Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper // *Nurse Education Today*. – 2017. – Vol. 56. – P. 29–34.
197. Samonova E. Using MAXQDA for Combining Visual and Textual Analysis: An Example From a Participatory Photovoice Research Project // *The Practice of Qualitative Data Analysis: Research Examples Using MAXQDA Volume 2*. – MAXQDA Press., – 2024. – P. 149.
198. Korstjens I., Moser A. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing // *European Journal of General Practice*. – 2018. – Vol. 24, № 1. – P. 120–124.
199. Bryman A. Integrating Quantitative and Qualitative Research: How Is It Done? // *Qualitative Research*. – 2006. – Vol. 6, № 1. – P. 97–113.
200. Zhylybekova A., Turlayev A., Grjibovski A. M., Koshmaganbetova G. K. Measures to support informal care for the older adults in Kazakhstan: a review of the current status // *Frontiers in Public Health*. – 2023. – Vol. 11. – P. 1247684.
201. Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/100-2019-124500714>. 28.09.2024.
202. Конституция Республики Казахстан: утв. 30 августа 1995 года. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K950001000>. 28.08.2022.
203. Кодекс о браке (супружестве) и семье: утв. 26 декабря 2011 года, № 518-IV. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K1100000518>. 05.10.2022
204. Feng Z. Global convergence: Aging and long-term care policy challenges in the developing world // *Journal of Aging and Social Policy*. – 2019. – Vol. 31, № 4. – P. 291–297.
205. Serrano R., Saltman R., Yeh M. J. Laws on filial support in four Asian countries // *Bulletin of the World Health Organization*. – 2017. – Vol. 95, № 11. – P. 788-790.
206. Jang S. N., Kawachi I. Care inequality: care received according to gender, marital status, and socioeconomic status among Korean older adults with disability // *International Journal for Equity in Health*. – 2019. – Vol. 18, № 1. – P. 105.
207. Qiu X., Sit J. W. H., Koo F. K. The influence of Chinese culture on family caregivers of stroke survivors: A qualitative study // *Journal of Clinical Nursing*. – 2018. – Vol. 27, № 1-2. – P. e309–e319.
208. Yoon E., Kropf N. P. Correlated factors with filial piety expectations of older Koreans and Korean-Americans // *Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work*. – 2018. – Vol. 27, № 4. – P. 310–327.
209. Lim A. J., Lau C. Y. H., Cheng C. Y. Applying the dual filial piety model in the United States: A comparison of filial piety between Asian Americans and Caucasian Americans // *Frontiers in Psychology*– 2021. – Vol. 12. – P. 786609.

210. Zhilibaev F. P., Dzhunusova Z. [The role of social work in providing livelihoods and vital activity of older people in rural areas of the republic of Kazakhstan] // Advances in Gerontology. – 2015. – Vol. 28, № 1. – P. 177–182.
211. Turebekov B. Z., Nurkatova L. T. [Integrated social services for families with elderly people in the Republic of Kazakhstan.] // Advances in Gerontology. – 2018. – Vol. 31, № 2. – P. 293–299.
212. Who is entitled for special social services at home. <https://egov.kz/cms/en/articles/socialhelp>. 26.01.2023.
213. Рамшак А. Совершенствование нормативов и стандартов социальных услуг для повышения качества социальной работы. <https://www.unicef.org/kazakhstan/media/256/file>. 29.09.2024.
214. Трудовой Кодекс Республики Казахстан: утв. 23 ноября 2015 года, № 414-V ЗРК. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K1500000414#961>. 27.01.2022.
215. Gesetz über die Pflegezeit. <https://www.gesetze-im-internet.de/pflegezg/BJNR089600008.html>. 09.05.2022.
216. Act on Childcare Leave, Caregiver Leave, and Other Measures for the Welfare of Workers Caring for Children or Other Family Members. Act No. 76. <https://www.japaneselawtranslation.go.jp/en/laws/view/3543/en>. 09.05.2022.
217. Work and Families Act 2006. <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2006/18/section/12>. 06.05.2022.
218. Code du travail. Articles L1 à L8331-1. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006902684/2008-05-01. 03.05.2023.
219. Directive (EU) 2019/1158 of the European Parliament and of the Council of 20 June 2019 on work-life balance for parents and carers and repealing Council Directive 2010/18/EU. <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2019/1158/oj/eng>. 08.06.2022.
220. Трудовой кодекс Российской Федерации: утв. 30.декабря 2001, N 197-ФЗ. <https://legalacts.ru/kodeks/TK-RF/chast-iii/razdel-v/glava-19/statja-128/>. 07.03.2022.
221. Kanda K., Sakurazawa H., Yoshida T. International comparison of social support policies on long-term care in workplaces in aging societies // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2022. – Vol. 19, № 6. – P. 3284.
222. Family and Medical Leave in 2012: Technical Report. <https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/OASP/legacy/files/FMLA-2012-Technical-Report.pdf>. 24.03.2023.
223. U.S. Department of labor. Family and Medical Leave Act. <https://www.dol.gov/agencies/whd/fmla>. 12.10.2022.
224. Navigating the demands of work and eldercare. <http://surl.li/ikqfp>. 24.03.2023.
225. Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz - PflegeZG) § 2 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung. https://www.gesetze-im-internet.de/pflegezg/_2.html. 12.01.2022.
226. Sozialgesetzbuch § 19 Begriff der Pflegepersonen. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/_19.html. 25.04.2023.
227. Decree President of the Russian Federation. On compensation payments to persons care of disabled citizens. <https://legalacts.ru/doc/ukaz-prezidenta-rf-ot-26122006-n-1455/>. 10.05.2023.

228. Benefits For Caregivers In The United States. <https://surl.li/cofrfb>. 09.03.2022.
229. Закон Республики Казахстан. Об обязательном социальном медицинском страховании: утв. 16 ноября 2015 года, № 405-V ЗРК. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z1500000405#z62>. 08.04.2022.
230. Eurocarers country profiles. Germany. <https://eurocarers.org/about/>. 09.05.2023.
231. Care Act 2014. <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/contents/enacted>. 06.05.2022.
232. National Institute for Health and Care Excellence. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng150>. 05.12.2023.
233. Decreto Regulamentar n.º 1/2022. <http://surl.li/ikqby>. 25.04.2023.
234. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении правил проведения экспертизы временной нетрудоспособности, а также выдачи листа или справки о временной нетрудоспособности: утв. 18 ноября 2020 года, № ҚР ДСМ-198/2020. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021660>. 15.10.2022.
235. Tobin-Tyler E., Barton Laws M., Franco J., Jutkowitz E., Morton S. State Paid Family and Medical Leave Laws: Growth and Gaps in Coverage // Public Health Reports. – 2021. – Vol. 136, № 6. – P. 791-794.
236. Shrestha N. Detecting multicollinearity in regression analysis // American Journal of Applied Mathematics and Statistics. – 2020. – Vol. 8, № 2. – P. 39–42.
237. Koshmaganbetova G. K., Zhylybekova A., Grjibovski A. M., Glushkova N. Perceptions of informal care for older adults by healthcare and social workers in kazakhstan: a qualitative study // Наука и Здравоохранение. – 2024. – Vol. 26, № 3. – P. 99–107.
238. Zhylybekova A., Koshmaganbetova G., Grjibovski A., Glushkova N. Perception of informal care for elderly by healthcare and social care workers in Kazakhstan // European Journal of Public Health. – 2023. – Vol. 33, № Supplement_2. – C. ckad160. 1669.
239. Ng R., Indran N. Societal Narratives on Caregivers in Asia // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2021. – Vol. 18, № 21. – P. 11241
240. Huber M. Financing Long-term Care: Lessons from 19 OECD Countries // Reforming Health Social Security Proceedings of an International Seminar –, 2005. – P. 27.
241. Heymann J., Raub A., Waisath W., Earle A., Stek P., Sprague A. Paid Leave to Meet the Health Needs of Aging Family Members in 193 Countries // Journal of Aging and Social Policy. – 2024. – Vol. 36, № 4. – P. 508–531.
242. Указ Президента Республики Казахстан. Об утверждении Концепции семейной и гендерной политики в Республике Казахстан до 2030 года: утв. 6 декабря 2016 года, № 384. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U1600000384>. 01.08.2024.
243. М.С. Нугманова, А.С. Салимжанова, М.А. Жаксылыков, Т.А. Ербосынов, Кусайынкызы А. Исследование неоплачиваемого домашнего труда женщин в Казахстане. <https://surl.li/cjaala>. 10.08.2024.
244. Ekström H., Auoja N. L., Elmståhl S., Sandin Wranger L. High Burden among Older Family Caregivers is Associated with High Prevalence of Symptoms: Data from the Swedish Study "Good Aging in Skåne (GÅS)" // Journal of Aging Research. – 2020. – Vol. 2020. – P. 5272130.

245. McMunn A., Bird L., Webb E., Sacker A. Gender Divisions of Paid and Unpaid Work in Contemporary UK Couples // *Work, Employment and Society*. – 2020. – Vol. 34, № 2. – P. 155–173.
246. Ermoshkina P., Kahana E. Caregiving experiences of adult daughters without siblings in Ufa, Russia // *Innovation in Aging*. – 2023. – Vol. 7. – P. 341–342.
247. Voormolen D. C., van Exel J., Brouwer W., Sköldunger A., Gonçalves-Pereira M., Irving K., Bieber A., Selbaek G., Woods B., Zanetti O., Verhey F., Wimo A., Handels R. L. H. A validation study of the CarerQol instrument in informal caregivers of people with dementia from eight European countries // *Quality of Life Research*. – 2021. – Vol. 30, № 2. – P. 577–588.
248. Baji P., Golicki D., Prevolnik-Rupel V., Brouwer W. B., Zrubka Z., Gulácsi L., Péntek M. The burden of informal caregiving in Hungary, Poland and Slovenia: results from national representative surveys // *The European Journal of Health Economics*. – 2019. – Vol. 20. – P. 5–16.
249. Anjos K. F., Boery R. N., Pereira R., Pedreira L. C., Vilela A. B., Santos V. C., Rosa Dde O. Association between social support and quality of life of relative caregivers of elderly dependents // *Ciência & saúde coletiva*. – 2015. – Vol. 20, № 5. – P. 1321–1330.
250. Sörensen S., Zarit S. H. Preparation for Caregiving: A Study of Multigeneration Families // *The International Journal of Aging and Human Development*. – 1996. – Vol. 42, № 1. – P. 43–63.
251. Hoefman R. J., van Exel J., Brouwer W. B. F. Measuring Care-Related Quality of Life of Caregivers for Use in Economic Evaluations: CarerQol Tariffs for Australia, Germany, Sweden, UK, and US // *PharmacoEconomics*. – 2017. – Vol. 35, № 4. – P. 469–478.
252. Janson P., Willeke K., Zaibert L., Budnick A., Berghöfer A., Kittel-Schneider S., Heuschmann P. U., Zapf A., Wildner M., Stupp C., Keil T. Mortality, Morbidity and Health-Related Outcomes in Informal Caregivers Compared to Non-Caregivers: A Systematic Review // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2022. – Vol. 19, № 10. – P. 5864
253. Vinnikov D., Raushanova A., Romanova Z., Tulekov Z. Health-related quality of life in a general population sample in Kazakhstan and its sociodemographic and occupational determinants // *Health and Quality of Life Outcomes*. – 2021. – Vol. 19, № 1. – P. 199.
254. Kua E. H. Focus on psychiatry in Singapore // *The British Journal of Psychiatry*. – 2004. – Vol. 185. – P. 79–82.
255. Viana M. C., Gruber M. J., Shahly V., Alhamzawi A., Alonso J., Andrade L. H., Angermeyer M. C., Benjet C., Bruffaerts R., Caldas-de-Almeida J. M., Girolamo G., Jonge P., Ferry F., Florescu S., Gureje O., Haro J. M., Hinkov H., Hu C., Karam E. G., Lépine J. P., Levinson D., Posada-Villa J., Sampson N. A., Kessler R. C. Family burden related to mental and physical disorders in the world: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys // *Brazilian Journal of Psychiatry*. – 2013. – Vol. 35, № 2. – P. 115–125.
256. Achilike S., Beauchamp J. E. S., Cron S. G., Okpala M., Payen S. S., Baldridge L., Okpala N., Montiel T. C., Varughese T., Love M., Fagundes C., Savitz S., Sharrief

- A. Caregiver Burden and Associated Factors Among Informal Caregivers of Stroke Survivors // *Journal of Neuroscience Nursing*. – 2020. – Vol. 52, № 6.
257. Biliunaite I., Kazlauskas E., Sanderman R., Andersson G. Informal caregiver support needs and burden: a survey in Lithuania // *BMJ open*. – 2022. – Vol. 12, № 1. – P. e054607.
258. Chua C. K., Wu J. T., Wong Y. Y., Qu L., Tan Y. Y., Neo P. S., Pang G. S. Caregiving and Its Resulting Effects–The Care Study to Evaluate the Effects of Caregiving on Caregivers of Patients with Advanced Cancer in Singapore // *Cancers*. – 2016. – Vol.8, № 11– C.105.
259. Kavga A., Kalemikerakis I., Faros A., Milaka M., Tsekoura D., Skoulatou M., Tsatsou I., Govina O. The Effects of Patients' and Caregivers' Characteristics on the Burden of Families Caring for Stroke Survivors // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2021. – Vol. 18, № 14. – P. 7298.
260. Park M., Choi S., Lee S. J., Kim S. H., Kim J., Go Y., Lee D. Y. The roles of unmet needs and formal support in the caregiving satisfaction and caregiving burden of family caregivers for persons with dementia // *International Psychogeriatrics*. – 2018. – Vol. 30, № 4. – P. 557–567.
261. Naoki Y., Matsuda Y., Maeda I., Kamino H., Kozaki Y., Tokoro A., Maki N., Takada M. Association between family satisfaction and caregiver burden in cancer patients receiving outreach palliative care at home // *Palliative and Supportive Care*. – 2018. – Vol. 16, № 3. – P. 260–268.
262. Bijnsdorp F. M., Onwuteaka-Philipsen B. D., Boot C. R. L., van der Beek A. J., Pasman H. R. W. Caregiver's burden at the end of life of their loved one: insights from a longitudinal qualitative study among working family caregivers // *BMC Palliative Care*. – 2022. – Vol. 21, № 1. – P. 142.
263. Zaalberg T., Barten D. G., van Heugten C. M., Klijsma P., Knarren L., Hiemstra Y., Kurvers R. A. J., Lekx A. W., Mooijaart S. P., Janssen-Heijnen M. Prevalence and risk factors of burden among caregivers of older emergency department patients // *Scientific Reports*. – 2023. – Vol. 13, № 1. – P. 7250.
264. Sheehan O. C., Leff B., Ritchie C. S., Garrigues S. K., Li L., Saliba D., Fathi R., Boyd C. M. A systematic literature review of the assessment of treatment burden experienced by patients and their caregivers // *BMC Geriatrics*. – 2019. – Vol. 19, № 1. – P. 262.
265. Zainuddin J., Arokiasamy J. T., Poi P. J. H. Caregiving Burden is Associated with Short rather than Long Duration of Care for Older Persons // *Asia Pacific Journal of Public Health*. – 2003. – Vol. 15, № 2. – P. 88–93.
266. Park M. H., Smith S. C., Hendriks A. A. J., Black N. Caregiver burden and quality of life 2 years after attendance at a memory clinic // *International Journal of Geriatric Psychiatry*. – 2019. – Vol. 34, № 5. – P. 647–656.
267. Price M. L., Surr C. A., Gough B., Ashley L. Experiences and support needs of informal caregivers of people with multimorbidity: a scoping literature review // *Psychology and Health*. – 2020. – Vol. 35, № 1. – P. 36–69.
268. Hashemi G., Wickenden M., Bright T., Kuper H. Barriers to accessing primary healthcare services for people with disabilities in low and middle-income countries, a

Meta-synthesis of qualitative studies // Disability and rehabilitation. – 2022. – Vol. 44, № 8. – P. 1207–1220.

269. Slatyer S., Aoun S. M., Hill K. D., Walsh D., Whitty D., Teye C. Caregivers' experiences of a home support program after the hospital discharge of an older family member: a qualitative analysis // BMC Health Services Research. – 2019. – Vol. 19, № 1. – P. 220.

ПРИЛОЖЕНИЕ А – инструмент исследования - Опросник iVICQ (на русском языке)

Анкета iMTA по оценке неформального ухода (iVICQ)

Раздел А

А1. Обеспечиваете ли Вы на добровольной основе уход или поддержку члену семьи, другу или другому знакомому, который нуждается в помощи из-за проблем с физическим или психическим здоровьем, или из-за проблем со старением? ☐ Нет ☐ Да

А2. Обеспечивали ли Вы уход или поддержку в течение двух недель и более? ☐ Нет ☐ Да

Раздел В

Общее Введение

Анкета об уходе или поддержке, которые человек оказывает на добровольной основе члену семьи, другу или другому знакомому, нуждающемуся в помощи из-за проблем с физическим или психическим здоровьем или из-за проблем со старением. Такой уход или поддержка называются неформальным уходом. Неформальный уход может состоять из различных видов деятельности, таких как эмоциональная поддержка и наблюдение, помощь в сопровождении, а бытовая сфера, личный уход, сестринский уход или административная деятельность.

В анкете лицо, которому вы обеспечиваете неформальный уход, называется «она/он» или «ее/его».

Раздел С

Анкета начинается с нескольких вопросов о Вас

Укажите место вашего проживания? ☐ Алматы ☐ Семей ☐ Астана ☐ Актобе

Вы проживаете в селе/городе? ☐ Город ☐ Село

Ваш пол? ☐ Женщина ☐ Мужчина

Укажите Ваш возраст (дд/мм/гг): _____ день _____ месяц _____ год

Укажите Вашу национальность (этническую принадлежность) ☐ Казах(ша) ☐ Русский(ая) ☐ Другая

Укажите ваш уровень образования ☐ Начальное образование ☐ Основное среднее образование ☐ Общее среднее образование

☐ Начальное профессиональное образование ☐ Среднее профессиональное образование ☐ Техническое профессиональное образование

☐ Незаконченное высшее образование ☐ Высшее ☐ Послевузовское

Вы замужем/женаты? ☐ Нет ☐ Да

У Вас есть дети? ☐ Нет ☐ Да: _____ (количество) детей младше 18 лет _____ (количество) детей старше 18 лет

Живут ли Ваши дети в Вашем доме? ☐ Нет ☐ Да: _____ (количество) детей проживающих вместе с вами

Имеется ли у Вас оплачиваемая работа? ☐ Нет ☐ Да, я работаю полный рабочий день (36 или более часов в неделю) ☐ Да, я работаю неполный рабочий день: _____ часов в неделю

Имеется ли у Вас неоплачиваемая работа? (Просим не рассматривать неформальный уход в данном вопросе) ☐ Нет ☐ Да, _____ часов в месяц

Компенсирует ли финансово предоставленный ей/ему уход? ☐ Нет ☐ Да, _____ тг, чистыми в месяц

С16

Сейчас я бы хотел(-а) попросить Вас ответить, насколько хорошее или плохое состояние Вашего здоровья СЕГОДНЯ.

Я бы хотел(-а), чтобы Вы представили себе вертикальную линию, пронумерованную от 0 до 100.

100 вверх линии означает наилучшее состояние здоровья, которое можно себе представить.

0 вниз линии означает наихудшее состояние здоровья, которое можно себе представить.

А теперь скажите мне, какое место на линии, по Вашему мнению, соответствует состоянию Вашего здоровья СЕГОДНЯ.

(Примечание для опрашиваемого: отметьте на линии то место, которое, по вашему мнению, соответствует его или ее состоянию здоровья сегодня. Теперь, пожалуйста, запишите отмеченное Вами на линии число в приведенную ниже ячейку.)

Наилучшее состояние здоровья, которое можно себе представить

100
95
90
85
80
75
70
65
60
55
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0

Наихудшее состояние здоровья, которое можно себе представить

Был ли у вас выбор при принятии решения об оказании ухода? ☐ Нет ☐ Да

С13

С14. Какой уровень дохода у вас и (если есть) вашего супруга/совместно проживающих членов семьи вместе взятых?

☐ нет дохода ☐ менее 10 000 тенге ☐ от 10 001 до 30 000 тенге

☐ от 50 001 до 100 000 тенге ☐ от 100 001 до 150 000 тенге ☐ от 150 001 до 200 000 тенге

☐ от 200 001 до 250 000 тенге ☐ от 250 001 до 300 000 тенге ☐ от 300 001 до 500 000 тенге

☐ от 500 001 до 1 млн. тенге ☐ свыше 1 млн. тенге

Как бы вы оценили свое здоровье на данный момент?

С15.1

Во-первых, я бы хотел(-а) задать Вам вопросы о **ПОДВИЖНОСТИ**. Вы бы сказали, что:

☐ Вы не испытываете никаких трудностей при ходьбе?

☐ Вы испытываете небольшие трудности при ходьбе?

☐ Вы испытываете умеренные трудности при ходьбе?

☐ Вы испытываете большие трудности при ходьбе?

☐ Вы не в состоянии ходить?

С15.2

Далее я бы хотел(-а) задать Вам вопросы об **УХОДЕ ЗА СОБОЙ**. Вы бы сказали, что:

☐ Вы не испытываете никаких трудностей с мытьем или одеванием?

☐ Вы испытываете небольшие трудности с мытьем или одеванием?

☐ Вы испытываете умеренные трудности с мытьем или одеванием?

☐ Вы испытываете большие трудности с мытьем или одеванием?

☐ Вы не в состоянии сами (-ой) мыться или одеваться?

С15.3

Далее я бы хотел(-а) задать Вам вопросы о **ПРИВЫЧНОЙ ПОВСЕДНЕВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**, например: работе, учебе, работе по дому, участии в делах семьи, досуге. Вы бы сказали, что:

☐ Ваша повседневная деятельность дается вам без труда?

☐ Ваша повседневная деятельность для вас немного затруднительна?

☐ Ваша повседневная деятельность для вас умеренно затруднительна?

☐ Ваша повседневная деятельность для вас очень затруднительна?

☐ Вы не в состоянии заниматься своей повседневной деятельностью?

С15.4

Далее я бы хотел(-а) задать Вам вопросы о **БОЛИ ИЛИ ДИСКОМФОРТЕ**. Вы бы сказали, что:

☐ Вы не испытываете боль или дискомфорт?

☐ Вы испытываете небольшую боль или дискомфорт?

☐ Вы испытываете умеренную боль или дискомфорт?

☐ Вы испытываете сильную боль или дискомфорт?

☐ Вы испытываете чрезвычайно сильную боль или дискомфорт?

С15.5

Наконец, я бы хотел(-а) задать Вам вопросы о **ТРЕВОГЕ ИЛИ ДЕПРЕССИИ**. Вы бы сказали, что:

☐ Вы не испытываете тревогу или депрессию?

☐ Вы испытываете небольшую тревогу или депрессию?

☐ Вы испытываете умеренную тревогу или депрессию?

☐ Вы испытываете сильную тревогу или депрессию?

☐ Вы испытываете крайне сильную тревогу или депрессию?

Раздел D

Следующие вопросы касаются человека, которому вы обеспечиваете неформальный уход.

Укажите ее/его пол: ☐ Женщина ☐ Мужчина

Укажите ее/его возраст: _____ день _____ месяц _____ год

Как бы вы оценили ее/его состояние здоровья на данный момент?

С16.1

Во-первых, я бы хотел(-а) задать Вам вопросы о **Его/Ее ПОДВИЖНОСТИ**. Вы бы сказали, что:

☐ Он/она не испытывает никаких трудностей при ходьбе?

☐ Он/она испытывает небольшие трудности при ходьбе?

☐ Он/она испытывает умеренные трудности при ходьбе?

☐ Он/она испытывает большие трудности при ходьбе?

☐ Он/она не в состоянии ходить?

С16.2

Далее я бы хотел(-а) задать Вам вопросы об **УХОДЕ ЗА СОБОЙ**. Вы бы сказали, что:

☐ Он/она не испытывает никаких трудностей с мытьем или одеванием?

☐ Он/она испытывает небольшие трудности с мытьем или одеванием?

☐ Он/она испытывает умеренные трудности с мытьем или одеванием?

☐ Он/она испытывает большие трудности с мытьем или одеванием?

☐ Он/она не в состоянии сам (-а) мыться или одеваться?

С16.3

Далее я бы хотел(-а) задать Вам вопросы о **ПРИВЫЧНОЙ ПОВСЕДНЕВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**, например: работе, учебе, работе по дому, участии в делах семьи, досуге. Вы бы сказали, что:

☐ Для него/нее повседневная деятельность дается без труда?

☐ Для него/нее повседневная деятельность немного затруднительна?

☐ Для него/нее повседневная деятельность умеренно затруднительна?

☐ Для него/нее повседневная деятельность очень затруднительна?

☐ Он/она не в состоянии заниматься своей повседневной деятельностью?

С16.4

Далее я бы хотел(-а) задать Вам вопросы о **БОЛИ ИЛИ ДИСКОМФОРТЕ**. Вы бы сказали, что:

☐ Он/она не испытывает боль или дискомфорт?

☐ Он/она испытывает небольшую боль или дискомфорт?

☐ Он/она испытывает умеренную боль или дискомфорт?

☐ Он/она испытывает сильную боль или дискомфорт?

☐ Он/она испытывает чрезвычайно сильную боль или дискомфорт?

С16.5

Наконец, я бы хотел(-а) задать Вам вопросы о **ТРЕВОГЕ ИЛИ ДЕПРЕССИИ**. Вы бы сказали, что:

☐ Он/она не испытывает тревогу или депрессию?

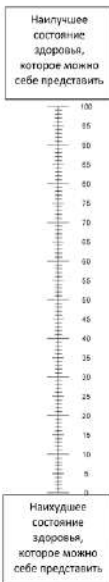
☐ Он/она испытывает небольшую тревогу или депрессию?

☐ Он/она испытывает умеренную тревогу или депрессию?

☐ Он/она испытывает сильную тревогу или депрессию?

☐ Он/она испытывает крайне сильную тревогу или депрессию?

Сейчас я бы хотел(-а) попросить Вас ответить, насколько хорошее или плохое состояние Вашего здоровья **СЕГОДНЯ**.
 Я бы хотел(-а), чтобы Вы представили себе вертикальную линию, пронумерованную от 0 до 100.
 (Примечание для опрашиваемого: если опрос проходит при личной встрече, пожалуйста, покажите респонденту VAS линию.)
 100 вверх линии означает наилучшее состояние здоровья, которое можно себе представить.
 0 внизу линии означает наихудшее состояние здоровья, которое можно себе представить.
 А теперь скажите мне, какое место на линии, по Вашему мнению, соответствует состоянию Вашего здоровья **СЕГОДНЯ**.
 (Примечание для опрашивающего: отметьте на линии то место, которое, по мнению респондента, соответствует его или ее состоянию здоровья сегодня. Теперь, пожалуйста, впишите отмеченное Вами на линии число в приведенную ниже ячейку.)



Какое описание, по вашему мнению, лучше подходит для ее/его проблем со здоровьем?
 Пожалуйста, выберите одно описание.

☐ Временное заболевание, нарушение здоровья с серьезными жалобами с перспективой полного выздоровления	☐ Деменция или нарушение памяти	☐ Заболевание в терминальной стадии
☐ Хронические заболевания или нарушение здоровья	☐ Психические расстройства	☐ Возрастные проблемы

Шкала (индекс) Бартела (уровень активности повседневной жизни)			06
Бытовая активность	Уровень активности пациента	Балл	
Приним пищи	не нуждается в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами	☐ 10	0.6.1
	частично нуждается в помощи, например, при разрезании пищи	☐ 5	
	полностью зависит от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью)	☐ 0	
Личная гигиена(умывание, расчесывание, чистка зубов, бритье)	не нуждается в помощи	☐ 5	0.6.2
	нуждается в помощи	☐ 0	
Одевание	не нуждается в посторонней помощи	☐ 10	0.6.3
	частично нуждается в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц и другое	☐ 5	
	полностью нуждается в посторонней помощи	☐ 0	
Приним ванны	принимает ванну без посторонней помощи	☐ 5	0.6.4
	нуждается в посторонней помощи	☐ 0	
Контроль функций органов таза (мочеиспускание, дефекация)	не нуждается в помощи	☐ 20	0.6.5
	частично нуждается в помощи (при использовании клизмы, свечей, катетера)	☐ 10	
	полностью нуждается в помощи в связи с грубым нарушением тазовых функций	☐ 0	
Посещение туалета	не нуждается в помощи	☐ 10	0.6.6
	частично нуждается в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и одевание ботинок)	☐ 5	
	нуждается в использовании судна, ути	☐ 0	
Вставание с постели	не нуждается в помощи	☐ 15	0.6.7
	нуждается в наблюдении или минимальной поддержке может сесть в постели, но для того, чтобы встать, нужна существенная поддержка	☐ 10	
	не способен встать с постели даже с посторонней помощью	☐ 0	
Передвижение	может без посторонней помощи передвигаться на расстоянии до 500 метров	☐ 15	0.6.8
	может передвигаться с посторонней помощью в пределах 500 метров	☐ 10	
	может передвигаться с помощью инвалидной коляски	☐ 5	
	не способен к передвижению	☐ 0	

Подъем по лестнице	не нуждается в помощи	☐ 10	0.6.9
	нуждается в наблюдении или поддержке	☐ 5	
	не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой	☐ 0	
Кем приходится вам он/она?			
☐ Она/он приходится мне супругом(ой)	☐ Она/ он приходится мне свекровью (тещей) или свекром (застем)	☐ Она/он приходится мне материю или отцом	☐ Она/ он приходится мне дочерью или сыном
☐ Она/он приходится мне другим членом семьи	☐ Она/он приходится мне знакомым(-ой) или соседом(-ой)	☐ Она/он приходится мне другом (подругой)	☐ Прочее (пожалуйста, укажите): _____

Раздел E
 С помощью следующих вопросов мы хотели бы получить представление о неформальном уходе, который вы обеспечиваете.
 Как давно вы обеспечиваете ей/ему неформальный уход?
☐ Менее месяца: _____ недели ☐ Менее года: _____ месяцев ☐ Больше года: _____ лет
 Сколько дней в неделю вы обычно обеспечиваете ей/ему уход?
☐ 1 день ☐ 2 дня ☐ 3 дня ☐ 4 дня ☐ 5 дней ☐ 6 дней ☐ 7 дней
 Мы хотели бы знать, сколько времени вы тратите на оказание подопечному неформального ухода. Пожалуйста, рассмотрите прошедшую неделю!
 Тратили ли вы время в течение последней недели на следующие мероприятия в ее/его доме?

	Минут в день	Часов в неделю	
Приготовление еды и напитков?	☐ нет ☐ да →	или	E1
Уборка дома?	☐ нет ☐ да →	или	E2
Стирка, глажка и шитье?	☐ нет ☐ да →	или	E3
Уход за детьми и игра с ними?	☐ нет ☐ да →	или	E4
Покупки?	☐ нет ☐ да →	или	E5
Работы по обслуживанию, нерегулярные работы, садоводство?	☐ нет ☐ да →	или	E6
Личный уход (одевание/раздевание, стирка, уход за волосами, бритье)?	☐ нет ☐ да →	или	E7
Покор в туалет?	☐ нет ☐ да →	или	E8
Передвижение по дому?	☐ нет ☐ да →	или	E9
Приним пищи и питье?	☐ нет ☐ да →	или	E10
Передвижение вне дома (помощь в ходьбе или инвалидной коляске)?	☐ нет ☐ да →	или	E11
Сопровождение при посещении родственников или друзей?	☐ нет ☐ да →	или	E12
Посещение врача или больницы?	☐ нет ☐ да →	или	E13
Организация помощи, физическая помощь или адаптация на дому?	☐ нет ☐ да →	или	E14
Оказание помощи в финансовых вопросах (оформление документов)?	☐ нет ☐ да →	или	E15

Можно ли ее/его оставить одну (одного)?			E16
☐ Нет, она/он нуждается в постоянном наблюдении	☐ Да, но не более чем на час	☐ Да, ее/его легко можно оставить одну (одного) на несколько часов (или более)	
Делите ли вы с ней/ним домашнее хозяйство?			E17
Нет, я живу в _____ минутх пути от него/нее			
☐ Да			E18
Живет ли она/он самостоятельно?			E19
☐ Да, она/он живет одна (один)			
☐ Нет, она/он делит домашнее хозяйство как минимум с одним другим лицом			
☐ Прочее: _____			E20
Помимо вашего ухода или поддержки она/он также получает уход от лица, осуществляющего профессиональный уход на дому?			E21
☐ Нет ☐ Нет, но она/он находится в листе ожидания профессионального ухода на дому, в количестве _____ часов в неделю			
☐ Да, в количестве _____ часов в течение последней недели			E22
Посещает ли она/он объект дневной медицинской помощи или дом-интернат?			E23
☐ Нет ☐ Нет, но она/он находится в листе ожидания для дневной медицинской помощи в течение _____ часов в течение последней недели			
☐ Да, в течение _____ часов в течение последней недели			E24
Нуждается ли она/он в более профессиональном уходе, чем она/он получает в данный момент?			E25
☐ Нет ☐ Да, и уход был оказан ☐ Да, но уход не был оказан			

Помимо вашего ухода или поддержки, получает ли она/он также уход от другого лица, осуществляющего неформальный уход?
☐ Нет, в единственное лицо, осуществляющее неформальный уход ☐ Да, от _____ [количество] других лиц, осуществляющих неформальный уход _____ часов в течение последней недели

Раздел F
 Обеспечение неформального ухода может быть обременительным. Следующие вопросы касаются бремени, которое вы испытываете от обеспечения ухода ей/ему.

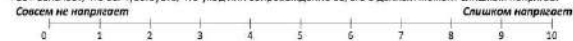
Ниже мы представляем список утверждений других людей, обеспечивающих неформальный уход. Нам интересно, как вы относитесь к этим утверждениям. Пожалуйста, возьмите последнюю неделю в качестве ориентира. Нет правильных или неправильных ответов; мы заинтересованы в вашем представлении.

Нарушения сна	☐ Да ☐ Нет	F1.1
Это вызывает неудобства	☐ Да ☐ Нет	F1.2
Она/он ценит все, что я делаю для нее/него	☐ Да ☐ Нет	F1.3
Это вызывает физическое напряжение	☐ Да ☐ Нет	F1.4
Это ограничивает	☐ Да ☐ Нет	F1.5
Помимо ухода, который я обеспечиваю ей/ему, у меня есть достаточно времени для себя	☐ Да ☐ Нет	F1.6
Произошли изменения в семье	☐ Да ☐ Нет	F1.7
Произошли изменения в личных планах	☐ Да ☐ Нет	F1.8
Возникли другие заботы, требующие моего времени	☐ Да ☐ Нет	F1.9
Произошли эмоциональные изменения	☐ Да ☐ Нет	F1.10

Я прекрасно справляюсь с уходом за ней/ним	☐ Да	☐ Нет	F3.11
Некоторые его/ее поведение раздражает	☐ Да	☐ Нет	F3.12
Огорчает то, что она/он так сильно изменилась	☐ Да	☐ Нет	F3.13
Я рад(а) ухаживать за ней/ним	☐ Да	☐ Нет	F3.14
Были изменения в графике работы	☐ Да	☐ Нет	F3.15
Чувство подавленности	☐ Да	☐ Нет	F3.16
Это вызвало финансовые трудности	☐ Да	☐ Нет	F3.17
Уход за ней/ним важен для меня	☐ Да	☐ Нет	F3.18

(F3) F2

Насколько обремененным вы чувствуете себя, ухаживая или сопровождая ее/его в данный момент? Пожалуйста, поставьте отметку на шкале ниже, которая показывает, насколько обремененным вы чувствуете себя ухаживая или сопровождая ее/его в данный момент. «0» означает, что вы чувствуете, что уход или сопровождение ее/его в данный момент совсем не напрягает; «10» означает, что вы чувствуете, что уход или сопровождение ее/его в данный момент слишком напрягает



(F3) F3

Если ситуация с уходом остается такой же, как сейчас, как долго вы сможете продолжать обеспечивать уход?

- ☐ Менее одной недели
- ☐ Более одного месяца, но менее шести месяцев
- ☐ Более одного года, но менее двух лет
- ☐ Более одной недели, но менее одного месяца
- ☐ Более шести месяцев, но менее одного года
- ☐ Более двух лет

F4

Мы хотели бы составить впечатление о вашей ситуации по уходу.

Пожалуйста, поставьте галочку, чтобы указать, какое описание лучше всего подходит для вашей ситуации по уходу на данный момент. Пожалуйста, выберите одно из утверждений, отметив галочкой: «нет», «есть некоторые» или «есть много».

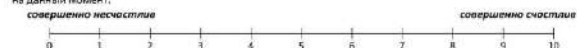
	нет	есть некоторые	есть много		
У меня	☐	☐	☐	удовлетворения от выполнения задач по уходу	F4.1
У меня	☐	☐	☐	проблем(ы) в отношениях с подопечным (например, он/она очень требователен(а) или ведет себя иначе; у нас есть проблемы общения).	F4.2
У меня	☐	☐	☐	проблем(ы) с моим собственным психическим здоровьем (например, стресс, страх, раздражительность, депрессия, беспокойство о будущем).	F4.3
У меня	☐	☐	☐	проблем(ы) с совмещением моих задач по уходу с моей собственной повседневной деятельностью (например, домашняя деятельность, работа, учеба, семья, досуг).	F4.4
У меня	☐	☐	☐	финансовых проблем(ы) из-за моих задач по уходу.	F4.5
У меня	☐	☐	☐	поддержки при выполнении задач по уходу, когда это мне необходимо (например, от семьи, друзей, соседей, знакомых).	F4.6
У меня	☐	☐	☐	проблем(ы) с моим собственным физическим здоровьем (например, чаще болеть, чувство усталости, физический стресс).	F4.7

9

F5

Насколько счастливым вы себя чувствуете на данный момент?

Пожалуйста, поставьте отметку на шкале ниже, которая показывает, насколько счастливым вы себя чувствуете на данный момент.



F6

Как бы вы оценили свою текущую ситуацию по уходу?

Пожалуйста, поставьте отметку на шкале ниже, которая лучше всего описывает вашу ситуацию по уходу. «0» означает, что ситуация по уходу за любимым человеком, с помощью или без помощи других, является наилучшей, которую можно представить (например, если вы испытываете много проблем и не находите удовлетворения или поддержки по уходу). «10» означает, что это наилучшая ситуация, которую можно представить (например, отсутствие проблем и большая поддержка и удовлетворение).



F7*

Предположим, человек, которому вы и он/она отдаёте предпочтение, бесплатно возьмёт на себя все ваши задачи по уходу. Этот человек будет обеспечивать весь необходимый уход за ее/его собственном доме.

Пожалуйста, поставьте отметку на шкале ниже, чтобы указать, насколько вы будете счастливы, если все ваши задачи по уходу были бы взяты на себя этим человеком.



У нее/него были бы проблемы с другим человеком, который взял на себя мои задачи по уходу.

Совершенно согласен

Частично согласен

Совершенно не согласен

У меня были бы проблемы с другим человеком, который взял на себя мои задачи по уходу за ней/ним.

Совершенно согласен

Частично согласен

Совершенно не согласен

10

Инструмент исследования - Опросник iVICQ (на государственном языке)

Бейресми нүтім бойынша iMTA сауалнамасы (iVICQ)

A бөлімі

Сіз физикалық немесе психикалық денсаулығына немесе қартаюған байланысты көмекке мұқтаж отбасы мүшесіне, досына немесе басқа танысыңызға ерікті түрде қамқорлық немесе қолдау көрсетесіз бе? ☐ Жоқ ☐ Иә

Сіз бұл күнінде немесе қолдауды ең алғаш астам уақыт бойы көрсетіп жатырсыз ба? ☐ Жоқ ☐ Иә

B бөлімі

Жайлы танысу
Бұл сауалнама адамның физикалық немесе психикалық денсаулығына немесе қартаюған байланысты көмекке мұқтаж отбасы мүшесіне, досына немесе басқа танысына ерікті түрде беретін қамқорлыққа немесе қолдауға қатысты. Мұндай қамқорлық немесе қолдау бейресми нүтім деп аталады. Бейресми нүтім эмоционалдық қолдау және қадағалау, сүйемелдеуге көмек көрсету, үй шаруашылығында қызмет көрсету, жеке нүтім, мейірабиелік нүтім немесе ақпараттық қызмет сияқты әртүрлі әрекеттерден тұруы мүмкін. Сауалнамада сіз бейресми көмек көрсететін адам «ол(ер)/ол(әйел)» немесе «олан(ер)/олан(әйел)» деп аталады.

C бөлімі

Бұл сауалнама сізге қатысты кейбір сұрақтардан басталады.

Түргылысты жеріңізді көрсетіңіз: ☐ Алматы ☐ Семей ☐ Астана ☐ Ақтобе

Сіз ауылда/қалада тұрасыз ба? ☐ Ауыл ☐ Қала

Жаныңызды? ☐ Әйел ☐ Ер

Сіздің жасыңыз нешеде? (жж; ай; жж) күні айы жылы

Ұлттыңызды (этникалық тигістілігіңізді) көрсетіңіз: ☐ Қазақ ☐ Орыс ☐ Басқа

Сіздің білім деңгейіңіз қандай? ☐ Бастауыш білім ☐ Herici opira Білім ☐ Жалпы орта білім ☐ Орта кәсіптік (арнайым) кәсіптік білім ☐ Техникалық және кәсіптік білім

Аяқталмаған жоғары білім Жоғары білім Жоғары оқу орнынан кейінгі білім

Тұрғынорынсыз ба? ☐ Жоқ ☐ Иә

Сіздің балаларыңыз бар ма? ☐ Жоқ ☐ Иә: [сан] 18 жасқа толмаған балалар [сан] 18 жасқа асқан балалар

Сіздің балаларыңыз өзінше бірге сіздің үйіңізде тұрды ма? ☐ Жоқ ☐ Иә: менің үйімде тұратын балалар [сан]

Ақыл жұмысыңыз бар ма? ☐ Жоқ ☐ Иә, Мен толық уақытты жұмыс істеймін (аппасына 36 сағат немесе одан да көп келісімізбен) ☐ Иә, Мен толық емес уақытты жұмыс жасаймын: [сағат] сағат

Сіздің аяғы тікелей білімді жұмысыңыз бар ма? ☐ Жоқ ☐ Иә, [сағат] сағат айына

Қамқорлық, алушы оған көрсеткен қамқорлығы үшін сізге қаржылай өтемақы төлей ме? ☐ Жоқ ☐ Иә, [сағат] сағат айына

Сізге нүтім көрсету туралы шешім қабылдауда таңдау болды ма? ☐ Жоқ ☐ Иә

Сіздің және (егер бар болса) жандасыңыздың бірге тұратын отбасы мүшелері бірге алғашқы табыс деңгейі қандай? ☐ табыс жоқ ☐ 10 000 теңгеден аз ☐ 10 001 теңгеден 50 000 теңгеге дейін

Отбасыңыздың таза айлық кірісін көрсетіңіз. ☐ 50 001 теңгеден 100 000 теңгеге дейін ☐ 100 001 теңгеден 150 000 теңгеге дейін ☐ 150 001 теңгеден 200 000 теңгеге дейін ☐ 200 001 теңгеден 250 000 теңгеге дейін ☐ 250 001 теңгеден 300 000 теңгеге дейін ☐ 300 001 теңгеден 500 000 теңгеге дейін ☐ 500 001 - ден 1 млн. теңгеге дейін ☐ 1 млн. теңгеден жоғары

Қазіргі уақытта өз денсаулығыңызға қандай баға берер едіңіз?

Алдымен сізден ҚОЗҒАЛҒЫШТЫҚ жайлы сұрақ қойып келеді. Былай айтар ма едіңіз: ☐ Сіз жүргенде еш қиындық сезбейсіз ☐ Жүргенде шамалы қиналасыз ☐ Сіз жүргенде біршама қиналасыз ☐ Сіз жүргенде қатты қиналасыз ☐ Сіз жүре алмайсыз

Енді, сізден ӨЗІН-ӨЗІ куту жайлы сұрақ қойып келеді. Былай айтар ма едіңіз: ☐ Сіз жүргенде немесе кінтегенде қиналмайсыз ☐ Сіз жүргенде немесе кінтегенде шамалы қиналасыз ☐ Сіз жүргенде немесе кінтегенде біршама қиналасыз ☐ Сіз жүргенде немесе кінтегенде қатты қиналасыз ☐ Сіз өзінше жұмыс немесе кінте алмайсыз

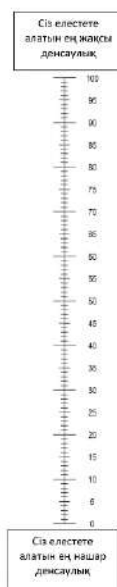
Енді, сізден ӘДІСТЕП ӘРЕКЕТТЕР жайлы сұрақ қойып келеді (мысалы, жұмыс, оқу, үй шаруашылығы, отбасы немесе ойын-сауықтар). Былай айтар ма едіңіз: ☐ Сіз әдеттегі әрекеттерді орындауда еш қиналмайсыз ☐ Сіз әдеттегі әрекеттерді орындауда шамалы қиналасыз ☐ Сіз әдеттегі әрекеттерді орындауда біршама қиналасыз ☐ Сіз әдеттегі әрекеттерді орындауда қатты қиналасыз ☐ Сіз әдеттегі әрекеттерді орындай алмайсыз

Енді, сізден АУЫРСЫНУ НЕМЕСЕ МАЗАСЫЗДАНУ жайлы сұрақ қойып келеді. Былай айтар ма едіңіз: ☐ Сіз ешбір ауырсыну немесе мазасыздану сезбейсіз ☐ Сіз шамалы ауырсыну немесе мазасыздану сезесіз ☐ Сіз біршама ауырсыну немесе мазасыздану сезесіз ☐ Сіз қатты ауырсыну немесе мазасыздану сезесіз ☐ Сіз өте қатты ауырсыну немесе мазасыздану сезесіз

Сонында, сізден АЛАНДАУШЫЛЫҚ НЕМЕСЕ ЖАБЫҒУ жайлы сұрақ қойып келеді. Былай айтар ма едіңіз: ☐ Сізде аландаушылық немесе жабығу жоқ ☐ Сізде шамалы аландаушылық немесе жабығу бар ☐ Сізде біршама аландаушылық немесе жабығу бар ☐ Сізде қатты аландаушылық немесе жабығу бар ☐ Сізде өте қатты аландаушылық немесе жабығу бар

Қазір мен БҮТІН сіздің денсаулығыңыздың қаншалықты жақсы немесе нашар екенін білім келеді... 0-ден 100-ге дейін көмірленген тік сызықты көз алдыңызға елестетіп көріңіз. (Сұбат алушыға ескерту: белпе-бет сұбат алған жағдайда, сұбаткерге көріне аналогиялық шкала сызығын көрсетіңіз.)

Сызықтың жоғарғы жағындағы 100 сіз елестете алатын ең жақсы денсаулық деңгейін білдіреді. Сызықтың төменгі жағындағы 0 сіз елестете алатын ең нашар денсаулық деңгейін білдіреді. Енді сізден БҮТІНГІ денсаулығыңызды сипаттайтын санды осы сызықта белгілеуіңізді сұраймын. (Сұбат алушы назарына: жауап берушінің бүгінгі денсаулығын білдіретін сызықтағы нүктені белгілеңіз. Енді төмендегі ұшылық белгіленген сызықтағы санды жазуыңызды өтінеміз.)



D бөлімі

Келесі сұрақтар сіз бейресми нүтім көрсететін адамға қатысты.

Оның жанызы қандай? ☐ Әйел ☐ Ер

Оның жасы нешеде? күні айы жылы

Қазіргі уақытта оның денсаулығына сіз қандай баға берер едіңіз?

Алдымен сізден оның ҚОЗҒАЛҒЫШТЫҚ жайлы сұрақ қойып келеді. Былай айтар ма едіңіз: ☐ Ол жүргенде еш қиындық сезбейсіз ☐ Ол жүргенде шамалы қиналасыз ☐ Ол жүргенде біршама қиналасыз ☐ Ол жүргенде қатты қиналасыз ☐ Ол жүре алмайсыз

Енді, сізден ӨЗІН-ӨЗІ куту жайлы сұрақ қойып келеді. Былай айтар ма едіңіз: ☐ Ол жүргенде немесе кінтегенде қиналмайды ☐ Ол жүргенде немесе кінтегенде шамалы қиналады ☐ Ол жүргенде немесе кінтегенде біршама қиналады ☐ Ол жүргенде немесе кінтегенде қатты қиналады ☐ Ол өзінше жұмыс немесе кінте алмайды

Енді, сізден ӘДІСТЕП ӘРЕКЕТТЕР жайлы сұрақ қойып келеді (мысалы, жұмыс, оқу, үй шаруашылығы, отбасы немесе ойын-сауықтар). Былай айтар ма едіңіз: ☐ Ол әдеттегі әрекеттерді орындауда еш қиналмайды ☐ Ол әдеттегі әрекеттерді орындауда шамалы қиналады ☐ Ол әдеттегі әрекеттерді орындауда біршама қиналады ☐ Ол әдеттегі әрекеттерді орындауда қатты қиналады ☐ Ол әдеттегі әрекеттерді орындай алмайды

Енді, сізден оның АУЫРСЫНУ НЕМЕСЕ МАЗАСЫЗДАНУ жайлы сұрақ қойып келеді. Былай айтар ма едіңіз: ☐ Ол ешбір ауырсыну немесе мазасыздану сезбейді ☐ Ол шамалы ауырсыну немесе мазасыздану сезеді ☐ Ол біршама ауырсыну немесе мазасыздану сезеді ☐ Ол қатты ауырсыну немесе мазасыздану сезеді ☐ Ол өте қатты ауырсыну немесе мазасыздану сезеді

Сонында, сізден оның АЛАНДАУШЫЛЫҚ НЕМЕСЕ ЖАБЫҒУ сөзі жайлы сұрақ қойып келеді. Былай айтар ма едіңіз: ☐ Онда аландаушылық немесе жабығу жоқ ☐ Онда шамалы аландаушылық немесе жабығу бар ☐ Онда біршама аландаушылық немесе жабығу бар ☐ Онда қатты аландаушылық немесе жабығу бар ☐ Онда өте қатты аландаушылық немесе жабығу бар

Қазір мен БҮТІН сіздің денсаулығыңыздың қаншалықты нашар немесе нашар екенін білгім келеді.
О мен 100-ге дейін нөмірленген тіл сымалы көз алдыңызға елестетіп көріңіз.
(Сұбат алушыға ескерте: бетте-бет сұбат алатын жағдайда, сұбаткерге көрсетіп аналогтық шкала сымалы көрсетіңіз.)
Сымалың жоғары жағындағы 100 сіз елестете алатын мықты денсаулық дегенді білдіреді.
Сымалың төменгі жағындағы 0 сіз елестете алатын ең нашар денсаулық дегенді білдіреді.
Енді сізден БҮТІН денсаулығыңызды сипаттайтын санды осы сымалы белгілеуіңізді сұраймын.
(Сұбат алушы назарына: жауап берушінің бүгінгі денсаулығын білдіретін сымалы нүктені белгілеңіз.
Енді төмендегі ұшыққа белгіленген сымалы шкала санды жазуыңызды өткізіңіз.)

Сіз елестете алатын ең жақсы денсаулық



Сіз елестете алатын ең нашар денсаулық

E

Ол сіз үшін кім болады?
☐ Ол менің жолдасым ☐ Ол менің қайын енем немесе қайын атам ☐ Ол өзге жанұя мүшесі ☐ Ол менің танысыма немесе көршім ☐ Ол менің анам немесе әкем ☐ Ол менің қызым немесе ұлыма ☐ Ол менің досым ☐ Басқа (нақтылаңыз):

D7

Төмендегі сұрақтар арқылы біз сіз ұсынатын бейресми көмек туралы әсер алымыз келеді.

E бөлімі

Сіз оған қанша уақыттан бері бейресми көмек көрсетіп келесіз?
☐ 1 айдан аз ☐ 1 апта ☐ 1 жылдан аз ☐ 1 жылдан астам ☐ 1 жылдан астам ☐ жыл

E1

Сіз оған аптасына қанша күн қамқорлық жасайсыз?
☐ 1 күн ☐ 2 күн ☐ 3 күн ☐ 4 күн ☐ 5 күн ☐ 6 күн ☐ 7 күн

E2

Қамқорлық алушыға бейресми көмек көрсетуге қанша уақыт жұмсайтыныңызды білгіміз келеді. Өткен аптаны ескеріңіз!

Сіз оның үйінде өткен аптада төмендегі әрекеттерге уақыт бөлдіңіз бе?

	Минут күнне	Сағат аптасын а	
Ас немесе сусын дайындау?	☐ жоқ ☐ иә →		неме се
Үйді тазалау?	☐ жоқ ☐ иә →		неме се
Кір жуу, үйітеу және тігу?	☐ жоқ ☐ иә →		неме се
Балалармен ойнау және оларға күтім жасау?	☐ жоқ ☐ иә →		неме се
Сәудә жасау?	☐ жоқ ☐ иә →		неме се
Техникалық қызмет көрсету, көздейсоқ жұмыстар, бау бақша өсіру?	☐ жоқ ☐ иә →		неме се
Жеке күтім (кину/шешу, жуыну, тарау, қарыну)?	☐ жоқ ☐ иә →		неме се
Дәретханаға апару?	☐ жоқ ☐ иә →		неме се
Үй айналасында қозғалу?	☐ жоқ ☐ иә →		неме се
Тамақ ішу және сусын ішу?	☐ жоқ ☐ иә →		неме се
Үйден тыс жерлермен қозғалу (жалу жүру немесе мүгедектер арбасымен жүруге көмек көрсету)?	☐ жоқ ☐ иә →		неме се
Қыдыру және отбасына немесе достарына апару?	☐ жоқ ☐ иә →		неме се
Дәрігерге немесе өкілдерге апару?	☐ жоқ ☐ иә →		неме се
Көмек, физикалық көмек немесе үйге бейімделу жұмыстарын ұйымдастыру?	☐ жоқ ☐ иә →		неме се
Қаржылық мәселелер бойынша көмек көрсету (құжаттарды ісімдеу)?	☐ жоқ ☐ иә →		неме се

F

Сіздің ойыңызша, оның денсаулық мәселесіне қай сипаттама сәйкес келеді?

D9

Бір сипаттама ғана таңдаңыз.

☐ Уақытша ауру, толық сауығу ☐ Демекция немесе естесу мәселелері ☐ Қарттыға байланысты қиындықтар
☐ Сәзілмалы ауру немесе мүгедектік ☐ Психикалық қиындықтар ☐ Жазылмас дерт

Күнделікті өмір сүру белсенділігінің деңгейі – Бартел шкаласы (индексі)

Тұрмыстық белсенділік	Науқастың белсенділік деңгейі	Балл
Тамақтану	Көмекке мұқтаж емес, барлық қажетті ас құралдарын өз бетінше қолдана алады	10 0.1.1
	Ішкі қара көмек қажет, мысалы, тамақты несу кезінде	5
	Толықмен басқаларға тәуелді (тамақтандыру үшін көмек қажет)	0
Және бас гигиенасы	Көмекке мұқтаж емес (бет жуу, тарау, тіс тазалау, қырыну)	5 0.1.2
	Көмек қажет	0
Киіну	Көмекке мұқтаж емес	10 0.1.3
	Ішкі қара көмек қажет, мысалы, аяқ киім кию, түймелерді салу және басқа	5
	Толық басқа адамның көмегіне мұқтаж	0
Шомылғыға түсу (ванна қабылдау)	Көмекке мұқтаж емес	5 0.1.4
	Көмек қажет	0
Жамбас мүшелері	Көмекке мұқтаж емес	20 0.1.5
Қызметтерін бақылау	Ішкі қара көмек қажет (илизма, суппозиторий, катетер қолданған кезде)	10
Шығару, дефекация	Жамбас функциясының бұзылуына байланысты үнемі көмекке мұқтаж	0
	Көмекке мұқтаж емес	10 0.1.6
Дәретханаға бару	Ішкі қара көмек қажет (теле-теңдікті сақтау, дәретхана қағазын пайдалану, шалбарды шешу, кию)	5
	Түбесті, дәрет қабылдағышты пайдалану қажет	0
Төсектен тұру	Көмекке мұқтаж емес	15 0.1.7
	Бақылау немесе минималды көмек қажет	10
	Ол төсекте отыра алады, бірақ тұру үшін елеулі көмек қажет	5
	Көмекпен де төсектен тұра алмайды	0
Жүріп-тұру	500 метрге дейінгі қашықтыққа көмексіз қозғала алады	15 0.1.8
	500 метр дейінгі қашықтыққа көмекпен қозғала алады	10
	Мүгедектер арбасының көмегімен қозғала алады	5
	Қолғапқа қабілетсіз	0
Баспалдаққа көтерілу	Көмекке мұқтаж емес	10 0.1.9
	Бақылау немесе көмек қажет	5
	Көмекпен де баспалдаққа көтеріле алмайды	0

E

Оны жалғыз қалдыруға бола ма?

E4

☐ Жоқ, ол үздіксіз ☐ Иә, бірақ бір сағаттан артық емес уақытқа ғана ☐ Иә, оны бірнеше сағатқа (немесе одан да көп) уақытқа оңай жалғыз қалдыруға болады

Сіз онымен үй шаруашылығын бөліссіз бе? ☐ Иә ☐ Жоқ, мен одан _____ минуттық қашықтықта тұрамын

E5

Ол өз бетінше өмір сүре ме?

E6

☐ Жоқ, ол интернат-үйінде тұрады ☐ Жоқ, ол басқа денсаулық сақтау мекемесінде тұрады ☐ Иә, ол жалғыз тұрады ☐ Иә, ол үй-жайын жем дегенде бір басқа адаммен бөліседі ☐ Басқа:

Сіздің қамқорлығыңыз бен қолдауыңыздан басқа, ол үйде қасиби күтушіден де көмек ала ма?

E7

☐ Жоқ ☐ Жоқ, бірақ ол аптасына _____ сағат үйде қасиби күтім алу кезегінде тұр ☐ Иә, өткен аптада _____ сағат

Ол күндізгі емдеу мекемесіне немесе интернат-үйіне барады ма?

E8

☐ Жоқ ☐ Жоқ, бірақ ол аптасына _____ сағат үйде күндізгі күтім алу кезегінде тұр ☐ Иә, өткен аптада _____ сағат

Ол қазіргі уақытта алып жатқан күтімнен гөрі көбірек қасиби күтім алуды қажет етеді ме?

E9

☐ Жоқ ☐ Иә, және бұл көмек қолданылды ☐ Иә, және бұл көмек қолданылмады

Сіздің қамқорлығыңыз бен қолдауыңыздан басқа, ол басқа бейресми күтушіден де көмек ала ма?

E10

☐ Жоқ, мен жалғыз бейресми күтушімін ☐ Иә (сана) басқа бейресми күтушіден, сонымен бірге апта ішінде барлығы _____ сағат

Бейресми көмек көрсетудің ауыртпалығы/қиыншылығы болуы мүмкін. Келесі сұрақтар оған көмек беруден тұсқан ауыртпалық/қиыншылыққа қатысты.

F бөлімі

Төменде біз бейресми көмек көрсететін басқа адамдардың мәлімдемелерінің тізімін ұсынамыз. Бұл мәлімдемелерге қалай қарайтыныңызды бізді қызықтырады. Сілтеме ретінде өткен аптаны алыңыз. Дұрыс немесе қате жауаптар жоқ. Біз сіздің көзқарасыңызға қызығушылық танытамыз.

Ұйқы бұзылады	☐ Иә ☐ Жоқ	F1.1
Ыңғайсыздық	☐ Иә ☐ Жоқ	F1.2
Ол менің оған істеп жатқан барлық нәрсені бағалайды	☐ Иә ☐ Жоқ	F1.3
Бұл физикалық жүктеме	☐ Иә ☐ Жоқ	F1.4
Бұл шектейді	☐ Иә ☐ Жоқ	F1.5
Менің оған қамқорлық жасаудан басқа, өзіме де жеткілікті уақытым бар	☐ Иә ☐ Жоқ	F1.6
Отбасылық өзгерістер болды	☐ Иә ☐ Жоқ	F1.7
Жеке жоспарларыма өзгерістер орын алды	☐ Иә ☐ Жоқ	F1.8
Менің уақытыма талап ететін басқа да к-әрекеттер пайда болды	☐ Иә ☐ Жоқ	F1.9
Эмоционалдық өзгерістер болды	☐ Иә ☐ Жоқ	F1.10
Мен оған күтім жасауды жақсы атқара аламын	☐ Иә ☐ Жоқ	F1.11

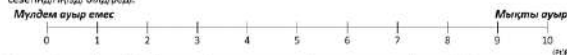
F

Кейбір мінез-құлықтың көңілдімізді түсіреді	☐ Иә	☐ Жоқ	F3.32
Оның бұрынғы болмысымен қаты өзгергенін көру қиынылтады	☐ Иә	☐ Жоқ	F3.33
Оған қамқор болғанымз өте құрметтіміз	☐ Иә	☐ Жоқ	F3.34
Жұмысқа қатысты өзгерістер болды	☐ Иә	☐ Жоқ	F3.35
Толықтай түңкірау сезімі	☐ Иә	☐ Жоқ	F3.36
Бұл қарқынды қиындық	☐ Иә	☐ Жоқ	F3.37
Оған күтім жасау мен үшін өте маңызды	☐ Иә	☐ Жоқ	F3.38

Қазіргі уақытта оған қамқорлық жасау немесе оны сүйемелдеу қаншалықты ауыр деп ойлайсыз?

Төмендегі шкалага қазір оған күтім жасау немесе онымен жүру қаншалықты ауыр екенін көрсететін белгіні қойыңыз.

«0» қазір оған қамқорлық жасау немесе онымен бірге жүру мүлдем ауыртылмайтын екенін білдіреді; «10» қазір оған қамқорлық жасау немесе онымен бірге жүру тым ауыр екенін білдіреді.



Егер күтім жағдайы қазірдей қалса, сіз қанша уақытқа дейін қамқорлық жасай аласыз едіңіз?

☐ 1 аптадан аз уақытқа	☐ 6 айдан аз, бірақ 1 айдан көбірек уақытқа	☐ 2 жылдан аз, бірақ 1 жылдан көбірек уақытқа
☐ 1 айдан аз, бірақ 1 аптадан көбірек уақытқа	☐ 1 жылдан аз, бірақ 6 айдан көбірек уақытқа	☐ 2 жылдан көбірек уақытқа

Біз сіздің қамқорлық жағдайыңыз туралы әсер қалыптастырғымыз келеді.

Қай сипаттама қазіргі уақытта күтім көрсету жағдайыңызға сәйкес келетінін көрсету үшін күшбеліні қойыңыз. Әр сипаттама үшін тек бір ұяшықты белгілеңіз: «жоқ», «кейбіре» немесе «көп».

	жоқ	кейбіре	көп	
Мен	☐	☐	☐	күтім тапсырмаларын орындаудамын
Менің	☐	☐	☐	күтім алуыммен қарым-қатынасымда қиындықтар бар (мысалы, ол өте талапшыл немесе азын басқаша ұстайды; бізде байланыс проблемалары бар)
Менің	☐	☐	☐	психикалық денсаулығыммен проблемаларым бар (мысалы, стресс, қорқыныш, көңілсіздік, депрессия, болашақ туралы алаңдаушылық)
Менің	☐	☐	☐	күтім тапсырмаларым күнделікті әрекеттеріммен (мысалы, үй шаруашылығы, жұмыс, оқу, отбасы, бас уақытты өткізу) үйлестіруде қиындықтар бар
Менің	☐	☐	☐	қамқорлық нұмыстарыма байланысты қаржылық қиындықтарым бар
Менің	☐	☐	☐	қажет болған кезде (мысалы, отбасынан, достарымнан, көршілерімнен, таныстарымнан) қамқорлық тапсырмаларым орындауда қолдау бар
Менің	☐	☐	☐	физикалық денсаулығыммен проблемаларым бар (мысалы, жиі ауыру, шаршау, физикалық стресс)

Қазіргі сәтте өзіңіздің қаншалықты бақытты сезінесіз?

Төмендегі шкалага қазіргі уақытта қаншалықты бақытты екеніңізді білдіретін белгіні қойыңыз.



Сіз өзіңіздің қазіргі күтім жағдайыңызды қалай бағалайсыз?

Төмендегі шкалага қамқорлық жағдайыңызды жақсы сипаттайтын белгіні қойыңыз.

«0» жақын адамыңызға басқалардың көмегісіз немесе олардың көмегімен қамқорлық көрсету жағдайын ең нашар елестететіндігіңізді білдіреді (мысалы, егер сіз көптеген қиындықтарға тап болсаңыз және қамқорлықта қанағаттандыру немесе қолдау таппаған болсаңыз); «10» бұл елестетуге болатын ең жақсы жағдай екенін білдіреді (мысалы, проблемалар жоқ және көп қолдау мен орындау).

Көзге елестетерлік ең нашар күтім көрсету жағдайы

Көзге елестетерлік ең жақсы күтім көрсету жағдайы



Сіздің және оның таңдауы бойынша бір адам сіздің барлық қамқорлық тапсырмаларыңызды тегін жасауды қолға алады делік. Бұл адам оның (ер / оның / әйел) үйінде барлық қажетті күтімді қамтамасыз етегіні болады. Төмендегі шкалага белгі қойыңыз, егер сіздің барлық қамқорлық тапсырмаларыңызды осы адам өз қолына алған болса, өзіңіздің қаншалықты бақытты сезінетіндігіңізді көрсетіңіз.

Көзге елестетерлік ең нашар күтім көрсету жағдайы

Көзге елестетерлік ең жақсы күтім көрсету жағдайы



Егер менің күтім міндеттерім басқа адамға жүктелсе, онда күтім қабылдаушыда ол адаммен мәселе туындауы мүмкін

Толықтай келісемін	☐	☐	☐	Келісемін не келіспеймін	☐	☐	☐	Толықтай келіспеймін
--------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	--------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	----------------------

Егер менің күтім міндеттерім басқа адамға жүктелсе, онда менде ол адаммен мәселе туындауы мүмкін

Толықтай келісемін	☐	☐	☐	Келісемін не келіспеймін	☐	☐	☐	Толықтай келіспеймін
--------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	--------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	----------------------

ПРИЛОЖЕНИЕ Б – Руководство для полуструктурированного интервью со специалистами ПМСП, социальных служб (А) и лицами, осуществляющими уход (Б) за пожилыми в Республике Казахстан с целью выявления их нужд и потребностей, связанных с предоставлением ухода за пожилыми людьми, а также оценки текущего уровня поддержки (на русском языке)

А

Структура интервью	
Вступившие	• Представление исследователя. • Спасибо за участие. • Есть ли у вас какое-либо вопросы относительно текущего или информированного согласия?
Цель исследования	• Цель этого интервью — получить информацию о ваших мнениях, суждениях и взглядах на существующую модель медико-социальной поддержки лиц, осуществляющих уход за пожилыми на дому, а также выявить ваши нужды и потребности для того чтобы помочь как можно больше. • Поэтому я хотел бы попросить вас как можно более открыто поделиться своим опытом и мнением.
Конфиденциальность	• Информированное согласие. • Это интервью будет анонимным, как было разъяснено в информированном согласии. Это означает, что личная информация не будет упоминаться в отчете, публикациях и докладах. Кроме того, информация не будет передана другим лицам, не участвующим в этом исследовательском процессе. • Информация, которую вы нам предоставляете, будет использоваться только в целях данного исследования. • Как указано в информированном письме и информированном согласии, я хотел бы записать наш разговор на аудиозапись. Поэтому, согласно регламенту, я хотел бы еще раз попросить у вас разрешения на аудиозапись нашего разговора. • Вы можете прямо прекратить интервью и отказаться от участия в исследовании в любое время. • Интервью займет около +/- 40 минут
Вопросы интервью	
Опыт лица, осуществляющего уход	• Сколько вам лет? • Мужчина/Женщина • Во-первых, я хотел бы попросить вас рассказать о вашей истории. О том, когда вы впервые начали осуществлять уход и как он изменился за это время. • Расскажите о своем опыте оказания ухода вашему пожилому члену семьи (помощь с контролем заболеваний, физический и психологический уход). • Опишите виды помощи, которые вы оказываете пожилому члену семьи. • Как вы в последние годы заботились о том, чтобы потребности пожилого человека были удовлетворены?
Уход в будущем	• На основании текущих потребностей в уходе, что вас беспокоит в отношении ухода за пожилым в будущем? • Каким у вас есть планы по уходу за ним / ней по мере увеличения возраста?
Запросы благословения	• По мере переосмысления возраста столкнулись ли вы с тем фактом, что пациент меняется как личность, и это влияет на отношения, как эмоционально, так и физически? Стал ли уход более тяжелым? • Каким образом уход за пожилым членом семьи повлиял на вашу собственную жизнь? • Берут ли за себя ближайшие родственники ответственность за повседневную жизнь пожилого? Кто из них реально помогает вам в тяжелые дни? • Я хотел бы спросить у вас о ваших запросах (физическом, психическом). • Как вы находите время для себя?

Нужды и потребности	• Остаются ли потребности ухода теми же и почему? • Какие нужды и потребности возникли у вас в связи с оказанием ухода? • Какими, по вашему мнению, текущие потребности в уходе, являются наиболее важными? • Опишите виды поддержки, которые вы получили или хотели бы получить в которых помогут вам позаботиться о себе? • Опишите типы поддержки, которую вы получили и хотели бы получить которые помогут вам в уходе за пожилым членом вашей семьи? • Как вы считаете, нужно ли помогать лицам, осуществляющим уход за пожилыми на дому? • Как вы думаете, какую помощь должны получать лица, осуществляющие уход? • Как вы думаете, какие меры необходимо предпринять для улучшения качества и доступности такого вида помощи?
Наличие и доступность услуг ПМСП	• Проводится ли консультация родственником пациентом по вопросам ухода и организации жизни пожилых пациентов? • Какие организации ПМСП уделяет должное внимание психологического здоровья лиц, осуществляющих уход за пожилыми на дому? • Можете ли вы позволить чтобы задать вопрос и получить консультацию? • Проводится ли профилактический осмотр на дому? • Связались ли специалисты ПМСП с пациентом между посещениями для мониторинга их состояния?

Б

Структура интервью	
Вступившие	• Представление исследователя. • Спасибо за участие. • Есть ли у вас какое-либо вопросы относительно текущего или информированного согласия?
Цель исследования	• Цель интервью — получить информацию о ваших мнениях, суждениях, взглядах и существующей модели медико-социальной помощи лицам, осуществляющим информативный уход за пожилыми на дому. • С помощью этого исследования мы хотим определить существующую модель медико-социальной помощи для лиц, осуществляющих уход за пожилыми, чтобы помочь им как можно больше. • Поэтому я хотел бы попросить вас как можно более открыто поделиться своим опытом и точкой зрения.
Конфиденциальность	• Информированное согласие. • Это интервью будет анонимным, как было разъяснено в информированном письме. Это означает, что личная информация не будет упоминаться в отчете. Кроме того, информация не будет передана другим лицам, не участвующим в этом исследовательском процессе. • Информация, которую вы нам предоставляете, будет использоваться только в целях данного исследования. • Как указано в информированном письме и информированном согласии, я хотел бы записать наш разговор на аудиозапись. Поэтому, согласно регламенту, я хотел бы еще раз попросить у вас разрешения на аудиозапись нашего разговора. • Вы можете прямо прекратить интервью и отказаться от участия в исследовании в любое время. • Интервью займет около +/- 40 минут
Вопросы интервью	
Опыт специалиста	• Скажите ваш возраст • Скажите ваш пол • Скажите как давно вы работаете на данной должности • Во-первых, я хотел бы спросить у вас, расскажите о вашей работе. Какие функции входят в ваши служебные обязанности? • Вы работаете в команде? • Если да, то опишите пожалуйста структуру работы вашей команды? • Расскажите пожалуйста каким образом организуются взаимодействие или помощь за пожилыми в вашей организации? • Как организованно взаимодействие за лицами, осуществляющими уход за пожилыми на дому?
Мнение законодательной и медико-социальной поддержки лиц, осуществляющих уход за пожилыми	• Как вы считаете, наделены ли законодательством обязанности родственников оказывать помощь? • Как вы считаете, наделены ли законодательством обязанности государства оказывать помощь лицам, осуществляющим уход за пожилыми на дому? • Какими видами медико-социальной помощи оказываются лицам, осуществляющим информативный уход за пожилыми? • Как вы думаете, какую помощь должны получать лица, осуществляющие информативный уход? • Как вы думаете, какие меры необходимо принять для улучшения качества и доступности такого вида помощи? Как вы считаете, нужно ли помогать лицам, осуществляющим уход за пожилыми на дому?
Информация	• Проводится ли консультация родственником пациентом по вопросам ухода и организации жизни пациентов, утративших способность к самообслуживанию? • Каким образом организация уделяет должное внимание психического здоровья лиц, осуществляющих уход за пожилыми на дому? • Каким образом проводится идентификация лиц, осуществляющих информативный уход за пожилыми на базе ПМСП и социальных служб (адреса, карта болезни)?

A

Б

144[illegible]

Акты внедрения в ГП города Актобе

СОГЛАСОВАНО
Руководитель Актобынской
Областной администрации
Тимина Н.К.

21.05.2024г.

АКТ № 74

вводения научно-исследовательской работы
ГКП "Городская поликлиника №2" на ПХВ I У "Управление здравоохранения Актобынской области"

Наименование предложения: Внедрение инструмента оценки качества жизни SaseQoL-7D в поликлинический осмотр для лиц, осуществляющих уход за пожилыми старше 65 лет с функциональными нарушениями в активности повседневной жизни (ADL).

Работа включает результаты научно-исследовательского проекта "Комплексная оценка лиц, осуществляющих уход за пожилыми на дому", утвержденного Докладной комиссией по биомедицине БКМУ имени Марата Оспанова № 7 от 28.09.2022 и результаты исследовательской работы "Вместе жизни и его детерминанты у лиц, осуществляющих уход за пожилыми в Республике Казахстан", утвержденного Докладной комиссией по биомедицине БКМУ имени Марата Оспанова, протоколом №9 от 19 ноября 2021 года, обзорной статьи "Measures to support informal care for the older adults in Kazakhstan: a review of the current status", опубликованной 21 августа 2023 года в журнале "Frontiers in Public Health" индексированном в Web of Science (Q1). Авторами публикации являются Кошмалгабетова Г.К. и Жалкыбекова А.К.

Формы внедрения: инструмент оценки качества жизни лиц, осуществляющих уход.

Ответственный за внедрение и исполнитель: главный врач Баймурза Талайбай Жалкыбеков; заместителя главного врача - Кауменова Диана Бауржановна; главные медицинские сестры - Жусупбекова Жанат Галимовна; доктор - Акимбаев Серик Рахматуллаевич, Ph.D., руководитель центра министририи, докторатуры и психодиагностики - Кошмалгабетова Г.К.; докторант Жалкыбекова А.К.

Эффективность внедрения: Применение инструмента SaseQoL-7D, позволит врачам общей практики, проводить систематическую оценку уровня качества жизни у лиц, осуществляющих уход, что является необходимым условием для предотвращения возможных негативных последствий, связанных с длительным уходом.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение, рекомендуется исполнить инструментом SaseQoL-7D, по оценке качества жизни в поликлиническом осмотре пациентов с целью комплексной оценки и управления благополучием лиц, осуществляющих уход за пожилыми. Такой подход позволит оптимизировать и улучшить взаимодействие медицинских работников и пациентов для эффективной работы с пациентами, а также повысить качество предоставляемой медицинской помощи в данной категории населения.

Срок внедрения: май 2024 года

Председатель комиссии

главный врач

Члены (ответственные за внедрение):

зам. гл. вр.

гл. медсестры

начальник

PhD, руководитель центра министририи,

докторатуры и психодиагностики

Исполнитель:

докторант

И. ПРО БКМУ 605-03-2020. Галимов-Серик Журмисаев докторант. Акимбаев Серик.
Ф. ПРО БКМУ 605-03-2020. Док. внедрения научно-исследовательской работы. Исполнение:

СОГЛАСОВАНО
Руководитель Актобынской
Областной администрации
Тимина Н.К.

21.05.2024г.

АКТ № 75

внедрения научно-исследовательской работы
ГКП "Городская поликлиника №4" на ПХВ I У "Управление здравоохранения Актобынской области"

Наименование предложения: Внедрение инструмента оценки качества жизни SaseQoL-7D в поликлинический осмотр для лиц, осуществляющих уход за пожилыми старше 65 лет с функциональными нарушениями в активности повседневной жизни (ADL).

Работа включает результаты научно-исследовательского проекта "Комплексная оценка лиц, осуществляющих уход за пожилыми на дому", утвержденного Докладной комиссией по биомедицине БКМУ имени Марата Оспанова № 7 от 28.09.2022 и результаты исследовательской работы "Вместе жизни и его детерминанты у лиц, осуществляющих уход за пожилыми в Республике Казахстан", утвержденного Докладной комиссией по биомедицине БКМУ имени Марата Оспанова, протоколом №9 от 19 ноября 2021 года, обзорной статьи "Measures to support informal care for the older adults in Kazakhstan: a review of the current status", опубликованной 21 августа 2023 года в журнале "Frontiers in Public Health" индексированном в Web of Science (Q1). Авторами публикации являются Кошмалгабетова Г.К. и Жалкыбекова А.К.

Формы внедрения: инструмент оценки качества жизни лиц, осуществляющих уход.

Ответственный за внедрение и исполнитель: главный врач Турдалиев Мурат Мергенулы; заместитель главного врача - Ибрагимова Арда Жумабаева; главные медицинские сестры - Бубина Шахно Турдалиевна; психолог - Асанова Амар Сапаралиевна, Ph.D., руководитель центра министририи, докторатуры и психодиагностики - Кошмалгабетова Г.К.; докторант Жалкыбекова А.К.

Эффективность внедрения: Применение инструмента SaseQoL-7D, позволит врачам общей практики, проводить систематическую оценку уровня качества жизни у лиц, осуществляющих уход, что является необходимым условием для предотвращения возможных негативных последствий, связанных с длительным уходом.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение, рекомендуется исполнить инструментом SaseQoL-7D, по оценке качества жизни в поликлиническом осмотре пациентов с целью комплексной оценки и управления благополучием лиц, осуществляющих уход за пожилыми. Такой подход позволит оптимизировать и улучшить взаимодействие медицинских работников и пациентов для эффективной работы с пациентами, а также повысить качество предоставляемой медицинской помощи в данной категории населения.

Срок внедрения: май 2024 года

Председатель комиссии

главный врач

Члены (ответственные за внедрение):

зам. гл. вр.

гл. медсестры

начальник

PhD, руководитель центра министририи,

докторатуры и психодиагностики

Исполнитель:

докторант

И. ПРО БКМУ 605-03-2020. Галимов-Серик Журмисаев докторант. Акимбаев Серик.
Ф. ПРО БКМУ 605-03-2020. Док. внедрения научно-исследовательской работы. Исполнение:

Акты внедрения в ГП города Алматы

АКТ
внедрения научно-исследовательской работы
TOO Smart Health city г.Алматы

Наименование предложения: Внедрение инструмента оценки качества жизни SaseQoL-7D в поликлинический осмотр для лиц, осуществляющих уход за пожилыми старше 65 лет с функциональными ограничениями в активности повседневной жизни (ADL).

Работа включает: результаты научно-исследовательского проекта "Качество жизни и его детерминанты у лиц, осуществляющих уход за пожилыми в Республике Казахстан", утвержденного Локальной комиссией по биоэтике ЗКМУ имени Марата Оспанова, протоколом №9 от 2021 года, а также использует данные из статьи "Measures to support informal care for the older adults in Kazakhstan: a review of the current status", опубликованной 21 августа 2023 года в журнале "Frontiers in Public Health".

Форма внедрения: инструмент оценки качества жизни лиц, осуществляющих уход.

Ответственный за внедрение и исполнитель: главный врач Жунусова Ж.С., Жылкыбекова А.К., Глушкова Н.Е., Кошмагайбетова Г.К.

Эффективность внедрения: - Применение инструмента SaseQoL-7D, позволит врачам общей практики, проводить систематическую оценку уровня качества жизни у лиц, осуществляющих уход, что является необходимым условием для предотвращения возникновения негативных последствий, связанных с длительным уходом.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение, рекомендуется: включить инструмент SaseQoL-7D, по оценке качества жизни и поликлинический осмотр пациентов с целью комплексного оценивания и управлению благополучием лиц, осуществляющих уход за пожилыми. Такой подход позволит обеспечить медицинским работникам необходимыми навыками и знаниями для эффективной работы с пациентами, а также повысить качество предоставляемой медицинской помощи в данной категории населения.

Срок внедрения: в течение 2024 года

Председатель комиссии
Главный врач
Жунусова Ж.С.

Члены ответственные за внедрение
РиД, руководитель центра магистратуры, докторантуры и постдокторантуры
ЗКМУ имени Марата Оспанова
Кошмагайбетова Г.К.

Исполнитель
Докторант ЗКМУ
имени Марата Оспанова
Жылкыбекова А.К.

И ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Факсимил-сертификатом скреплен. Алтанын басылган.
Ф ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Акт внедрения научно-исследовательской работы. Издание шестое.

АКТ
внедрения результатов научно-исследовательской работы
TOO "Smart Health city" г.Алматы

Наименование предложения: Внедрение инструмента Self-Rated Burden (SRB) по оценке бремени, связанного с уходом у лиц, осуществляющих уход за пожилыми старше 65 лет с функциональными ограничениями в активности повседневной жизни (ADL).

Работа включает: результаты научно-исследовательского проекта "Качество жизни и его детерминанты у лиц, осуществляющих уход за пожилыми в Республике Казахстан", утвержденного Локальной комиссией по биоэтике ЗКМУ имени Марата Оспанова, протоколом №9 от 2021 года, а также использует данные из статьи "Measures to support informal care for the older adults in Kazakhstan: a review of the current status", опубликованной 21 августа 2023 года в журнале "Frontiers in Public Health".

Форма внедрения: инструмент оценки бремени лиц, осуществляющих уход.

Ответственный за внедрение и исполнитель: главный врач Жунусова Ж.С., Жылкыбекова А.К., Глушкова Н.Е., Кошмагайбетова Г.К.

Эффективность внедрения: - применение инструмента SRB, позволит врачам общей практики, проводить быструю и систематическую оценку уровня бремени лиц, осуществляющих уход, что является необходимым условием для предотвращения возникновения негативных последствий, связанных с длительным уходом.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение, рекомендуется: включить инструмент SRB по оценке бремени в поликлинический осмотр пациентов с целью комплексного оценивания и управлению нагрузкой на лиц, осуществляющих уход за пожилыми. Такой подход позволит обеспечить медицинским работникам необходимыми навыками и знаниями для эффективной работы с пациентами, а также повысить качество предоставляемой медицинской помощи в данной категории населения.

Срок внедрения: в течение 2024 года

Председатель комиссии
Главный врач
Жунусова Ж.С.

Члены ответственные за внедрение
РиД, руководитель центра магистратуры, докторантуры и постдокторантуры
ЗКМУ имени Марата Оспанова
Кошмагайбетова Г.К.

Исполнитель
Докторант ЗКМУ
имени Марата Оспанова
Жылкыбекова А.К.

И ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Факсимил-сертификатом скреплен. Алтанын басылган.
Ф ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Акт внедрения научно-исследовательской работы. Издание шестое.

АКТ
внедрения научно-исследовательской работы
КТП на ПХВ "Городская больница "Алашан" г.Алматы

Наименование предложения: Внедрение инструмента оценки качества жизни SaseQoL-7D в амбулаторный осмотр для лиц, осуществляющих уход за пожилыми старше 65 лет с функциональными ограничениями в активности повседневной жизни (ADL).

Работа включает: результаты научно-исследовательского проекта "Качество жизни и его детерминанты у лиц, осуществляющих уход за пожилыми в Республике Казахстан", утвержденного Локальной комиссией по биоэтике ЗКМУ имени Марата Оспанова, протоколом №9 от 2021 года, а также использует данные из статьи "Measures to support informal care for the older adults in Kazakhstan: a review of the current status", опубликованной 21 августа 2023 года в журнале "Frontiers in Public Health".

Форма внедрения: инструмент оценки качества жизни лиц, осуществляющих уход.

Ответственный за внедрение и исполнитель: директор Байбакова Г.Т., Жылкыбекова А.К., Глушкова Н.Е., Кошмагайбетова Г.К.

Эффективность внедрения: - Применение инструмента SaseQoL-7D, позволит врачам общей практики, проводить систематическую оценку уровня качества жизни у лиц, осуществляющих уход, что является необходимым условием для предотвращения возникновения негативных последствий, связанных с длительным уходом.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение, рекомендуется: включить инструмент SaseQoL-7D, по оценке качества жизни и амбулаторный осмотр пациентов с целью комплексного оценивания и управлению благополучием лиц, осуществляющих уход за пожилыми. Такой подход позволит обеспечить медицинским работникам необходимыми навыками и знаниями для эффективной работы с пациентами, а также повысить качество предоставляемой медицинской помощи в данной категории населения.

Срок внедрения: в течение 2024 года

Председатель комиссии
Директор, к.м.н.
Байбакова Г.Т.

Члены ответственные за внедрение
РиД, руководитель центра магистратуры, докторантуры и постдокторантуры
ЗКМУ имени Марата Оспанова
Кошмагайбетова Г.К.

Исполнитель
Докторант ЗКМУ
имени Марата Оспанова
Жылкыбекова А.К.

И ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Факсимил-сертификатом скреплен. Алтанын басылган.
Ф ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Акт внедрения научно-исследовательской работы. Издание шестое.

АКТ
внедрения результатов научно-исследовательской работы
КТП на ПХВ "Городская больница "Алашан" г.Алматы

Наименование предложения: Внедрение инструмента по оценке бремени Caregiver Strain Index plus (CSI+) для оценки уровня бремени у лиц, осуществляющих уход за пожилыми старше 65 лет.

Работа включает: результаты научно-исследовательского проекта "Качество жизни и его детерминанты у лиц, осуществляющих уход за пожилыми в Республике Казахстан", утвержденного Локальной комиссией по биоэтике ЗКМУ имени Марата Оспанова, протоколом №9 от 2021 года, а также использует данные из статьи "Measures to support informal care for the older adults in Kazakhstan: a review of the current status", опубликованной 21 августа 2023 года в журнале "Frontiers in Public Health".

Форма внедрения: инструмент оценки бремени лиц, осуществляющих уход.

Ответственный за внедрение и исполнитель: директор Байбакова Г.Т., Жылкыбекова А.К., Глушкова Н.Е., Кошмагайбетова Г.К.

Эффективность внедрения: - Применение инструмента CSI+, позволит врачам общей практики, проводить систематическую оценку уровня бремени лиц, осуществляющих уход, что является необходимым условием для предотвращения возникновения негативных последствий, связанных с длительным уходом.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение, рекомендуется: включить инструмент CSI+ по оценке бремени в амбулаторный осмотр пациентов с целью комплексного оценивания и управлению нагрузкой на лиц, осуществляющих уход за пожилыми. Такой подход позволит обеспечить медицинским работникам необходимыми навыками и знаниями для эффективной работы с пациентами, а также повысить качество предоставляемой медицинской помощи в данной категории населения.

Срок внедрения: в течение 2024 года

Председатель комиссии
Директор, к.м.н.
Байбакова Г.Т.

Члены ответственные за внедрение
РиД, руководитель центра магистратуры, докторантуры и постдокторантуры
ЗКМУ имени Марата Оспанова
Кошмагайбетова Г.К.

Исполнитель
Докторант ЗКМУ
имени Марата Оспанова
Жылкыбекова А.К.

И ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Факсимил-сертификатом скреплен. Алтанын басылган.
Ф ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Акт внедрения научно-исследовательской работы. Издание шестое.

АКТ
внедрения научно-исследовательской работы
ГКП на ПХВ "Городская поликлиника №15" г.Алматы

Наименование предложения: Внедрение инструмента оценки качества жизни SagerQoL-7D в поликлинический осмотр для лиц, осуществляющих уход за пожилыми старше 65 лет с функциональными ограничениями в активности повседневной жизни (ADL).

Работа включает: результаты научно-исследовательского проекта "Качество жизни и его детерминанты у лиц, осуществляющих уход за пожилыми в Республике Казахстан", утвержденного Локальной комиссией по биоэтике ЗКМУ имени Марата Оспанова, протоколом №9 от 2021 года, а также использует данные из статьи "Measures to support informal care for the older adults in Kazakhstan: a review of the current status", опубликованной 21 августа 2023 года в журнале "Frontiers in Public Health".

Форма внедрения: инструмент оценки качества жизни лиц, осуществляющих уход

Ответственный за внедрение и исполнитель: директор Утежанова А.М., Жылыбекова А.К., Глушкова Н.Е., Кошмаганбетова Г.К.

Эффективность внедрения: - Применение инструмента SagerQoL-7D, позволит врачам общей практики, проводить систематическую оценку уровня качества жизни у лиц, осуществляющих уход, что является необходимым условием для предотвращения возникновения негативных последствий, связанных с длительным уходом.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение, рекомендуется: включить инструмент SagerQoL-7D, по оценке качества жизни в поликлинический осмотр пациентов с целью комплексного оценивания и управлению благополучием лиц, осуществляющих уход за пожилыми. Такой подход позволит обеспечить медицинских работников необходимыми навыками и знаниями для эффективной работы с пациентами, а также повысить качество предоставляемой медицинской помощи в данной категории населения.

Срок внедрения: в течении 2024 года

Председатель комиссии

Директор

Члены ответственные за внедрение

PhD, руководитель центра магистратуры, докторантуры и постдокторантуры
ЗКМУ имени Марата Оспанова

Исполнитель
Докторант ЗКМУ
имени Марата Оспанова



Утежанова А.М.

Кошмаганбетова Г.К.

Жылыбекова А.К.

Н ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Гильсон-сертификат о завершении акта. Алматы баспасы.
Ф ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Акт внедрения научно-исследовательской работы. Издание шестое.

АКТ
внедрения результатов научно-исследовательской работы
ГКП на ПХВ "Городская поликлиника №15" г.Алматы

Наименование предложения: Внедрение инструмента Self-Rated Burden (SRB) по оценке бремени, связанного с уходом у лиц, осуществляющих уход за пожилыми старше 65 лет с функциональными ограничениями в активности повседневной жизни (ADL).

Работа включает: результаты научно-исследовательского проекта "Качество жизни и его детерминанты у лиц, осуществляющих уход за пожилыми в Республике Казахстан", утвержденного Локальной комиссией по биоэтике ЗКМУ имени Марата Оспанова, протоколом №9 от 2021 года, а также использует данные из статьи "Measures to support informal care for the older adults in Kazakhstan: a review of the current status", опубликованной 21 августа 2023 года в журнале "Frontiers in Public Health".

Форма внедрения: инструмент оценки бремени лиц, осуществляющих уход

Ответственный за внедрение и исполнитель: главный врач Утежанова А.М., Жылыбекова А.К., Глушкова Н.Е., Кошмаганбетова Г.К.

Эффективность внедрения: - применение инструмента SRB позволит врачам общей практики, проводить быструю и систематическую оценку уровня бремени лиц, осуществляющих уход, что является необходимым условием для предотвращения возникновения негативных последствий, связанных с длительным уходом.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение, рекомендуется: включить инструмент SRB по оценке бремени в поликлинический осмотр пациентов с целью комплексного оценивания и управлению нагрузкой на лиц, осуществляющих уход за пожилыми. Такой подход позволит обеспечить медицинских работников необходимыми навыками и знаниями для эффективной работы с пациентами, а также повысить качество предоставляемой медицинской помощи в данной категории населения.

Срок внедрения: в течении 2024 года

Председатель комиссии

Главный врач, с.м.н.

Члены ответственные за внедрение

PhD, руководитель центра магистратуры, докторантуры и постдокторантуры
ЗКМУ имени Марата Оспанова

Исполнитель
Докторант ЗКМУ
имени Марата Оспанова



Утежанова А.М.

Кошмаганбетова Г.К.

Жылыбекова А.К.

Н ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Гильсон-сертификат о завершении акта. Алматы баспасы.
Ф ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Акт внедрения научно-исследовательской работы. Издание шестое.

Акты внедрения в ГП города Семей

АКТ
внедрения результатов научно-исследовательской работы
КТП на ЦХБ «Полклиника № 2 города Семей» управления здравоохранения области Абай

Наименование предложения: Внедрение инструмента оценки качества жизни SateQoL в поликлинический осмотр для лиц, осуществляющих уход за пожилыми старше 65 лет с функциональными ограничениями и активностью повседневной жизни (ADL).

Работа включает: результаты научно-исследовательского проекта "Качество жизни и его детерминанты у лиц, осуществляющих уход за пожилыми в Республике Казахстан", утвержденного Локальной комиссией по биоэтике ЗКМУ имени Марата Оспанова, протоколом №9 от 2021 года, а также использует данные из статьи "Measures to support informal care for the older adults in Kazakhstan: a review of the current status", опубликованной 21 августа 2023 года в журнале "Frontiers in Public Health".

Форма внедрения: инструмент оценки качества жизни лиц, осуществляющих уход

Ответственный за внедрение и исполнитель: главный врач Мухамбетов Р.Г., Жидыбасова А.К., Гаузова Н.Е., Копмангабетова Г.К.

Эффективность внедрения: - применение инструмента SateQoL-7D, позволит врачам общей практики, проводить систематическую оценку уровня качества жизни у лиц, осуществляющих уход, что является необходимым условием для предотвращения возникновения негативных последствий, связанных с длительным уходом.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение, рекомендуется: включить инструмент SateQoL-7D, по оценке качества жизни в поликлинический осмотр пациентов с целью комплексного обследования и управлению благополучием лиц, осуществляющих уход за пожилыми. Такой подход позволит обеспечить медицинским работникам необходимыми навыками и знаниями для эффективной работы с пациентами, а также повысить качество предоставляемой медицинской помощи в данной категории населения.

Срок внедрения: в течение 2024 года

Председатель комиссии
Главный врач
Члены ответственные за внедрение
РнД, руководитель центра магистратуры, докторантура и постдокторантура ЗКМУ имени Марата Оспанова
Исполнитель
Докторант ЗКМУ имени Марата Оспанова


Мухамбетов Р.Г.

Копмангабетова Г.К.

Жидыбасова А.К.

И ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Главным-первым журналом сфору акт. Актиния басылган.
Ф ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Акт внедрения научно-исследовательской работы. Подпись: _____

АКТ
внедрения результатов научно-исследовательской работы
Медицинское учреждение "ПОБЕДА" области Абай, г. Семей

Наименование предложения: Внедрение инструмента оценки качества жизни SateQoL в поликлинический осмотр для лиц, осуществляющих уход за пожилыми старше 65 лет с функциональными ограничениями и активностью повседневной жизни (ADL).

Работа включает: результаты научно-исследовательского проекта "Качество жизни и его детерминанты у лиц, осуществляющих уход за пожилыми в Республике Казахстан", утвержденного Локальной комиссией по биоэтике ЗКМУ имени Марата Оспанова, протоколом №9 от 2021 года, а также использует данные из статьи "Measures to support informal care for the older adults in Kazakhstan: a review of the current status", опубликованной 21 августа 2023 года в журнале "Frontiers in Public Health".

Форма внедрения: инструмент оценки качества жизни лиц, осуществляющих уход

Ответственный за внедрение и исполнитель: главный врач Асарбекова Ж.Р., Жидыбасова А.К., Гаузова Н.Е., Копмангабетова Г.К.

Эффективность внедрения: - применение инструмента SateQoL-7D, позволит врачам общей практики, проводить систематическую оценку уровня качества жизни у лиц, осуществляющих уход, что является необходимым условием для предотвращения возникновения негативных последствий, связанных с длительным уходом.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение, рекомендуется: включить инструмент SateQoL-7D, по оценке качества жизни в поликлинический осмотр пациентов с целью комплексного обследования и управлению благополучием лиц, осуществляющих уход за пожилыми. Такой подход позволит обеспечить медицинским работникам необходимыми навыками и знаниями для эффективной работы с пациентами, а также повысить качество предоставляемой медицинской помощи в данной категории населения.

Срок внедрения: в течение 2024 года

Председатель комиссии
Главный врач
Члены ответственные за внедрение
РнД, руководитель центра магистратуры, докторантура и постдокторантура ЗКМУ имени Марата Оспанова
Исполнитель
Докторант ЗКМУ имени Марата Оспанова


Асарбекова Ж.Р.

Копмангабетова Г.К.

Жидыбасова А.К.

И ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Главным-первым журналом сфору акт. Актиния басылган.
Ф ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Акт внедрения научно-исследовательской работы. Подпись: _____

АКТ
внедрения результатов научно-исследовательской работы
КТП на ЦХБ «Полклиника № 2 города Семей» управления здравоохранения области Абай

Наименование предложения: Внедрение инструмента Self-Rated Burden по оценке бремени, связанного с уходом у лиц, осуществляющих уход за пожилыми старше 65 лет с функциональными ограничениями и активностью повседневной жизни (ADL).

Работа включает: результаты научно-исследовательского проекта "Качество жизни и его детерминанты у лиц, осуществляющих уход за пожилыми в Республике Казахстан", утвержденного Локальной комиссией по биоэтике ЗКМУ имени Марата Оспанова, протоколом №9 от 2021 года, а также использует данные из статьи "Measures to support informal care for the older adults in Kazakhstan: a review of the current status", опубликованной 21 августа 2023 года в журнале "Frontiers in Public Health".

Форма внедрения: инструмент оценки бремени, связанного с уходом

Ответственный за внедрение и исполнитель: главный врач Мухамбетов Р.Г., Жидыбасова А.К., Гаузова Н.Е., Копмангабетова Г.К.

Эффективность внедрения: - применение инструмента Self-Rated Burden, позволит врачам общей практики, проводить быструю и систематическую оценку уровня бремени лиц, осуществляющих уход, что является необходимым условием для предотвращения возникновения негативных последствий, связанных с длительным уходом.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение, рекомендуется: включить инструмент Self-Rated Burden по оценке бремени в поликлинический осмотр пациентов с целью комплексного обследования и управлению нагрузкой на лиц, осуществляющих уход за пожилыми. Такой подход позволит обеспечить медицинским работникам необходимыми навыками и знаниями для эффективной работы с пациентами, а также повысить качество предоставляемой медицинской помощи в данной категории населения.

Срок внедрения: в течении 2024 года

Председатель комиссии
Главный врач
Члены ответственные за внедрение
РнД, руководитель центра магистратуры, докторантура и постдокторантура ЗКМУ имени Марата Оспанова
Исполнитель
Докторант ЗКМУ имени Марата Оспанова


Мухамбетов Р.Г.

Копмангабетова Г.К.

Жидыбасова А.К.

И ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Главным-первым журналом сфору акт. Актиния басылган.
Ф ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Акт внедрения научно-исследовательской работы. Подпись: _____

АКТ
внедрения результатов научно-исследовательской работы
Медицинское учреждение "ПОБЕДА" области Абай, г. Семей

Наименование предложения: Внедрение инструмента Self-Rated Burden по оценке бремени, связанного с уходом у лиц, осуществляющих уход за пожилыми старше 65 лет с функциональными ограничениями и активностью повседневной жизни (ADL).

Работа включает: результаты научно-исследовательского проекта "Качество жизни и его детерминанты у лиц, осуществляющих уход за пожилыми в Республике Казахстан", утвержденного Локальной комиссией по биоэтике ЗКМУ имени Марата Оспанова, протоколом №9 от 2021 года, а также использует данные из статьи "Measures to support informal care for the older adults in Kazakhstan: a review of the current status", опубликованной 21 августа 2023 года в журнале "Frontiers in Public Health".

Форма внедрения: инструмент оценки бремени, связанного с уходом

Ответственный за внедрение и исполнитель: главный врач Асарбекова Ж.Р., Жидыбасова А.К., Гаузова Н.Е., Копмангабетова Г.К.

Эффективность внедрения: - применение инструмента Self-Rated Burden, позволит врачам общей практики, проводить быструю и систематическую оценку уровня бремени лиц, осуществляющих уход, что является необходимым условием для предотвращения возникновения негативных последствий, связанных с длительным уходом.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение, рекомендуется: включить инструмент Self-Rated Burden по оценке бремени в поликлинический осмотр пациентов с целью комплексного обследования и управлению нагрузкой на лиц, осуществляющих уход за пожилыми. Такой подход позволит обеспечить медицинским работникам необходимыми навыками и знаниями для эффективной работы с пациентами, а также повысить качество предоставляемой медицинской помощи в данной категории населения.

Срок внедрения: в течении 2024 года

Председатель комиссии
Главный врач
Члены ответственные за внедрение
РнД, руководитель центра магистратуры, докторантура и постдокторантура ЗКМУ имени Марата Оспанова
Исполнитель
Докторант ЗКМУ имени Марата Оспанова


Асарбекова Ж.Р.

Копмангабетова Г.К.

Жидыбасова А.К.

И ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Главным-первым журналом сфору акт. Актиния басылган.
Ф ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Акт внедрения научно-исследовательской работы. Подпись: _____

Акты внедрения в ГП города Астана

АКТ
внедрения научно-исследовательской работы
ГКП на ПХВ Городская поликлиника № 7 акимата города Астана

Наименование предложения: Внедрение инструмента оценки качества жизни SateQoL в послеплановый осмотр для лиц, осуществляющих уход за пожилыми старше 65 лет с функциональными ограничениями в активности повседневной жизни (ADL).

Работа включает: результаты научно-исследовательского проекта "Качество жизни и его детерминанты у лиц, осуществляющих уход за пожилыми в Республике Казахстан", утвержденного Локальной комиссией по биоэтике ЗКМУ имени Марата Оспанова, протоколом №9 от 2021 года, а также использует данные из статьи "Measures to support informal care for the older adults in Kazakhstan: a review of the current status", опубликованной 21 августа 2023 года в журнале "Frontiers in Public Health".

Форма внедрения: инструмент оценки качества жизни лиц, осуществляющих уход

Ответственный за внедрение и исполнитель: главный врач Кузнецова А.Ш., Жалмабекова А.К., Глушова Н.Е., Кошмачабекова Г.К.

Эффективность внедрения: - Применение инструмента SateQoL-7D, позволит врачам общей практики, проводить систематическую оценку уровня качества жизни у лиц, осуществляющих уход, что является необходимым условием для предотвращения возникновения негативных последствий, связанных с длительным уходом.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение, рекомендуется: включить инструмент SateQoL-7D, по оценке качества жизни в послеплановый осмотр пациента с целью комплексного оценивания и управлению благополучием лиц, осуществляющих уход за пожилыми. Такой подход позволит обеспечить медицинским работникам необходимые навыки и знания для эффективной работы с пациентами, а также повысить качество предоставляемой медицинской помощи в данной категории населения.

Срок внедрения: в течение 2024 года

Председатель комиссии

Главный врач

Члены ответственные за внедрение

РиД, руководитель центра магистратуры, докторантуры и постдокторантуры
ЗКМУ имени Марата Оспанова

Исполнитель

Докторант ЗКМУ
имени Марата Оспанова

 Кузнецова А.Ш.
 Кошмачабекова Г.К.
 Жалмабекова А.К.

И ПРО ЗКМУ 605-03-2028. Голосование: 7 голосов «за», 0 голосов «против», 0 голосов «воздержались».
Ф ПРО ЗКМУ 605-03-2028. Акт внедрения научно-исследовательской работы. Инициатор: [подпись]

АКТ
внедрения результатов научно-исследовательской работы
ГКП на ПХВ Городская поликлиника № 7 акимата города Астана

Наименование предложения: Внедрение инструмента Self-Rated Burden (SRB) по оценке бремени, связанного с уходом у лиц, осуществляющих уход за пожилыми старше 65 лет с функциональными ограничениями в активности повседневной жизни (ADL).

Работа включает: результаты научно-исследовательского проекта "Качество жизни и его детерминанты у лиц, осуществляющих уход за пожилыми в Республике Казахстан", утвержденного Локальной комиссией по биоэтике ЗКМУ имени Марата Оспанова, протоколом №9 от 2021 года, а также использует данные из статьи "Measures to support informal care for the older adults in Kazakhstan: a review of the current status", опубликованной 21 августа 2023 года в журнале "Frontiers in Public Health".

Форма внедрения: инструмент оценки бремени, связанного с уходом

Ответственный за внедрение и исполнитель: главный врач Кузнецова А.Ш., Жалмабекова А.К., Глушова Н.Е., Кошмачабекова Г.К.

Эффективность внедрения: - применение инструмента SRB, позволит врачам общей практики, проводить быструю и систематическую оценку уровня бремени лиц, осуществляющих уход, что является необходимым условием для предотвращения возникновения негативных последствий, связанных с длительным уходом.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение, рекомендуется: включить инструмент SRB по оценке бремени в послеплановый осмотр пациента с целью комплексного оценивания и управлению нагрузкой на лиц, осуществляющих уход за пожилыми. Такой подход позволит обеспечить медицинским работникам необходимые навыки и знания для эффективной работы с пациентами, а также повысить качество предоставляемой медицинской помощи в данной категории населения.

Срок внедрения: в течение 2024 года

Председатель комиссии

Главный врач

Члены ответственные за внедрение

РиД, руководитель центра магистратуры, докторантуры и постдокторантуры
ЗКМУ имени Марата Оспанова

Исполнитель

Докторант ЗКМУ
имени Марата Оспанова

 Кузнецова А.Ш.
 Кошмачабекова Г.К.
 Жалмабекова А.К.

И ПРО ЗКМУ 605-03-2028. Голосование: 7 голосов «за», 0 голосов «против», 0 голосов «воздержались».
Ф ПРО ЗКМУ 605-03-2028. Акт внедрения научно-исследовательской работы. Инициатор: [подпись]

ПРИЛОЖЕНИЕ Г-акты внедрения в образовательный процесс

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебно-воспитательной работе
ЗКМУ имени Марата Оспанова
Абенова Н.А.
2024 г.

АКТ
внедрения по учебно-методической работе

№ 14 от 20 авг г.

Основание: На основании выписки из кафедрального совещания кафедры Общей врачебной практики, протокол №10 от 28.05.2024 года о рекомендации внедрения в учебный процесс обучения использования инструмента CareQoI-7D для оценки качества жизни лиц, осуществляющих уход за пожилыми.

Место проведения: Западно-Казахстанский Медицинский Университет имени Марата Оспанова, кафедра Общей врачебной практики №2.

Наименование нововведения: Внедрение инструмента CareQoI-7D, позволит врачам общей практики и всей мультидисциплинарной команде оценить уровень качества жизни у лиц, осуществляющих уход за пожилыми с функциональными ограничениями по активности повседневной жизни (ADL).

Содержание нововведения: Выполнение задач по уходу за пожилыми людьми, с функциональными ограничениями по активности повседневной жизни (ADL), может привести к снижению качества жизни у лиц, осуществляющих уход. В свою очередь, это может негативно сказаться на их физическом и психическом здоровье. В связи с этим оценка качества жизни у лиц, осуществляющих уход становится необходимой для проведения систематического контроля и принятия своевременных мер по улучшению их благополучия. Для достижения этих целей предлагается использовать инструмент оценки качества жизни CareQoI-7D, а также проводить обучающие мероприятия для резидентов по его применению. Инструмент CareQoI-7D легко применять в практике психиатрического приема и состоит из семи вопросов с тремя вариантами ответов на каждый: "Да", "Нет" или "Иногда". Расчет комплексной суммы баллов CareQoI-7D позволяет оценить качество жизни, связанное с уходом в диапазоне от 0 (наихудшая ситуация связанная с уходом) до 100 (наилучшая ситуация связанная с уходом). Кроме того, данный инструмент может быть применен в форме визуально-аналоговой шкалы от 0 до 10, что позволяет быстро оценить качество жизни, связанное с уходом. Включение данного инструмента в процесс первичной медико-санитарной помощи является важным шагом, который обеспечит более эффективную поддержку. Кроме того, проведение оценки качества жизни поможет разработать и внедрить индивидуальные программы поддержки и помощи на основе результатов такой оценки.

Работа выполнена: Согласно плану кафедры.

Образовательная программа: Общая медицина (резиденты 2 курса).

Дисциплина: Психиатрическая медицина.

Сроки внедрения: 2024-2025 гг.

Эффективность внедрения: Применение инструмента CareQoI-7D позволит резидентам, а в будущем врачам общей практики, систематически оценивать уровень качества жизни у лиц, осуществляющих уход, что является необходимым условием для предотвращения возникновения негативных последствий, связанных с длительным уходом.

Н ПРО ЗКМУ 708-07-2022. Официальное заверение об оценке качества. Жетпіз бақылау.
Ф ПРО ЗКМУ 708-07-2022. Акт внедрения по учебно-методической работе. Идентификация.

Предложения, замечания, осуществленного внедрения: Рекомендуется включить инструмент CareQoI-7D по оценке качества жизни в программу обучения резидентов с целью подготовки молодых специалистов к комплексному оцениванию и управлению благополучием, у лиц, осуществляющих уход за пожилыми. Такой подход позволит обеспечить будущим медицинским работникам необходимым навыками и знаниями для эффективной работы с пациентами, а также повысить качество предоставляемой медицинской помощи в данной категории населения.

Руководитель кафедры:  Сартасова А.Ш.

Исполнитель:  Космагамбетова І.К.

СОГЛАСОВАНО  Александрова Н.У.
руководитель ДАР

Н ПРО ЗКМУ 708-07-2022. Официальное заверение об оценке качества. Жетпіз бақылау.
Ф ПРО ЗКМУ 708-07-2022. Акт внедрения по учебно-методической работе. Идентификация.

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебно-воспитательной работе
ЗКМУ имени Марата Оспанова
Абенова Н.А.
2024 г.

АКТ
внедрения по учебно-методической работе

№ 15 от 20 авг г.

Основание: На основании выписки из кафедрального совещания кафедры Общей врачебной практики, протокол №10 от 28.05.2024 года о рекомендации внедрения в учебный процесс использования инструмента Caregiver Strain Index plus (CSI+) для оценки бремени лиц, осуществляющих уход за пожилыми.

Место проведения: Западно-Казахстанский Медицинский Университет имени Марата Оспанова, кафедра Общей врачебной практики №2.

Наименование нововведения: Внедрение инструмента по оценке бремени Caregiver Strain Index plus (CSI+), позволит врачам общей практики и всей мультидисциплинарной команде оценить уровень нагрузки на лиц, осуществляющих уход за пожилыми с функциональными ограничениями по активности повседневной жизни (ADL).

Содержание нововведения: Ежедневные задачи по уходу могут стать значительной нагрузкой для лиц, осуществляющих уход за пожилыми, что в конечном итоге может привести к увеличению их бремени. В свете этого, проведение систематической оценки бремени становится необходимым для контроля и профилактики негативных последствий, связанных с уходом. Для этого предлагается использовать инструмент оценки бремени CSI+, а также проводить обучающие мероприятия для резидентов по его применению. CSI+ является простым в использовании инструментом, позволяющим быстро оценить степень напряжения у лиц, осуществляющих уход. Он состоит из 18 вопросов, на каждый из которых предлагается два возможных варианта ответа: "Да" или "Нет". Инструмент включает в себя вопросы из таких основных областей, как финансовая, физическая, психологическая, социальная и личная. Более высокие баллы указывают на более высокую нагрузку. Лица, занимающиеся уходом, испытывают существенное напряжение, когда их оценка составляет семь и выше. Включение данного инструмента в процесс первичной медико-санитарной помощи является важным шагом в обеспечении более эффективной поддержки. Кроме того, проведение оценки бремени поможет

Н ПРО ЗКМУ 708-07-2022. Официальное заверение об оценке качества. Жетпіз бақылау.
Ф ПРО ЗКМУ 708-07-2022. Акт внедрения по учебно-методической работе. Идентификация.

Предложения, замечания, осуществленного внедрения: Рекомендуется включить инструмент CSI+ по оценке бремени в программу обучения резидентов с целью подготовки молодых специалистов к комплексному оцениванию и управлению нагрузкой у лиц, осуществляющих уход за пожилыми. Такой подход позволит обеспечить будущим медицинским работникам необходимым навыками и знаниями для эффективной работы с пациентами, а также повысить качество предоставляемой медицинской помощи в данной категории населения.

Руководитель кафедры:  Сартасова А.Ш.

Исполнитель:  Космагамбетова І.К.

СОГЛАСОВАНО  Александрова Н.У.
руководитель ДАР

Н ПРО ЗКМУ 708-07-2022. Официальное заверение об оценке качества. Жетпіз бақылау.
Ф ПРО ЗКМУ 708-07-2022. Акт внедрения по учебно-методической работе. Идентификация.

[illegible]

ПРИЛОЖЕНИЕ Е – сертификат перевода EQ-5D-5L на государственный и русский языки



The EuroQoL Group

Certified Translation: EQ-5D-5L Kazakh version for Kazakhstan

This is to certify that qualified translators recruited locally in Kazakhstan by MAPI Institute and under contract to the EuroQoL Group Foundation translated the EQ-5D-5L from the UK English 'source' version to Kazakh for Kazakhstan in 2012. MAPI Institute specializes in the cultural adaptation and linguistic validation of Patient Reported Outcome instruments and have considerable experience in this area in a wide range of therapeutic areas.

The translation followed established EuroQoL Group translation methodology¹, which was developed with the aim of achieving semantic equivalence to the original and to ensure the new version would be easily understandable to members of the target population.

The methodology requires two independent forward translations into the target language by native speakers, production of a reconciled version of the two forward translations, and two independent back-translations of the reconciled version by native English speakers who are fluent in the target language. A second reconciled version is produced after the back translation stage. This version was tested on 8 Kazakh-speaking respondents, with a spread of socio-demographic characteristics and including both patients and healthy individuals.

All translation steps were taken in full cooperation with members of the EuroQoL Group's translation review team, who reviewed reports provided by MAPI Institute after each stage of the process. All translation work was performed by members of the Kazakh translation team to the best of their abilities as native speakers of Kazakh (or English in the case of the back-translators), and as translators and researchers experienced in the field of health-related quality of life research. This translation is, to the best of my knowledge, a valid and accurate translation of the corresponding original document.

Name: Michael Herdman, Chair, EuroQoL Version Management Committee

Signature:

Date: October 2013

¹ Herdman M, Fox-Rushby J, Rabin R, Badia X, Selai C. Producing other language versions of the EQ-5D. In: Brooks R, Rabin R, de Charro F (eds). The measurement and valuation of health status using EQ-5D: A European perspective. Kluwer Academic Publishers. 2003.

Executive Office, EuroQoL Foundation
Marten Meesweg 107, 3068 AV Rotterdam, the Netherlands
Phone +31 (0)84400190 : E-mail: userinformation@euroqol.org



The EuroQoL Group

Certified Translation: EQ-5D-5L Russian version for Kazakhstan

This is to certify that a qualified language consultant recruited locally in Kazakhstan by Oxford Outcomes Ltd. and under contract to the EuroQoL Group Foundation reviewed and, if necessary, adapted the EQ-5D-5L from the Russian for Russia 'source' version to Russian for Kazakhstan in 2013. Oxford Outcomes Ltd. specialize in the cultural adaptation and linguistic validation of Patient Reported Outcome instruments and have considerable experience in this area in a wide range of therapeutic areas.

The translation followed established EuroQoL Group methodology for this type of adaptation¹, i.e. the source version was reviewed by an in-country language consultant, who was a native speaker of the target language, and modifications were introduced as recommended by the language consultant. Back translations of modifications were made, as necessary. The version was then tested on 5 Russian-speaking respondents who were living in Kazakhstan, with a spread of socio-demographic characteristics and including both patients and healthy individuals.

All steps in the adaptation process were taken in full cooperation with members of the EuroQoL Group's translation review team, who reviewed reports provided by Oxford Outcomes Ltd. after each stage of the process. All adaptation work was performed by members of the translation team to the best of their abilities as translators and researchers experienced in the field of health-related quality of life research. This version is, to the best of my knowledge, a valid and accurate adaptation of the corresponding original document.

Name: Michael Herdman, Chair, EuroQoL Version Management Committee

Signature:

Date: October 2013

¹ Herdman M, Fox-Rushby J, Rabin R, Badia X, Selai C. Producing other language versions of the EQ-5D. In: Brooks R, Rabin R, de Charro F (eds). The measurement and valuation of health status using EQ-5D: A European perspective. Kluwer Academic Publishers. 2003.

Executive Office, EuroQoL Foundation
Marten Meesweg 107, 3068 AV Rotterdam, the Netherlands
Phone +31 (0)84400190 : E-mail: userinformation@euroqol.org

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж – Программа конференции «Көпсалалы тәсіл мейіргер ісінде» с мастер-классом на тему «Оценка бремени у лиц, осуществляющих уход на уровне ПМСП», проведенной в ЗКМУ имени Марата Оспанова 18 апреля 2024 года

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ ҚОЛДАУЫМЕН

«МАРАТ ОСПАНОВ АТЫНДАҒЫ БАТЫС ҚАЗАҚСТАН
МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КөАҚ





«МЕЙІРГЕР ІСІНДЕГІ КӨПСАЛАЛЫ ТӘСІЛ»
атты халықаралық ғылыми-практикалық
конференциясының

БАҒДАРЛАМАСЫ



2024 жыл 18-19 сәуір

Организаторы конференции

НАО «ЗКМУ имени Марата Оспанова», Центр совершенствования сестринского дела, кафедра «Общественное здоровье и здравоохранение», Актобинская ассоциация средних медицинских работников.

Участники конференции

- Министерство здравоохранения Республики Казахстан
- Университет прикладных наук ЛАМК, Финляндия
- Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas, Литва
- Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестер России», РФ
- Ассоциация медсестёр Сырдарьинской области, Узбекистан
- Управления человеческими ресурсами, демопротективом и правовой поддержки Министерства здравоохранения Кыргызской Республики
- Национальная ассоциация «Primary health care», г. Астана, Казахстан
- НИО «Актобинская ассоциация средних медицинских работников»
- Международный образовательный холдинг «Gaudeamus», г. Уралск, Казахстан
- Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан
- Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Казахстан
- Медицинский университет Астана, г. Астана, Казахстан
- Медицинский университет Караганды, г. Караганда, Казахстан
- Высшие медицинские колледжи Республики Казахстан
- Медицинские колледжи РФ
- Медицинские колледжи Республики Казахстан

Время проведения	Мастер классы
9:30-11:00	«Кейс менеджмент в деятельности социально – ориентированного специалиста ПМСП по ведению социального случая» Мугабаев Юсупбек Кизатович , руководитель проектного офиса ЦРБ Меркеского района, г. Мерке, Казахстан Модератор: Калыкин Н.Р. – председатель Актобинская ассоциация средних медицинских работников Место проведения: Главный корпус, 2 этаж, зал ученого совета Ссылка: https://zkmu.webex.com/meet/webex1
9:30-11:00	«Острые вопросы активного участия медсестер при мультидисциплинарном подходе» – Бектурова Асель Есеновна , м.м.н., НАО «ЗКМУ им. С. Асфендиярова», г. Алматы, Казахстан Модератор: Ермуханова Л.С. – ассист. проф., к.м.н., ЗКМУ Место проведения: 2 корпус, 4 этаж – 7 ой лекционный зал Ссылка: https://zkmu.webex.com/meet/webex2
11:30-13:00	«Универсальная прогрессивная модель патронажного обслуживания беременных женщин и детей раннего возраста на уровне первичной медико-санитарной помощи» – Таштанова Майя Карибаевна , м.м.н Модератор: Достанова Ж.А. – докторант 2 го курса по «Сестринское дело» Место проведения: 2 корпус, 4 этаж – 6 ой лекционный зал Ссылка: https://zkmu.webex.com/meet/webex3
11:30-13:00	«Clinical Care Classification (CCC) в практике медицинской сестры расширенной практики в семейной медицине» – Токаев Ринад Маржанович , м.м.н Модератор: Куопай А.М. , Шалтыгарина Д.М. – магистранты 1 го года по «Сестринское дело» Место проведения: 2 корпус, 2 этаж – 201 кабинет Центр совершенствования сестринского дела Ссылка: https://zkmu.webex.com/meet/webex3
11:30-13:00	«Поиск литературы по Сестринскому делу» – Торекжанова Г.А. Модератор: Кушымбаева Г.С. – преподаватель кафедры «Общественное здоровье и здравоохранение» м.м.н Место проведения: Конференц-холл – читальный зал Ссылка: https://zkmu.webex.com/meet/webex2
11:30-13:00	Оценка бремени у лиц, осуществляющих уход на уровне ПМСП – PhD Копыгайбетова Гулбақыт Кушымбаевна Модератор: Жылыкбаева Алия Калиевна , магистр медицинских наук Ссылка: https://zoom.us/j/39951721

ПРИЛОЖЕНИЕ 3 – методическая рекомендация

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
НАО «ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени МАРАТА ОСПАНОВА»

УДК 616-053.9-083(072)
ББК 57.4я73
К 76

Рецензенты:

1. Сартаева А.Ш. – к.м.н., руководитель кафедры общей врачебной практики № 2 НАО ЗКМУ имени Марата Оспанова
2. Крякляева А.С. – Ph.D, ассоциированный профессор кафедры сестринского дела НАО "Медицинский университет Семей"

Г.К. Кошмаганбетова, А.К. Жылкыбекова, Н.Е. Глушкова

Идентификация лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми на
дому

(Методические рекомендации)

Авторы: Г.К. Кошмаганбетова, А.К. Жылкыбекова, Н.Е. Глушкова
Идентификация лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми на
дому (Методические рекомендации) / Г.К. Кошмаганбетова, А.К.
Жылкыбекова, Н.Е. Глушкова // Актобе: Западно-Казакстанский медицинский
университет имени Марата Оспанова, 2024. - 28 с.

Настоящие методические рекомендации направлены систематический
подход к эффективной оценке качества жизни и нагрузки на лиц,
осуществляющих уход за пожилыми людьми на дому, которая имеет
решающее значение для понимания их потребностей и улучшения их
благополучия.

Данные рекомендации являются практическим руководством для
преподавателей медицинских вузов, колледжей, а также работников системы
здравоохранения и социальной службы, резидентов, магистрантов,
докторантов, интернов и студентов.

УДК 616-053.9-083(072)
ББК 57.4я73
К 76

Актобе
2024

Утверждено и разрешено к изданию типографским способом: протокол
заседания Академического совета НАО ЗКМУ им Марата Оспанова от
17.12.2024 протокол №3

© Г.К. Кошмаганбетова, А.К. Жылкыбекова, Н.Е. Глушкова

ПРИЛОЖЕНИЕ И – брошюра для специалистов ПМСП (на русском языке)

НЕКОММЕРЧЕСКОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ».

Уход за пожилыми – это акт проявления заботы о
родителях, бабушках, дедушках и других членах
семьи



Актобе, 2024

5. РЕСУРСЫ И ПОДДЕРЖКА ЛИЦ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ НЕФОРМАЛЬНЫЙ УХОД ЗА ПОЖИЛЫМИ

Профессиональная помощь: Психологи и социальные работники могут предложить специализированную помощь и поддержку, направленную на облегчение эмоциональной нагрузки и улучшение качества жизни ухаживающих.

Группы поддержки: Участие в группах поддержки и общение с другими ухаживающими может способствовать снижению эмоционального напряжения и улучшению психоэмоционального состояния.

Онлайн-ресурсы: Интернет-ресурсы, включая сайты и форумы, предоставляют платформы для обмена опытом и получения полезных рекомендаций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ухаживающие за пожилыми людьми выполняют важную и сложную работу, и поддержание их здоровья и благополучия имеет решающее значение для обеспечения качественного ухода за пожилыми.

ПРОЦЕДУРА ИДЕНТИФИКАЦИИ ЛИЦ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ НЕФОРМАЛЬНЫЙ УХОД

Во время первой встречи с пожилым пациентом или его основным контактным лицом (например, членом семьи, законным опекуном) медицинским работникам следует задавать открытые вопросы, чтобы определить лиц, оказывающих уход и поддержку.

Ключевые вопросы получателям ухода:

- ✓ Нуждаетесь ли вы в сторонней помощи при выполнении повседневной деятельности?
- ✓ Кто помогает вам в вашей повседневной деятельности?
- ✓ Какие виды помощи вам оказывает человек ухаживающий за вами? (например, прием лекарств, купание, одевание, кормление и/или передвижение)?
- ✓ Как часто вы получаете помощь от других?

Ключевые вопросы для лиц, осуществляющих уход:

- ✓ Как часто вы помогаете по уходу за собой или по дому?
- ✓ С какими задачами вы помогаете ежедневно / еженедельно?
- ✓ С какими проблемами или затруднениями вы сталкиваетесь осуществляя уход?

Документация: ответы должны быть зафиксированы в медицинской карте пациента для первоначального определения лиц, осуществляющих неформальный уход.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И БРЕМЕНИ ЛИЦ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ УХОД

Для оценки качества жизни и бремени, связанных с уходом, можно использовать визуально-аналоговые шкалы, позволяющие измерить субъективное восприятие благополучия и бремени ухаживающего лица.

1. ВВЕДЕНИЕ

Лица, осуществляющие неформальный уход, играют ключевую роль в поддержке пожилых людей, особенно тех, кто страдает хроническими заболеваниями, когнитивными нарушениями или имеет группу инвалидности. Уход, как правило, предоставляется родственниками, друзьями, супругами или соседями. Признание, идентификация, а также оценка качества жизни и уровня нагрузки, связанной с выполнением задач по уходу, являются важными шагами для:

- ✓ Обеспечения благополучия пожилого человека
- ✓ Предоставления адекватной поддержки лицу, осуществляющему уход
- ✓ Разработки мероприятий, направленных на поддержку, с учетом потребностей как пожилого человека, так и лица, осуществляющего уход

2. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Данные мероприятия, включающие идентификацию и оценку качества жизни, а также уровня нагрузки, связанной с уходом, могут быть реализованы в ходе поликлинического приема специалистов первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), таких как врачи общей практики, участковые медицинские сестры, медицинские сестры расширенной практики, социальные работники здравоохранения и геронтологи, вовлеченные в уход за пожилыми людьми. Идентификация лиц, осуществляющих неформальный уход, проводится в рамках осмотров пациентов, визитов на дом и консультаций.

3. ПРОБЛЕМЫ И ВЫЗОВЫ, С КОТОРЫМИ СТАЛКИВАЮТСЯ ЛИЦА, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИЕ УХОД

Физическая усталость: Постоянные физические нагрузки, связанные с уходом за пожилыми (подъемы, перенос из кровати в кресло, помощь при передвижении в туалет и ванную комнату и т.д.), могут привести к хронической усталости и различным проблемам со здоровьем, включая боли в спине, суставах и мышечных заболеваниях, а также ослаблению иммунной системы.

Эмоциональное напряжение: Ухаживающие часто переживают значительное эмоциональное напряжение из-за чувства ответственности и постоянной тревоги за состояние подопечного. Это может привести к развитию эмоционального выгорания, стрессу, депрессии и тревожным расстройствам.

Социальная изоляция: Уход за пожилыми людьми, особенно при отсутствии внешней помощи, может привести к социальной изоляции ухаживающих. Ограничение личных отношений, времени на отдых и социализацию приводит к ухудшению качества жизни, снижению уровня социальной активности и нарушению личных связей.

4. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛИЦ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ НЕФОРМАЛЬНЫЙ УХОД ЗА ПОЖИЛЫМИ

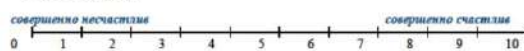
Регулярные перерывы и отдых: Необходимо выделять время для отдыха и восстановления сил, что способствует улучшению физического и эмоционального состояния ухаживающих.

Поддержка и помощь: Рекомендуется обращаться за поддержкой к семье, друзьям или профессионалам для снижения уровня стресса и эмоциональной нагрузки.

Саморазвитие и хобби: Важно выделять время для занятий, которые приносят радость и удовлетворение, что способствует улучшению общего благополучия и снижению уровня социальной изоляции.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СВЯЗАННОЕ С УХОДОМ

Мы хотели бы составить впечатление о вашей ситуации по уходу. Пожалуйста, поставьте отметку на шкале ниже, которая показывает, насколько счастливым вы себя чувствуете на данный момент. «0» означает (нижняя ситуация по уходу); «10» означает (лучшая ситуация по уходу)



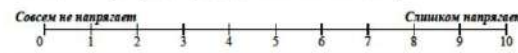
ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ УРОВНЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ **МЕНЕЕ 7** РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАПРАВЛЯТЬ ЛИЦО, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕЕ УХОД, К ШПАТНОМУ ПСИХОЛОГУ ПРИКРЕПЛЕННОЙ ПОЛКЛИНИКИ ДЛЯ ДАЛЬНЕЙШЕГО ВЫЯСНЕНИЯ ПРОБЛЕМ И ПОТРЕБНОСТЕЙ С ЦЕЛЮ ОКАЗАНИЯ НЕОБХОДИМОЙ ПОДДЕРЖКИ.

БРЕМЯ, СВЯЗАННОЕ С УХОДОМ

Насколько обремененным вы чувствуете себя, ухаживая или сопровождая ПОЖИЛОГО в данный момент?

Пожалуйста, поставьте отметку на шкале ниже, которая показывает, насколько обремененным вы чувствуете себя ухаживая или сопровождая ПОЖИЛЫМ в данный момент.

«0» означает, что вы чувствуете, что уход в данный момент совсем не напрягает; «10» означает, что вы чувствуете, что уход в данный момент слишком напрягает.



ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ УРОВНЯ БРЕМЕНИ **БОЛЕЕ 7** РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАПРАВЛЯТЬ ЛИЦО, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕЕ УХОД, К ШПАТНОМУ ПСИХОЛОГУ ПРИКРЕПЛЕННОЙ ПОЛКЛИНИКЕ ДЛЯ ДАЛЬНЕЙШЕГО ВЫЯСНЕНИЯ ПРОБЛЕМ И ПОТРЕБНОСТЕЙ С ЦЕЛЮ ОКАЗАНИЯ НЕОБХОДИМОЙ ПОДДЕРЖКИ.

Работа была проведена в рамках внутриаудиторного грантового научного проекта «Комплексная оценка лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми на дому в РК» (2022-2024 гг.), финансируемого Западно-Казахстанским медицинским университетом имени Марата Оспанова

При возникновении вопросов просьба обращаться на следующий почтовый адрес: a.zhybybekova@zksu.kz

Брошюра для специалистов ПМСП (на государственном языке)

«МАРАТ ОСПАНОВ АТЫНДАҒЫ БАТЫС ҚАЗАҚСТАН
МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КОММЕРЦИЯЛЫҚ ЕМЕС
АКЦИОНЕРЛІК ҚОҒАМ

Қарттарға күтім жасау - ата-аналарға, ата-
әжелерге және басқа отбасы мүшелеріне
қамқорлық көрсету



Ақтобе, 2024

5. ҚАРТТАРҒА БЕЙРЕСМИ КҮТІМ ЖАСАЙТЫН АДАМДАРҒА РЕСУРСТАР МЕН ҚОЛДАУ

Көшім көмек: психологтар мен әлеуметтік қызметкерлер эмоционалды стрессті жеңілдетуге және қамқоршылардың өмір сүру сапасын жақсартуға бағытталған арнайы көмек пен қолдауды ұсына алады.

Қолдау тәсілдері: қолдау топтарына қатысу және басқа қамқоршылармен қарым-қатынас эмоционалды иеленісті азайтуға және психоэмоционалды жағдайды жақсартуға ықпал етуі мүмкін.

Онлайн-ресурстар: веб-сайтар мен форумдарды қоса алғанда, Интернет-ресурстар тәжірибе алмасу және пайдалы ұсыныстар алу үшін платформалар ұсынады.

ҚОРЫТЫНДЫ

Егде жастағы адамдарға күтім жасаушылар мамандық және күрделі жағдайларды орындайтын және олардың денсаулығы мен аз-ауқатпен сақтау қамқоршыларына сапалы күтім жасау үшін өте маңызды.

БЕЙРЕСМИ КҮТІМДІ ЖҮЗЕГЕ АСЫРАТЫН АДАМДАРДЫ СӘЙКЕСТЕНДІРУ РӘСІМІ

Егде жастағы пациентпен немесе оның негізгі байланыс адамымен (мысалы, отбасы мүшесі, занды қамқоршы) алғашқы кездесу кезінде медициналық қызмет көрсетушілерге күтім мен қолдау көрсетушілерін анықтау үшін анық сұрақтар қойылуы керек. Ключевые вопросы поучающего уклада:

- ✓ Күнделікті іс-әрекеттері орындалу кезінде сізге үшінші тараптың көмегі қажет пе?
- ✓ Сіздің күнделікті іс-әрекеттеріңізге кім көмектеседі?
- ✓ Сізге күтім жасайтын адам сізге қандай көмек көрсетеді? (мысалы, дәрі қабылдау, шомылу, киіну, тымқылдығы және/немесе қолдау)?
- ✓ Сіз басқалардан қандайлық жиі көмек аласыз?

Қамқоршыларға арналған негізгі сұрақтар:

- ✓ Сіз өзіңіздің күтімнің немесе үйіңізге қандайлық жиі көмектесесіз?
- ✓ Күнделікті/апта сайын қандай тапсырмаларға көмектесесіз?
- ✓ Күтім жасау кезінде сіз қандай қиындықтарға немесе қиындықтарға тап боласыз?

Құжаттама: жауналар бейресми күтушілерді бастапқы анықтау үшін пациенттің медициналық картасына жағылуы керек.

ҚАМҚОРШЫЛАРДЫҢ ӨМІР СҮРУ САПАСЫ МЕН АУЫРТПАЛЫҒЫН БАҒАЛАУ

Күтімге байланысты өмір сапасы мен ауыртпалықты бағалау үшін күтушінің аз-ауқаты мен ауыртпалығын субъективті қабылдауды өлшеуге мүмкіндік беретін валидизм-аналогтық шкалаларды қолдануға болады.

КҮТІММЕН БАЙЛАНЫСТЫ ӨМІР САПАСЫ

1. КІРІСПЕ

1. Кіріспе

Бейресми күтушілер егде жастағы адамдарға, әсіресе созылмалы аурулар, когнитивті бұзылулары бар немесе мүлдемлік тобы бар адамдарға қолдау көрсетуде шешуші рөл атқарады. Күтімді әдетте тұрғындар, достар, жұбайлары немесе көршілері қамтамасыз етеді. Күтім тапсырмаларын орындауға байланысты өмір сапасы мен жүктеме деңгейін таңу, анықтау және бағалау мамандық қызметкерлері болып табылады.

- ✓ Егде жастағы адамның аз-ауқатын қамтамасыз ету;
- ✓ Қамқоршыға барыбар қолдау көрсету ережесі;
- ✓ Қарт адамның да, қамқоршының да қажеттіліктерін ескере отырып, қолдауға бағытталған іс-шараларды әзірлеу.

2. ҚОЛДАУ САЛАСЫ

Өмір сүру сапасын, сондай-ақ күтіммен байланысты жүктеме деңгейін сәйкестендіруші және бағалаушы қызметкерлер бұл іс-шаралар жасау практика дәрігерлері, уәкілдері, медреселер, кейбірдегі практика медреселері, әлеуметтік денсаулық сақтау қызметкерлері және күтімге тартылған геронтологтар сияқты алғашқы медициналық-санитариялық көмек (МСАК) мамандарымен емделуші қабылдау барысында егде жастағы адамдарға күтім жасауға қатысады. Бейресми күтімді жүзеге асыратын адамдардың сәйкестендіруші пациенттерді тексеру, үйге бару және консультациялар шеңберінде жүргізіледі.

3. ҚАМҚОРШЫЛАР КЕЗДЕСЕТІН МӘСЕЛЕЛЕР МЕН ҚИЫНДЫҚТАР

Физикалық шаршау: қарттарды күтуге байланысты тұрақты физикалық белсенділік қолдау, тосқауыл орындауға ауыстыру, дәрмендер мен ауыртпалық болжамы көшу кезінде көмек және т.б.), созылмалы шаршау және жүргізу денсаулық проблемалары, соның ішінде аралығы ауырсауға, бұрын және бұрынғы ауруларына, сондай-ақ интелтуалды құйыны асыраушы әкелуі мүмкін.

Эмоционалды иеленіс: қамқоршылар көбінесе жауапкершілік сөзі мен қамқоршының жағдайына үнемі алаңдаушылық, бәлдіретілгендік айтарлықтай эмоционалды құйынысы ұшырайды. Бұл құйын қауым, стресстің, депрессияның және маңызылықтың дамуына әкелуі мүмкін.

Әлеуметтік оқшаулану: егде жастағы адамдарға күтім жасау, әсіресе сыртқы көмек болмаған жағдайда, қамқоршылардың әлеуметтік оқшаулануына әкелуі мүмкін. Жеке қатынастармен, демалу және әлеуметтену уақытымен шектеу өмір сапасының нашарлауына, әлеуметтік белсенділік деңгейінің төмендеуіне және жеке байланыстарының бұзылуына әкеледі.

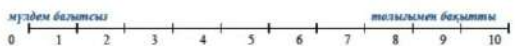
4. ҚАРТТАРҒА БЕЙРЕСМИ КҮТІМ ЖАСАЙТЫН АДАМДАРДЫҢ ӨМІР СҮРУ САПАСЫН JAҚCARTYҒA БОЙЫНША ҰCЫНЫCТАP

Тұрақты үйірістер мен демалу: демалуға және қалпына келтіруге уақыт бөлу керек, бұл қамқоршылардың физикалық және эмоционалды жағдайын жақсартуға көмектеседі.

Қолдау және көмек: стресс пен эмоционалды стрессті азайту үшін отбасының, достарының немесе қосымшалардан қолдау сұраған жөн.

Өзін-өзі бақылау және тоқтату: жалпы аз-ауқатын жақсартуға және әлеуметтік оқшаулану деңгейінің төмендеуіне қолдау ететін қуаныш пен қанағат әкелетін іс-шараларға уақыт бөлу маңызды.

Біз сіздің күтім жағдайыңыз туралы әсер қалдырғымыз келеді. Төмендегі шкалаға белгі қойыңыз, бұл сіздің қазіргі уақытта қаншалықты бақытты екеніңізді көрсетеді. "0" (ен нашар күтім жағдайы), "10" (ен жақсы күтім жағдайы) дегенді білдіреді.



ӨМІР СҮРУ САПАСЫНЫҢ 7-ДЕН ТӨМЕН ДЕНГЕЙІН АНЫҚТАУ КЕЗІНДЕ КҮТҮШІ АДАМДЫ ҚАЖЕТТІ ҚОЛДАУ КӨРСЕТУ МАҚСАТЫНДА МӘСЕЛЕЛЕР МЕН ҚАЖЕТТІЛІКТЕРДІ ОДАН ӨРІ АНЫҚТАУ ҮШІН ТІРКЕЛГЕН ЕМХАНАНЫҢ ШТАТТЫҚ ПСИХОЛОГЫНА ЖІБЕРУ ҰCЫНЫЛАДЫ.

КҮТІМГЕ БАЙЛАНЫСТЫ АУЫРТПАЛЫҚ

Қазіргі уақытта ҚАРТ АДАМҒА қамқорлық жасау немесе ерін жүру Сізге қаншалықты ауыр сезінеді ме?

Төмендегі шкалаға белгі қойыңыз, ол сіздің қаншалықты ауыртпалық сезінетіндігіңізді көрсетеді: қарттарға күтім жасау немесе ерін жүру қазіргі уақытта. "0" дегеніміз, Сіз қазіргі уақытта күтімді мүлдем ауыртпалықсыз сезінесіз; "10" дегеніміз, Сіз қазіргі уақытта күтімді тым стрессті сезінесіз.



7-ДЕН АСТАМ АУЫРТПАЛЫҚ ДЕНГЕЙІН АНЫҚТАУ КЕЗІНДЕ КҮТҮШІ АДАМДЫ ҚАЖЕТТІ ҚОЛДАУ КӨРСЕТУ МАҚСАТЫНДА МӘСЕЛЕЛЕР МЕН ҚАЖЕТТІЛІКТЕРДІ ОДАН ӨРІ АНЫҚТАУ ҮШІН ТІРКЕЛГЕН ЕМХАНАНЫҢ ШТАТТЫҚ ПСИХОЛОГЫНА ЖІБЕРУ ҰCЫНЫЛАДЫ.

Жұмыс: Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті қарама-қарсыластық "ҚР-да үйге қарттарға ақыл төлейтін күтімді жүзеге асыратын ұйымдарды қолдау" (2021-2024 жж.) ЖОО ішкі ішкі гранттық қызметіне қатынасы шеңберінде жүргізіледі.

Сұрақтар: туылған күн, кезең, көлемі, пошта, мекенжайына, хабарлаушы: a.khulybekova@bnu.kz