

УДК 615.8:614.2

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОДИНОКИХ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ
И ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ И НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
СИСТЕМЫ ИХ ОБСЛУЖИВАНИЯ**

Инаков Шерзодбек Алишерович, ассистент Школы общественного здравоохранения, Ташкентский государственный медицинский университет, г.Ташкент, Узбекистан

sh.inakov@tma.uz

<https://orcid.org/0000-0002-2952-2852>

Аннотация. В статье представлены результаты комплексного медико-социального исследования одиноких пожилых людей и лиц с инвалидностью в Республике Узбекистан. Исследование выполнено с использованием структурно-системного и междисциплинарного подходов и охватывало анализ социально-демографических характеристик, заболеваемости, объёма стационарной помощи и уровня удовлетворённости качеством медицинского и социального обслуживания. Установлено, что для обследованного контингента характерны высокая распространённость хронических неинфекционных заболеваний и полиморбидность, при этом основную долю госпитализаций составляют болезни системы кровообращения, нервной и костно-мышечной систем. Средняя длительность пребывания пожилых пациентов в стационаре составила 14,2 дня. Выявлены различия в оценке качества медико-социальных услуг между пожилыми людьми, проживающими в Центрах социальной поддержки, и респондентами, проживающими в собственных квартирах. Полученные результаты обосновывают необходимость совершенствования системы медико-социального обслуживания с учётом условий проживания и индивидуальных потребностей пожилых людей.

Ключевые слова: одинокие пожилые люди; лица с инвалидностью; медико-социальная помощь; заболеваемость; степень удовлетворённости.

Annotatsiya. Maqolada O'zbekiston Respublikasida yolg'iz yashovchi keksalar va nogironligi bo'lgan shaxslarning tibbiy-ijtimoiy holatini kompleks o'rganish natijalari keltirilgan. Tadqiqot tizimli va fanlararo yondashuv asosida olib borilib, ijtimoiy-demografik ko'rsatkichlar, kasallanish darajasi, statsionar tibbiy yordam hajmi hamda tibbiy va ijtimoiy xizmatlar sifatidan qoniqish darajasi tahlil qilindi. Tadqiqot natijalariga ko'ra, mazkur kontingent uchun surunkali kasalliklarning yuqori darajada tarqalganligi va polimorbidlik xos ekanligi aniqlandi. Gospitalizatsiya tuzilmasida qon aylanish tizimi, asab tizimi hamda tayanch-harakat apparati kasalliklari ustunlik qildi. Kexsa bemorlarning statsionarda o'rtacha yotish muddati 14,2 kuni tashkil etdi. Ijtimoiy qo'llab-quvvatlash markazlarida yashovchi keksalar va o'z uylarida yashovchi

respondentlarning tibbiy-ijtimoiy xizmatlar sifatini baholashida farqlar aniqlandi. Olingan natijalar keksalarning yashash sharoitlari va individual ehtiyojlarini hisobga olgan holda tibbiy-ijtimoiy xizmatlar tizimini takomillashtirish zarurligini asoslaydi.

Kalit so'zlari: yolg'iz keksalar; nogironligi bo'lgan shaxslar; tibbiy-ijtimoiy yordam; kasallanish; qoniqish darajasi.

Annotation. The article presents the results of a comprehensive medical and social study of lonely older adults and persons with disabilities in the Republic of Uzbekistan. The study was conducted using a structural-systemic and interdisciplinary approach and included an analysis of socio-demographic characteristics, morbidity patterns, the volume of inpatient care, and the level of satisfaction with the quality of medical and social services. The findings indicate a high prevalence of non-communicable diseases and pronounced multimorbidity within the studied population. Diseases of the circulatory system, nervous system, and musculoskeletal system accounted for the majority of hospitalizations. The average length of hospital stay among older patients was 14.2 days. Differences were identified in the assessment of the quality of medical and social services between older adults residing in Social Support Centers and those living in their own homes. The results substantiate the need to improve the medical and social care system with consideration of living conditions and the individual needs of older adults.

Key words: lonely elderly, people with disability, medical-social care; morbidity; satisfaction level.

Введение. В условиях демографического старения населения и роста распространённости хронических неинфекционных заболеваний особую актуальность приобретают вопросы организации и совершенствования системы медико-социального обслуживания уязвимых групп населения [1]. К числу таких групп в первую очередь относятся одинокие пожилые люди и лица с инвалидностью, для которых характерны высокий уровень потребности в медицинской помощи, социальной поддержке и долговременном уходе, а также ограниченные возможности самостоятельного удовлетворения жизненно важных потребностей [2,3].

Анализ социально-демографических процессов в Узбекистане показал, что за последние три десятилетия численность постоянного населения в стране увеличилась примерно на 80,0%, с 20 607,7 тыс. человек в 1991 г. до 36 799,8 тыс. человек в 2024 г., ожидаемая продолжительность жизни при рождении увеличилась на 5 лет. За этот период, в результате снижения рождаемости и смертности на 7,3‰ и 1,4‰ соответственно доля лиц старше трудоспособного возраста увеличилась на 2 480,7 тыс. человек составив 11,3% от общей численности населения страны [1,2,8].

Особую проблему представляет контингент одиноких пожилых людей и лиц с инвалидностью, не имеющих устойчивой семейной поддержки [4]. Для данной категории характерны более низкий уровень доступности медицинских услуг, высокая частота обращаемости за экстренной медицинской помощью, несвоевременное выявление заболеваний [5,6].

Несмотря на проводимые в Узбекистане реформы в сфере здравоохранения и социальной защиты населения, включая развитие первичной медико-санитарной помощи, внедрение элементов медико-социального сопровождения и расширение сети учреждений социальной поддержки, вопросы

эффективности и качества обслуживания одиноких пожилых людей и лиц с инвалидностью остаются недостаточно изученными. Это обуславливает необходимость проведения комплексных медико-социальных исследований, направленных на выявление ключевых проблем, оценку существующей системы обслуживания и обоснование направлений её совершенствования с учётом национальных условий.

Целью исследования явилось изучение медико-социальных проблем одиноких пожилых людей и лиц с инвалидностью в Республике Узбекистан и обоснование направлений совершенствования системы их обслуживания.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено с применением комплексного междисциплинарного подхода и направлено на изучение медико-социальных и социально-демографических характеристик заболеваемости одиноких пожилых людей и лиц с инвалидностью. Методологическую основу исследования составил структурно-системный подход, позволивший рассматривать систему медико-социального обслуживания изучаемого контингента как совокупность взаимосвязанных медицинских, социальных и демографических факторов.

Объектом исследования являлись одинокие пожилые люди и лица с инвалидностью, состоящие на учёте Национальном агентстве социальной защиты при Президенте Республики Узбекистан и проживающие как в Центрах социальной поддержки, так и самостоятельно - в собственных квартирах.

Анализ территориального распределения одиноких пожилых людей и лиц с инвалидностью по геоэкономическим регионам страны показал, что наибольшая их доля приходилось на восточный (48,0%), центрально-восточный (17,0%) и центральный (14,0%) регионы. С учётом полученных данных для проведения углублённого исследования были отобраны три административно-территориальные единицы с наибольшей долей выборочной совокупности — Андижанская область (18,0%), Самаркандская область (10,0%) и Ташкентская область (9,0%). Кроме того, в качестве отдельной территориальной единицы в исследование был включён город Ташкент, в котором проживало 5,0% обследованных респондентов, что обусловлено его статусом столицы и особенностями организации медико-социальной помощи.

Выборочная совокупность исследования была разделена на две группы. Основную группу составили 550 одиноких пожилых людей и лиц с инвалидностью, проживающих в собственных квартирах. Контрольную группу составили 500 одиноких пожилых людей и лиц с инвалидностью, находящихся под полной государственной опекой и проживающих в Центрах социальной поддержки.

Изучение заболеваемости одиноких пожилых людей и лиц с инвалидностью проводилось в динамике за период 2022–2024 гг. по когортному принципу, что позволило увеличить общий объём наблюдений до 3150 человеко-наблюдений. Для анализа заболеваемости применялись ретроспективный и перспективный исторические методы исследования.

Источниками информации служили первичная медицинская и учётно-отчётная документация, включая медицинские карты амбулаторного больного (форма № 025/у), статистические талоны для регистрации уточнённого (заключительного) диагноза (форма № 025-2/у), контрольные карты диспансерного наблюдения (форма № 030/у), медицинские карты стационарного больного, дневного стационара и стационара на дому (форма №

003-2/у), а также выписки из истории болезни (форма № 066), полученные в семейных поликлиниках, Центрах социальной поддержки и районных/городских больницах.

Особое внимание уделялось оценке качества медицинской и социальной помощи и изучению удовлетворённости одиноких пожилых людей и лиц с инвалидностью предоставляемыми услугами. В ходе социологического опроса анализировались виды наиболее часто посещаемых медицинских учреждений, частота и причины обращаемости, потребности в стационарных и санаторно-курортных видах лечения, а также в протезно-ортопедических изделиях. Респондентам, пользовавшимся медико-социальными услугами, предлагалось оценить качество их предоставления по четырёхбалльной шкале («отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «плохо») с указанием причин неудовлетворительной оценки.

Результаты исследования.

Население большинства стран мира быстро стареет из-за снижения рождаемости и увеличения продолжительности жизни [10]. В настоящее время доля пожилых людей старше 60 лет в Узбекистане составляет 9,4%, самая высокая по Центральной Азии, и, согласно прогнозам, она достигнет 21,5% в 2050 году [2,8].

Анализ данных показал, что наибольшая численность одиноких пожилых людей, охваченных государственным социальным обслуживанием, отмечалась в Андижанской (42,1%) и Самаркандской областях (26,3%), тогда как в Ташкентской области и городе Ташкент данный показатель составил 20% и 11,6% соответственно. Во всех выбранных регионах преобладали лица без инвалидности, однако удельный вес лиц с инвалидностью оставался значительным и варьировал от 14,9% в городе Ташкенте до 33,8% в Андижанской области.

Таблица 1.

Охват одиноких пожилых людей и лиц с инвалидностью государственным социальным обслуживанием (выбранные регионы)*

№	Регионы	Всего	лица без инвалидности	лица с инвалидностью
1	Андижан	2,963	2,324	639
2	Самарканд	1,850	1,266	584
3	Ташкентская область	1,408	1,024	384
4	город Ташкент	813	531	282
	Всего	7,034	5,145	1,889

*на начало января 2025г.

Одинокие пожилые люди и лица с инвалидностью, проживающие в собственных квартирах, обеспечиваются медико-социальной помощью социальными работниками и сотрудниками территориально прикрепленных учреждений первичной медико-санитарной помощи, тогда как одинокие пожилые и лица с инвалидностью, проживающие в Центрах социальной поддержки, содержатся на полном государственном обеспечении, где им оказывается медицинская и социальная помощь, включая обеспечение протезно-ортопедическими изделиями и техническими средствами реабилитации.

Рост численности пожилых людей и лиц с инвалидностью приводит к

увеличению нагрузки на систему здравоохранения и социальной защиты населения [9]. Заболеваемость лиц пожилого возраста (1492,3‰) в 1,7 раза превышает уровень общей заболеваемости населения (897,3‰). При этом среди мужчин чаще, чем среди женщин, встречаются лица с длительным, частым и эпизодическим течением заболеваний (рисунок 1).

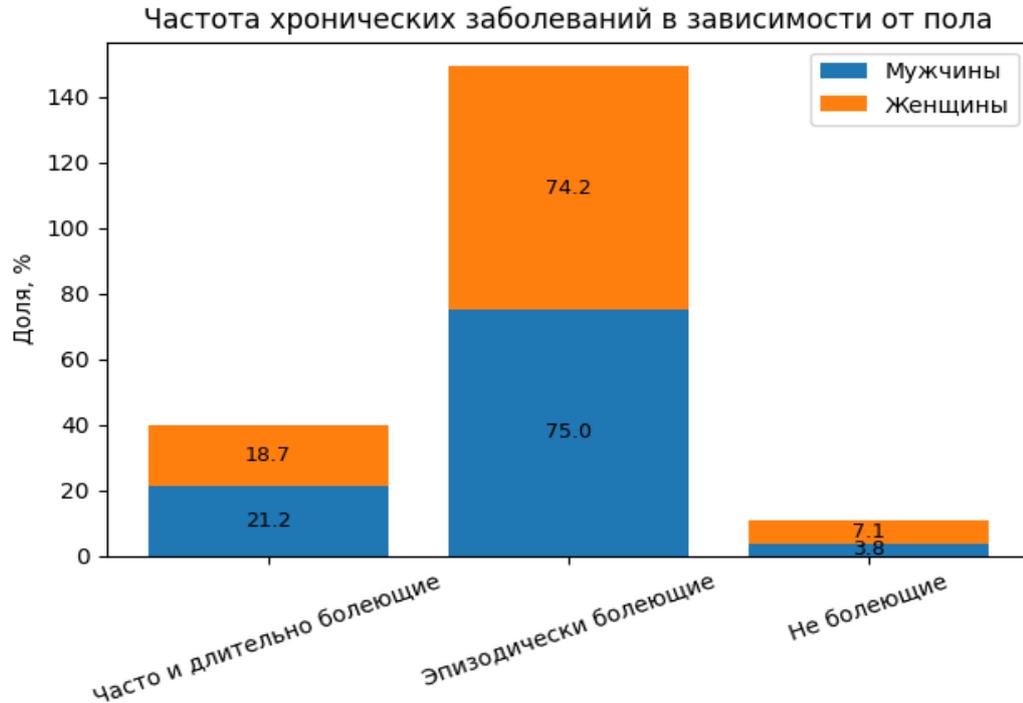


Рисунок 1. Частота обострений хронических заболеваний у респондентов разного пола за 3 года, %

Так, если в 2016 году число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений пожилыми людьми и лицами с инвалидностью составляло 12,7 посещения на одного человека, то к 2024 году данный показатель увеличился до 14,2 посещения на одного представителя соответствующего контингента, при республиканском показателе 7,3 посещения.

Наиболее уязвимой категорией среди пожилых людей и лиц с инвалидностью, особенно нуждающихся в медицинской помощи, уходе и социальной защите, является быстро увеличивающаяся группа лиц в возрасте 75 лет и старше, а также одиноко проживающие пожилые люди, что обусловлено ростом заболеваемости и увеличением числа лиц, нуждающихся в постороннем уходе в силу возрастных особенностей [11].

При анализе результатов опроса пожилых людей в возрасте 75 лет и старше, проживающих в Центрах социальной поддержки, выявлена группа физически ослабленных лиц, особенно восприимчивых к заболеваниям. Среди них у 17,9% респондентов, преимущественно мужчин, отмечались жалобы на депрессивные состояния. Признаки депрессии в большей степени выявлялись у одиноких людей, проживающих в собственных квартирах и у долгожителей (90 лет и старше).

Особенностью старших возрастных групп населения является высокая потребность в медико-социальной помощи различных видов [12]. Госпитализация одиноких пожилых людей чаще всего обусловлена как медицинскими, так и социальными показаниями. Анализ объёма оказываемой

стационарной помощи пожилым людям и лицам с инвалидностью в городских и районных больницах показал, что в структуре госпитализированной заболеваемости преобладали болезни системы кровообращения (62,8%), болезнями нервной системы (14,4%), болезни костно-мышечной системы (9,7%), болезни органов дыхания (7,6%), а также болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (2,1%). Указанные классы заболеваний в совокупности составили 96,6% всех случаев госпитализации лиц пожилого возраста.

Анализ госпитализированной заболеваемости свидетельствует о том, что среди пожилых людей и лиц с инвалидностью увеличивается доля сочетанной патологии. У пожилых пациентов в 81,7% случаев отмечалась множественная заболеваемость (полиморбидность). Средняя длительность пребывания пожилых больных в стационаре колебалась с 10,5 до 18,8 дней и в среднем составила 14,2 дня (таблица 2).

Таблица 2

Объём оказанной стационарной помощи пожилым людям и лицам с инвалидностью в выбранных городских и районных больницах (в среднем за 2022–2024 гг.)

Название болезней	Доля пролеченных пенсионеров всего	Средняя длительность пребывания пожилых пациентов в койке
Новообразования	0,9%	18,0
Болезни крови и кроветворных органов	4,6%	15,0
Болезни эндокринной системы	5,1%	13,0
Психические расстройства	0,3%	20,0
Болезни нервной системы	3,5%	14,0
Болезни глаза и его придаточного аппарата	3,3%	10,0
Болезни уха и сосцевидного отростка	2,7%	9,0
Болезни системы кровообращения	47,2%	15,2
Болезни органов дыхания	6,1%	12,0
Болезни органов пищеварения	6,6%	11,0
Болезни кожи и подкожной клетчатки	1,1%	9,0
Болезни костно-мышечной системы	13,2%	16,0
Болезни органов мочеполовой системы	4,7%	13,0
Врожденные аномалии	0,4%	18,0
Травмы и отравления	0,3%	17,0
Итого / В среднем	100,0	14,2

Рост численности пожилого населения приводит к увеличению потребности в медико-социальной помощи и развитию сети учреждений

социального обслуживания. В связи с этим было изучено качество медицинского и социального обслуживания пожилых людей с учётом уровня их удовлетворённости получаемыми услугами. Для этого проведён опрос-интервью пациентов с оценкой их физического и психического состояния.

Анкета включала 24 вопроса, направленных на оценку качества медицинских услуг, социального обслуживания и санитарно-гигиенических условий проживания пожилых людей в Центрах социальной поддержки, а также при проживании у себя на дому.

Основной причиной обращения пожилых людей в Центры социальной поддержки являлась потребность в постороннем уходе и ухудшение состояния здоровья. Большинство респондентов отметили достаточность предоставляемых услуг, вежливость персонала и удовлетворительное санитарно-гигиеническое состояние учреждений (97,8%), а также качество питания (79,6%).

В то же время часть опрошенных выразила неудовлетворённость качеством отдельных медико-социальных услуг. Положительно оценивалась организация досуга и наличие условий для самостоятельного приготовления пищи.

Тогда как респонденты, проживающие в собственных квартирах, в целом оценили объём предоставляемых медико-социальных услуг как средний. По их мнению, оказываемая помощь носит преимущественно поддерживающий характер и не в полной мере соответствует индивидуальным потребностям, связанным с возрастными и функциональными ограничениями. Оценка вежливости и отношения персонала (социального работника) была неоднородной: респонденты отмечали, что взаимодействие с социальными работниками в ряде случаев является формальным и зависит от личных качеств специалиста, при этом указывалось на недостаточный уровень коммуникативных навыков у части сотрудников. Кроме того, большинство опрошенных, указали на недостаточную организацию мероприятий по досугу и социальной активности. Отсутствие системных культурно-досуговых и реабилитационных мероприятий рассматривалось респондентами как фактор, негативно влияющий на их психоэмоциональное состояние и качество жизни в целом.

По результатам оценки качества медико-социального обслуживания по пятибалльной шкале 18,4% респондентов оценили его как «отличное», 45,8% — как «хорошее», 28,5% — как «удовлетворительное» и 7,3% — как «неудовлетворительное».

Полученные данные указывают на необходимость дальнейшего совершенствования медико-социального обслуживания пожилых людей с учётом условий проживания и состояния здоровья.

Заключение.

Проведённое исследование показало, что рост численности пожилого населения и увеличение доли одиноких пожилых людей и лиц с инвалидностью сопровождаются существенным увеличением потребности в комплексной медико-социальной помощи. Для данного контингента характерны высокая распространённость хронических неинфекционных заболеваний, выраженная полиморбидность и значительная потребность в стационарных и амбулаторных формах медицинского наблюдения, что подтверждается ростом показателей госпитализированной заболеваемости и увеличением средней длительности пребывания в стационаре.

Установлено, что основную долю в структуре госпитализированной заболеваемости пожилых людей составляют болезни системы кровообращения, нервной системы и костно-мышечной системы, на которые приходится более 90% всех случаев стационарного лечения. Средняя длительность пребывания пожилых пациентов в стационаре составила 14,2 дня, при наибольших значениях при новообразованиях, психических расстройствах и заболеваниях костно-мышечной системы, что отражает сложность клинического течения и потребность в длительном уходе.

Сравнительный анализ показал, что одинокие пожилые люди, проживающие в Центрах социальной поддержки, в целом более удовлетворены объёмом и организацией предоставляемых услуг, санитарно-гигиеническими условиями и питанием, тогда как респонденты, проживающие в собственных квартирах, оценивают объём получаемой медико-социальной помощи как средний. При этом в данной группе чаще отмечалась неоднородность оценок вежливости и коммуникативных навыков персонала, а также недостаточность мероприятий, направленных на организацию досуга и социальной активности.

Полученные результаты свидетельствуют о наличии системных проблем в организации медико-социального обслуживания одиноких пожилых людей и лиц с инвалидностью, особенно при проживании вне учреждений социальной поддержки. Это определяет необходимость дальнейшего совершенствования межведомственного взаимодействия, усиления роли первичной медико-санитарной помощи и развития адресных форм медико-социального сопровождения с учётом условий проживания, состояния здоровья и индивидуальных потребностей пожилых людей.

Литература.

1. Инаков Ш.А., Маматкулов Б.М., Инаков А.К. Состояние медико-социальной помощи одиноким пожилым и лицам с инвалидностью в Узбекистане // Вестник Медико-социального института Таджикистана. – Душанбе. – 2023.- №2 (7). - С. 29-36.
2. Маматкулов Б.М., Инаков А.К., Инаков Ш.А. Социально-демографическая характеристика заболеваемости лиц пожилого возраста // Журнал современной медицины. – Ташкент. – 2024. – №4(7). - С.315-320.
3. Accius J.; Hado E. Reimagining and Transforming Long-Term Care. Generations Journal. April 27, 2022. <https://generations.asaging.org/reimagining-and-transforming-long-term-care>
4. Ageing and health. (n.d.). Retrieved December 28, 2025, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
5. Balakrishnan et al. Prevalence of multimorbidity and its correlates among older adults in Eastern Nepal. BMC Geriatrics. (2022) 22:425. doi: 10.1186/s12877-022-03115-2
6. Giacomini et al. Trajectories and determinants of emergency department use among nursing home residents: a time series analysis (2012-2019). BMC Geriatrics. (2022) 22:418. doi: 10.1186/s12877-022-03078-4
7. Noncommunicable diseases. (n.d.). Retrieved December 28, 2025, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
8. Sherzodbek A.Inakov, Bakhramjon B.Mamatkulov, Khilola Kosimova, Shoira Saidalikhujeva, Hadichakhon B.Shoyusupova. Social and Demographic Characteristics of Elderly and their Lifestyle in Developing Countries: On the

Example of Uzbekistan // Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology. 2020. Vol.14. - №4. – P.7418-7425.

9. Susan C. Reinhard; Brendan Flinn; Carrie B.Amero. COVID-19's Impact on Community-based Long-Term Services and Supports. Generations Journal. April 27, 2022. <https://generations.asaging.org/covid-19s-impact-community-based-ltss>

10.

U

nited Nations. World Population Ageing 2023. – New York: UN DESA, 2023.

11.

W

orld Health Organization. Decade of Healthy Ageing: Baseline report. Geneva: WHO; 2020.

12.

W

ho.int/docs/default-source/mca-documents/ageing/9789240694811-eng.pdf?utm_source=chatgpt.com. (n.d.). Retrieved December 28, 2025, from https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/ageing/9789240694811-eng.pdf?utm_source=chatgpt.com