

DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER112079>

Медико-социологическое исследование лиц пожилого и старческого возраста, получающих медико-социальную помощь в стационарных условиях и на дому

Л.А. Карасаева¹, И.Ф. Тимербулатов², Ю.Е. Кондратьева^{1, 2}, С.С. Пузин³¹ Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов, Санкт-Петербург, Российская Федерация² Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Российская Федерация³ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Обоснование. Оценка потребности в медико-социальной и долговременной помощи лиц пожилого и старческого возраста служит основанием для совершенствования организационных мер по повышению качества оказываемых медико-социальных услуг.

Цель. Определение нуждаемости лиц пожилого и старческого возраста в оказании медико-социальной помощи.

Материалы и методы. Для проведения исследования определена репрезентативная выборочная совокупность объемом 400 респондентов пожилого и старческого возраста, из которых 280 (70,0%) лиц проживали в домашних условиях (I группа) и 120 (30,0%) — в стационарных условиях геронтологического центра (II группа). Исследование проведено методом интервьюирования на основе специально разработанной анкеты и опросника «Одиночество» С.Г. Корчагиной. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы Microsoft Office Excel 2013 и статистического пакета Statistica 12.

Результаты. Средний возраст респондентов составил $72,9 \pm 7,96$ года ($p > 0,05$). Наличие полиморбидности отметил каждый третий респондент (33,0%), из них 2–3 заболевания имели 26,0%, 4 и более — 7,0%, с превалированием в структуре заболеваемости болезней сердечно-сосудистой системы. У 53,0% выявлена повышенная потребность в медико-социальной надомной помощи. Медицинской помощью были удовлетворены 31,0% респондентов, социальную помощь считают доступной 41,0%. Установлена высокая распространённость состояния одиночества у лиц пожилого и старческого возраста: 94,0% в I группе, 99,0% — во II группе, с прогрессивным изменением показателя по мере увеличения возраста пожилых пациентов.

Заключение. С увеличением возраста ухудшается субъективная самооценка здоровья, связанная с ростом полиморбидности (преимущественно возраст-ассоциированных заболеваний) и наличием инвалидности; снижение возможности самообслуживания увеличивает потребность пожилых людей в посторонней помощи и уходе. Высокая распространённость самооценки одиночества у лиц пожилого и старческого возраста обуславливает повышенную нуждаемость пожилых пациентов в психокоррекционных мероприятиях.

Ключевые слова: медико-социальная помощь; лица пожилого и старческого возраста; одиночество; анкетирование; нуждаемость.

Как цитировать:

Карасаева Л.А., Тимербулатов И.Ф., Кондратьева Ю.Е., Пузин С.С. Медико-социологическое исследование лиц пожилого и старческого возраста, получающих медико-социальную помощь в стационарных условиях и на дому // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2022. Т. 25, № 4. С. 249–257. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER112079>

DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER112079>

Medical and sociological research of persons elderly and senior age receiving medical and social assistance in stationary conditions and at home

Ludmila A. Karasaeva¹, Ilgiz F. Timerbulatov², Julia E. Kondratyeva^{1, 2}, Sergei S. Puzin³

¹ St. Petersburg Institute of advanced training of doctors-experts, Saint-Petersburg, Russian Federation

² Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

³ Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

BACKGROUND: Assessment of the need for medical and social and long-term care for elderly and senile people serves as the basis for improving organizational approaches to improve the quality of medical and social services provided.

AIMS: Determination of the needs of elderly and senile people in the provision of medical and social assistance.

MATERIALS AND METHODS: For the study, a representative selective set of 400 elderly respondents is determined, of which 280 (70.0%) respondents lived at home (I group) and 120 (30.0%) — under the stationary conditions of the gerontological center (II group). The study was conducted by interviewing based on a specially designed questionnaire and «Loneliness» by Svetlana G. Korchagina. Statistical processing of the received data was carried out using the Microsoft Office Excel 2013 and statistical package Statistica 12.

RESULTS: The average age of the respondents was 72.9 ± 7.96 years ($p > 0.05$). The presence of polymorbidity was noted by every third respondent (33.0%), of which 2–3 diseases had 26.0%, 4 or more — 7.0%, with a prevalence in the structure of the incidence of diseases of the cardiovascular system. 53.0% of people are in need for medical and social home care. 31.0% of people were satisfied with medical care, 41.0% of people consider social assistance available. A high prevalence of the state of loneliness in elderly and senile people was established: 94.0% in group I, 99.0% in group II, with a progressive increase in the rate as the age of the elderly increases.

CONCLUSIONS: With increasing age, the subjective self-assessment of health worsens, associated with an increase in polymorbidity (mainly age-associated diseases) and the presence of disability; the decrease in the possibility of self-care increases the need for the elderly for assistance and care. The high prevalence of self-assessment of «loneliness» among the elderly and senile causes an increased need for older people in psycho-corrective measures.

Keywords: medical and social assistance; elderly and senile people; loneliness; questioning; neediness.

To cite this article

Karasaeva LA, Timerbulatov IF, Kondratyeva JE, Puzin SS. Medical and sociological research of persons elderly and senior age receiving medical and social assistance in stationary conditions and at home. *Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation*. 2022;25(4):249–257. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER112079>

Received: 24.10.2022

Accepted: 10.11.2022

Published: 30.07.2023

ОБОСНОВАНИЕ

Оценка потребности в медико-социальной и долговременной помощи лиц пожилого и старческого возраста служит основанием для совершенствования организационных мер по повышению качества оказываемых медико-социальных услуг [1].

Цель исследования — определение нуждемости лиц пожилого и старческого возраста в оказании медико-социальной помощи.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Авторами выполнено обсервационное (описательное) поперечное исследование.

Критерии соответствия

Критерием включения респондентов в данное исследование являлся пожилой возраст (женщины 56 лет и старше, мужчины 61 года и старше). Критерии исключения — пациенты, страдающие психическими расстройствами; лица, отказавшиеся принять добровольное участие в анонимном медико-социологическом опросе.

Продолжительность исследования

Исследование проводилось с января по апрель 2022 года.

Этическая экспертиза

Данное исследование было одобрено локальным этическим комитетом при Санкт-Петербургском институте усовершенствования врачей-экспертов (протокол № 4 от 24.10.2022 года).

Условия проведения

Исследование проводилось на базе Государственного автономного учреждения социального обслуживания населения «Республиканский геронтологический центр «Именлек» (г. Уфа), автономной некоммерческой организации «Центр социального обслуживания населения «Доверие» (Республика Башкортостан, Кушнаренковский район), а также посредством цифрового сервиса с использованием мобильного приложения на телефоне (для iOS и Android).

Методы исследования

Исследование проведено социологическим методом полуструктурированного интервью на основании специально разработанной анкеты и опросника «Одиночество» С.Г. Корчагиной. Вопросы анкеты включали основные демографические и медико-социальные характеристики лиц пожилого и старческого возраста, такие как возраст, пол, уровень образования, семейное положение, социально-бытовые условия, наличие хронических заболеваний, частота отдельных патологических синдромов, способность

к передвижению, самообслуживанию, самооценка здоровья. Структура анкеты позволяла изучить нуждаемость и удовлетворённость лиц пожилого и старческого возраста медицинским и социальным обслуживанием, в том числе доступностью медико-социального обслуживания в домашних условиях.

Статистический анализ

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы Microsoft Office Excel 2013 и статистического пакета Statistica 12. Критическое значение уровня значимости устанавливали при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Объект исследования

Для проведения исследования взята репрезентативная выборочная совокупность объёмом 400 респондентов пожилого и старческого возраста, постоянно проживающих в Республике Башкортостан. Всех респондентов объединили в две группы: 280 (70,0%) лиц, проживающих в домашних условиях (I группа), анкетирование которых проведено очно и онлайн, и 120 (30,0%) лиц, постоянно проживающих в условиях геронтологического центра (II группа).

Основные результаты и обсуждение

Возраст опрошенных находился в диапазоне от 60 до 89 лет у мужчин и от 55 до 89 лет у женщин. Лица в возрасте 60–74 лет составили 61,0%. По гендерному признаку — доля мужчин составила 48,0%, женщин — 52,0%.

Средний возраст опрошенных составил $72,9 \pm 7,96$ года, у мужчин он был ниже, чем у женщин ($71,5 \pm 7,61$ и $73,6 \pm 7,89$ года соответственно; $p > 0,05$), что соответствует гендерным демографическим особенностям в Республике Башкортостан.

Установлено, что высшее образование имели 22,9% в I группе и 18,3% во II группе, среднее специальное — 32,9 и 29,2%, полное общее образование — 26,9 и 31,7%, среднее общее — 13,9 и 15,8% и начальное образование — 3,4 и 5,0% соответственно.

Распределение по семейному положению показало, что во II группе высокий удельный вес имели вдовы (вдовцы) (43,0%) и разведённые (39,0%), доля женатых (замужних) составила 6,0%, никогда не состояли в браке 12,0%. В I группе доля вдовых и разведённых оказалась ниже (29,0 и 25,0% соответственно), доля состоящих в браке — 38,0% и никогда не состоявших в браке — 8,0% (рис. 1).

Установлено, что среди респондентов I группы 39,0% проживают в окружении своих близких, из них вдвоём проживают 24,5%, у 14,5% респондентов трое и более членов семьи. В этой группе высокой оказалась доля лиц, проживающих самостоятельно — 40,0%. Респонденты II группы, проживающие в Республиканском

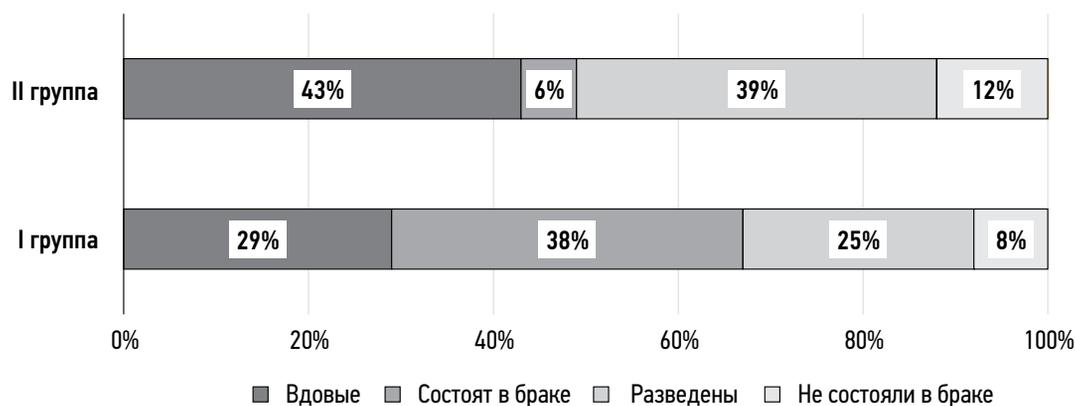


Рис. 1. Распределение респондентов I и II групп по семейному положению ($n=400$).

Fig. 1. Distribution of respondents in groups I and II by marital status ($n=400$).

геронтологическом центре, в 60,8% случаев были одиночными, а 30,0% не смогли проживать в домашних условиях из-за конфликтных отношений или отказа детей ухаживать за престарелыми родителями.

Для пожилых пациентов характерны наличие множественной хронической патологии и развитие ряда гериатрических синдромов [2, 3]. В проведенном исследовании наличие полиморбидности отметил каждый третий респондент (33%), из них 2–3 заболевания имели 26,0%, 4 и более — 7,0%. В структуре заболеваемости 22,7% составляли болезни костно-мышечной системы, 19,1% — сердечно-сосудистой системы, 17,0% — желудочно-кишечного тракта, 13,5% — глаза и уха, 11,3% — сахарный диабет, 7,8% — болезни нервной системы, 3,5% — органов дыхания, 2,8% — онкологические заболевания, 2,3% — прочие заболевания (рис. 2).

Для углублённого изучения потребностей в медико-социальной помощи респонденты были распределены на 3 возрастные группы: до 65 лет, от 65 до 74 лет, 75 лет и старше.

Анализ самооценки респондентами своего здоровья показал, что с возрастом она ухудшается. Доля лиц, оценивших свое здоровье как плохое и очень плохое, увеличилась в обеих группах, однако во II группе их доля оказалась статистически значимо выше (табл. 1).

Так, в возрастной группе до 65 лет среди лиц I группы доля посчитавших свое здоровье плохим и очень плохим суммарно составила 5,3%, среди лиц II группы — 17,5% ($p < 0,05$); в возрасте 65–74 лет — 22,3 и 52,5% ($p < 0,001$); в возрасте 75 лет и старше — 47,6 и 75,0% соответственно ($p < 0,001$).

Среди состояний, повлиявших на самооценку здоровья, на 100 опрошенных были получены следующие ответы: слабость и быстрая утомляемость (71 — в I группе и 92 — во II группе; $p < 0,001$), снижение способности к передвижению из-за болей в суставах и позвоночнике (соответственно 71 и 97; $p < 0,001$), ухудшение зрения (65 и 82; $p < 0,01$), снижение памяти (38 и 54; $p < 0,01$) и слуха (26 и 49; $p < 0,001$).

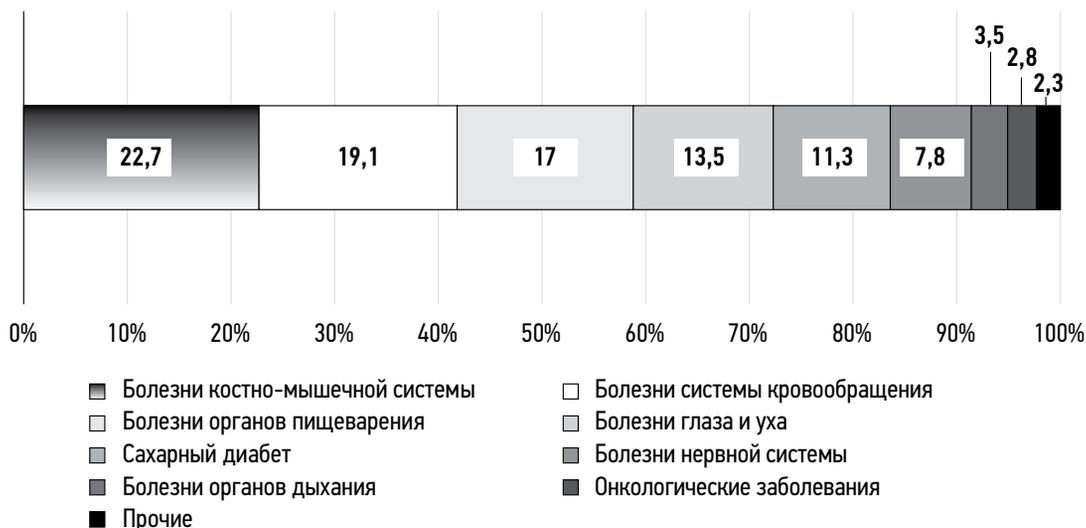


Рис. 2. Распределение респондентов по частоте встречаемости хронических заболеваний ($n=400$).

Fig. 2. Distribution of respondents by frequency of occurrence of chronic diseases ($n=400$).

Таблица 1. Распределение респондентов I и II групп по самооценке здоровья в зависимости от возраста ($n=400$), %**Table 1.** Distribution of respondents in groups I and II according to self-assessment of health depending on age ($n=400$), %

Критерии самооценки здоровья	До 65 лет		65–74 года		75 лет и старше	
	I группа	II группа	I группа	II группа	I группа	II группа
Хорошо	12,6	7,5	8,7	2,5	3,7	0,0
Удовлетворительно	82,1	75,0	68,9	45,0	48,8	25,0
Плохо	5,3	15,0	19,4	45,0	42,7	62,5
Очень плохо	0,0	2,5	2,9	7,5	4,9	12,5
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 2. Распределение респондентов I и II групп по способности к самообслуживанию в зависимости от возраста ($n=400$), %**Table 2.** Distribution of respondents in groups I and II according to the ability to self-service, depending on age ($n=400$), %

Критерии самообслуживания	До 65 лет		65–74 года		75 лет и старше		Итого	
	I группа	II группа	I группа	II группа	I группа	II группа	I группа	II группа
Полностью могу себя обслуживать	89,5	80,0	71,8	42,7	42,7	17,5	69,3	48,3
Могу обслуживать себя частично	10,5	10,0	28,2	30,0	57,3	50,0	30,7	30,0
Не могу себя обслуживать	0,0	10,0	0,0	22,5	0,0	32,5	0,0	21,7
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Как показал анализ результатов опроса, способность к самообслуживанию снижалась с возрастом. Так, показатели полной нуждаемости в посторонней помощи установлены лишь у пожилых пациентов II группы — 21,7% (табл. 2).

Что касается оказания надомной медико-социальной помощи пожилым пациентам [5], то потребность в ней более детально изучена у респондентов I группы ($n=280$).

Изучение социального статуса респондентов I («домашней») группы показало, что все они являлись пенсионерами по старости, из них ветераны труда составили 19,0%, ветераны Великой Отечественной войны и приравненные к ним категории — 1,0%, продолжали работать — 4,5%. Большая часть пациентов имели благоприятные социально-бытовые условия для проживания: в благоустроенной квартире со всеми удобствами проживали 94,0%, в коммунальной квартире — 6,0%.

Существенным аспектом жизнедеятельности для лиц пожилого возраста является коммуникация с людьми. Рассматривая круг общения респондентов I группы, выявлено, что на 100 опрошенных 71 человек регулярно общаются с детьми и родственниками, у 43 налажены хорошие контакты с соседями, у 25 — с коллегами по работе и друзьями, у 3 человек контакты крайне ограничены, поскольку они сами не выражали желания общаться.

Была проанализирована обращаемость респондентов в медицинские организации. В ходе опроса выяснилось, что на 100 опрошенных за медицинской помощью по различным поводам обращались 93 респондента. Чаще всего респонденты обращались к участковому врачу-терапевту (врачу общей практики) территориальной поликлиники по поводу заболеваний — 88,5 на 100 опрошенных,

по поводу прохождения диспансеризации — 36,5, реже обращались к врачам-специалистам — 28,5, к врачам-гериатрам — 8,0, стационарное лечение получали 19,5, вызывали службу скорой помощи 36,0. Установлено, что 91 из 100 респондентов в случае заболевания посещал участковый врач-терапевт, 36 из 100 — участковая медицинская сестра. В целом положительно работу медицинских организаций оценили 31,0% опрошенных. Основными причинами неудовлетворённости явились сложности в вызове участкового врача территориальной поликлиники или записи на приём.

Исследование показало, что существенную проблему для пожилого контингента представляет использование электронных сервисов [6] (электронной почты, Единого портала государственных услуг — www.gosuslugi.ru) при формировании электронного обращения для взаимодействия с медицинской и социальными службами: 62,5% респондентов не владеют навыками пользования электронными ресурсами и практически их не применяют, 31,5% владеют слабо и обращаются за помощью к родственникам, соседям или соцработникам, и только 6,0% опрошенных пользуются ими самостоятельно.

Социальные услуги получали 90 пациентов (32,1%), в основном респонденты, имеющие инвалидность — 77 человек (96,3%). Длительность получения социальной помощи варьировала от одного до двадцати двух лет и в среднем составила $6,2 \pm 1,25$ года.

В ходе опроса выяснилось, что 90 респондентов посещал социальный работник, 8 — психолог, 6 — волонтер. Анализ оценочных суждений показал, что социальное обслуживание, организованное на дому, в целом хорошо оценили 28,6% граждан пожилого возраста.

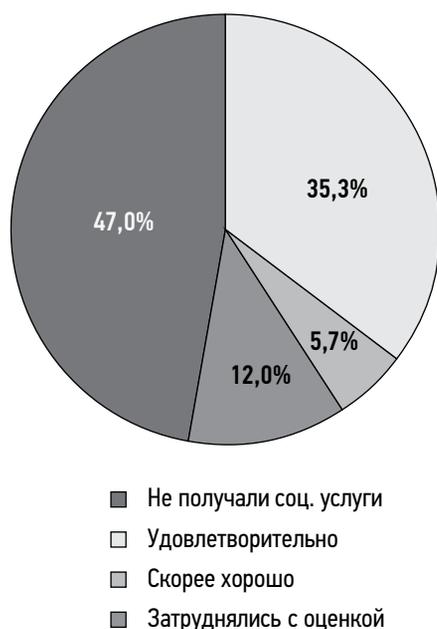


Рис. 3. Результаты оценки доступности социальной помощи респондентами I группы ($n=280$).

Fig. 3. The results of assessing the availability of social assistance by respondents of the I group ($n=280$).

Изучена дифференцированная оценка доступности социальной помощи в надомных условиях: 35,3% оценили её удовлетворительно, 5,7% — скорее хорошо и 12% затруднились с оценкой (рис. 3).

Была проанализирована структура получаемых социальных надомных услуг в зависимости от возраста (табл. 3).

Установлена потребность в следующих видах социальных стационарозамещающих услуг у респондентов I группы:

- социально-бытовые услуги, направленные на оптимизацию условий жизнедеятельности в быту, на момент опроса получали 32,1% опрошенных, однако потребность в этих услугах оказалась выше и составила 93,2% ($p < 0,001$);
- социально-медицинские услуги по организации ухода, направленные на содействие в проведении оздоровительных и реабилитационных мероприятий, получали 21,4% опрошенных при нуждаемости 52,7% ($p < 0,001$);
- социально-психологические услуги по коррекции психологического состояния, социально-психологический патронаж получали 2,9% опрошенных при нуждаемости 24,3% ($p < 0,001$);
- социально-педагогические услуги по профилактике отклонений в поведении получали 6,4% опрошенных, нуждаемость составила 33,0% ($p < 0,001$);
- социально-правовые услуги по оказанию помощи в получении юридического сопровождения в вопросах социального обслуживания, защите прав и законных интересов получали 4,3% опрошенных, потребность в этих услугах составила 27,0% ($p < 0,001$);
- услуги в целях повышения коммуникативного потенциала, по организации помощи в обучении навыкам компьютерной грамотности, использовании средств ухода, организации досуга получали 6,4% опрошенных при нуждаемости 33,8% ($p < 0,001$);

Таблица 3. Структура получаемых социальных надомных услуг по возрасту среди респондентов I группы, n (%)

Table 3. Structure of social home-based services received by age among respondents of the I group, n (%)

Виды услуг	Возрастная группа, лет			Итого ($n=90$)	Процент респондентов
	До 65 ($n=6$)	65–74 ($n=19$)	75 и старше ($n=65$)		
Социально-бытовые	6 (100,0)	19 (100,0)	65 (100,0)	90 (100)	32,1
Социально-медицинские	3 (50,0)	15 (78,9)	42 (64,6)	60 (66,7)	21,4
Социально-психологические	1 (16,7)	3 (15,9)	4 (6,2)	8 (8,9)	2,9
Социально-педагогические	1 (16,7)	2 (10,5)	15 (23,0)	18 (20,0)	6,4
Социально-правовые	0 (0,0)	2 (10,5)	10 (15,4)	12 (13,3)	4,3
Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала	0 (0,0)	4 (21,1)	14 (21,5)	18 (20,0)	6,4
Всего услуг, абс.ч.	11	45	150	206	73,6
На 100 опрошенных	11,6	43,7	182,9	73,6	–
Число услуг на 1 получателя услуг	1,8	2,3	2,3	2,2	–

- социально-трудовые услуги у респондентов на момент опроса не были востребованы.

Таким образом, среди получателей надомных услуг наиболее востребованными оказались социально-бытовые (покупка и доставка на дом продуктов питания, средств ухода, приготовление и подача пищи, кормление, мытье посуды, уборка квартиры, смена белья, стирка одежды, сопровождение респондентов на прогулку и до объектов социального назначения) — 100% респондентов, социально-медицинские услуги (обеспечение ухода, помощь в оформлении путёвки на санаторно-курортное лечение, на медико-социальную экспертизу, динамическое наблюдение за показателями здоровья (измерение артериального давления, измерение температуры тела), контроль за приёмом лекарственных средств, назначенных врачом, проведение санитарно-гигиенических процедур — уход за кожей и слизистыми, смена нательного белья) — 66,7%. В меньшей степени респонденты были охвачены социально-правовыми (получение по доверенности пенсий, консультации по вопросам прав на социальное обслуживание, помощь в получении социальных льгот) — 13,3% и социально-психологическими услугами (психологическое консультирование, проведение бесед) — 8,9%.

Проанализирована нуждаемость в медико-социальной надомной помощи в соответствии с возрастными диапазонами. Установлено, что потребность в медико-социальной надомной помощи увеличивается с возрастом: в социально-бытовых услугах — с 26,3% в возрасте до 65 лет до 87,5% в возрасте 75 лет и старше, социально-медицинских — соответственно с 10,5 до 56,3%, социально-психологических — с 5,3 до 22,5%, социально-педагогических — с 3,2 до 37,5%, социально-правовых — с 2,1 до 27,5%, услугах по повышению коммуникативного потенциала — с 10,5 до 32,5%. В расчёте на одного опрошенного потребность возрастала от 0,6 услуги в возрасте до 65 лет до 2,6 услуги в возрасте 75 лет и старше.

По результатам опроса, нуждаемость в различных видах социального обслуживания испытывают 53% респондентов, что значительно превышает удельный вес их получателей — 32,1% ($p < 0,001$). Одной из причин сложившейся ситуации является недостаточная работа медико-социальных служб по активному выявлению пожилых граждан, нуждающихся в оказании долговременной помощи на дому.

По степени удовлетворённости основными сферами жизни можно косвенно судить о её качестве. Высокий уровень удовлетворённости был определён только в сфере жилищных условий (77,5%). Другие аспекты жизнедеятельности были оценены невысоко: удовлетворённость качеством питания составила 26,5%, организацией медицинской помощи — 29,0%, доступностью социального обслуживания — 17%, социальными контактами и кругом общения — 19,0%. Лишь 17,5%

считают свою физическую активность достаточной, что свидетельствует о низкой мобильности респондентов. Наименьшей оказалась удовлетворённость материальным достатком — 7,0%.

Деятельность специалистов по социальной работе 74,5% лиц, получающих социальные услуги в надомных условиях, оценили удовлетворительно, 16,5% — хорошо, 6,5% — затруднялись с ответом, 2,5% (преимущественно обслуживаемые в сельской местности) — на отлично.

Более высокой удовлетворённость жизнью оказалась у пожилых респондентов, сохранивших круг общения — 92,0%, хорошие семейно-брачные отношения — 27,0%, профессиональную деятельность — 4,0%, ощущающих себя социально востребованными и нужными — 58,0%. Активнее реализуются в различных сферах жизни респонденты с более высоким уровнем образования, длительнее сохраняя трудовую и социокультурную активность.

Выявленный высокий удельный вес одиноких лиц в обеих группах респондентов ($n=400$) послужил основанием для изучения феномена одиночества. Анализ полученных результатов оценки по опроснику «Одиночество» С.Г. Корчагиной свидетельствует о высокой распространённости этого состояния у лиц пожилого и старческого возраста в целом: 94% в группе респондентов, проживающих в домашних условиях (I группа), 99% в группе респондентов, проживающих в геронтологическом центре (II группа). Между группами респондентов выявлены статистически значимые различия по степени проживания состояния одиночества. В частности, очень глубокое переживание не испытывал ни один из респондентов I группы и лишь 3% опрошенных II группы; глубокое переживание испытывали соответственно 30 и 48% ($p < 0,001$), неглубокое переживание одиночества — 64 и 48% ($p < 0,01$). Как видно из представленных данных, переживание состояния одиночества во II группе имело более тяжёлую степень (рис. 4).

Средние баллы переживания одиночества у опрошенных лиц II группы были статистически значимо выше, чем у опрошенных I группы, проживающих в домашних условиях ($M_1=27,6 \pm 6,37$ против $M_2=24,1 \pm 5,68$ балла; $p < 0,001$). Более высокая степень переживания одиночества у пациентов, проживающих в стационарных условиях, связана с низкой самооценкой состояния здоровья, утратой социальных связей и низким уровнем социального функционирования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, установлено, что структура и объём потребностей у респондентов I и II групп различались. Так, в I группе отмечалась наибольшая потребность в социально-бытовых и социально-медицинских услугах (93,2 и 52,7% соответственно). При этом выявлен низкий показатель получения социально-бытовых (32,1%), социально-медицинских услуг (21,4%). В меньшей степени

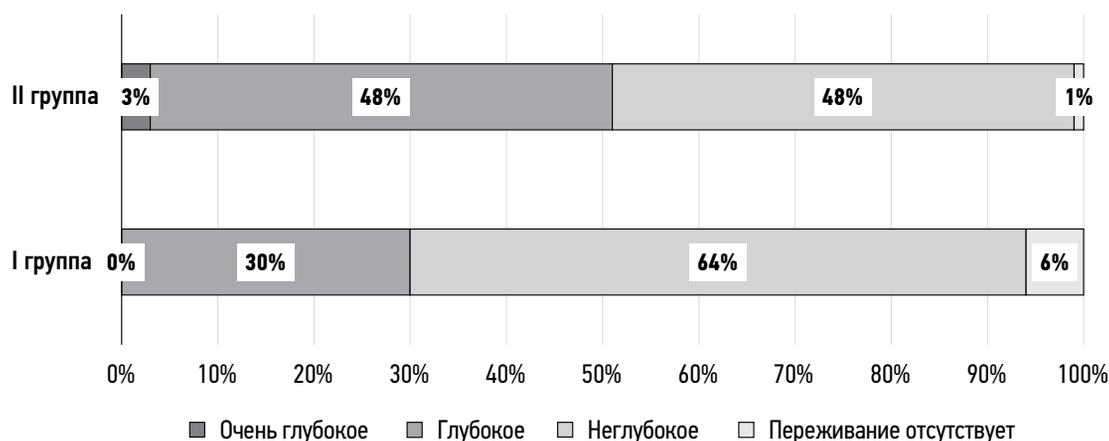


Рис. 4. Структура переживания одиночества в I и II группах респондентов ($n=400$).

Fig. 4. The structure of experiencing loneliness in groups I and II of respondents ($n=400$).

респонденты были охвачены социально-правовыми (4,3%) и социально-психологическими услугами (2,9%) с установленной потребностью в данных услугах 27,0 и 24,3% соответственно. Во II группе наибольшая потребность респондентов отмечалась в повышении материально-финансовой помощи — 92,3%, проведении медицинских реабилитационных мероприятий — 60,8%, повышении навыков коммуникации и обучении компьютерной грамотности — 35,5%.

Выявлена недостаточная удовлетворённость социальным обслуживанием на дому, в котором, по данным социологического опроса, нуждались 53,0%, что значительно превышало долю получателей социальных услуг — 32,1% ($p < 0,001$). У лиц старческого возраста (75 лет и старше) установлена высокая нуждаемость в медико-социальной помощи и социально-бытовой адаптации в домашних условиях.

Высокий уровень одиночества и степень его переживания (94,0% в I группе, 99,0% во II группе) обосновывают повышенную потребность пожилых пациентов в психокоррекционных мероприятиях, которая лишь частично удовлетворена в стационарных/полустационарных условиях и практически отсутствует на дому.

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Качество жизни пожилых людей: информационный бюллетень. Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации. Москва, 2020. Режим доступа: <https://whodc.mednet.ru/component/attachments/download/186.html>. Дата обращения: 15.09.2022.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Вклад авторов. Ю.А. Кондратьева — концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материала, статистическая обработка, написание текста; И.Ф. Тимербулатов — редактирование; Л.А. Карасаева — руководитель исследования, редактирование; С.С. Пузин — анализ результатов исследования. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

ADDITIONAL INFO

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Author contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work. Yu.E. Kondratyeva — concept and design of the study, collection and processing of the material, writing the text; I.F. Timerbulatov — editing; L.A. Karasaeva — head of research, editing; S.S. Puzin — analysis of research results.

2. Ткачева О.Н., Фролова Е.В., Яхно Н.Н. Гериатрия. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 608 с. Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970446225.html>. Дата обращения: 14.10.2022.

3. Чукаева И.И., Ларина В.Н. Возраст-ассоциированные состояния (гериатрические синдромы) в практике врача-терапевта поликлиники // Лечебное дело. 2017. № 1. С. 6–15.

4. Пузин С.Н., Шургая М.А., Пряников И.В., Ачкасов Е.Е., Погосян Г.Э., Эркенова Ф.Д. Старшее поколение и инвалидность. Перспективы медико-социального благополучия. Москва: Благотворительный фонд «ЭСКО», 2021. 400 с.
5. Карасаева Л.А., Тимербулатов И.Ф., Кондратьева Ю.Е. Организационно-правовые основы медико-социальной помо-

- щи, предоставляемой лицам пожилого возраста в домашних условиях // Вестник Росздравнадзора. 2020. № 5(2). С. 10–17. doi: 10.35576/2070-7940-2020-5-2
6. Старшее поколение современной России / под ред. З.Х. Саралиевой. Нижний Новгород: Нижегородский госуниверситет им. Н.И. Лобачевского, 2021. 779 с.

REFERENCES

1. Newsletter Topic: Quality of life of the elderly. Central Research Institute of Health Organization and Informatization of the Ministry of Health of the Russian Federation. Moscow; 2020. (In Russ). Available from: <https://whodc.mednet.ru/ru/component/attachments/download/186.html>. Accessed: 15.09.2022.
2. Tkacheva ON, Frolova EV, Yakhno NN. Geriatrics. Moscow: GEOTAR-Media; 2018. 608 p. (In Russ). Available from: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970446225.html>. Accessed: 14.10.2022.
3. Chukaeva II, Larina VN. Age-associated conditions (geriatric syndromes) in the practice of a polyclinic therapist. *General Medicine*. 2017;1:6–15 (In Russ).
4. Puzin SN, Shurgaya MA, Pryanikov IV, Achkasov EE, Pogosyan GE, Erkenova FD. The older generation and disability. Prospects for medical and social well-being. Moscow: ESCO Charitable Foundation; 2021. 400 p. (In Russ).
5. Karasaeva LA, Timerbulatov IF, Kondratyeva YuE. Organizational and legal foundations of medical and social assistance provided to elderly people at home. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2020;5(2):10–17 (In Russ). doi: 10.35576/2070-7940-2020-5-2
6. Saraliev ZKh, editor. The older generation of modern Russia. Nizhny Novgorod: N.I. Lobachevski State University of Nizhny Novgorod; 2021. 779 p. (In Russ).

ОБ АВТОРАХ

Карасаева Людмила Алексеевна, д-р мед. наук, профессор;
e-mail: ludkaras@yandex.ru;
ORCID: 0000-0001-5621-0240;
e-library SPIN: 9544-3108

Тимербулатов Ильгиз Фаритович, д-р мед. наук, профессор;
e-mail: ifdoc@mail.ru;
ORCID: 0000-0001-5241-6073;
e-library SPIN: 4176-5922

* **Кондратьева Юлия Евгеньевна**, аспирант, ассистент;
адрес: Россия, 450077, Уфа, улица Ленина, д.3;
ORCID: 0000-0002-2157-5466;
e-library SPIN: 8466-3662;
e-mail: kondrateva_yulia@mail.ru

Пузин Сергей Сергеевич, д-р мед. наук, профессор,
академик РАН;
e-mail: pusinserg@mail.ru;
ORCID: 0000-0003-1811-6936;
e-library SPIN: 8551-3229

AUTHORS' INFO

Ludmila A. Karasaeva, MD, Dr. Sci. (Med.), professor;
e-mail: ludkaras@yandex.ru;
ORCID: 0000-0001-5621-0240;
e-library SPIN: 9544-3108

Ilgiz F. Timerbulatov, MD, Dr. Sci. (Med.), professor;
e-mail: ifdoc@mail.ru;
ORCID: 0000-0001-5241-6073;
e-library SPIN: 4176-5922

* **Julia E. Kondratyeva**, graduate student, assistant lecturer;
address: 3 Lenina street, 450077 Ufa, Russia;
ORCID: 0000-0002-2157-5466;
e-library SPIN: 8466-3662;
e-mail: kondrateva_yulia@mail.ru

Sergei S. Puzin, MD, Dr. Sci. (Med.), professor,
academician of the Russian Academy of Sciences;
e-mail: pusinserg@mail.ru;
ORCID: 0000-0003-1811-6936;
e-library SPIN: 8551-3229

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author