

УДК: 614.2:616-053.9

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ДОСТУПНОСТИ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ)



Жуманиязов Давронбек Хусаинбоевич

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ХУДУДИЙ ТАФОВУТЛАР ШАРОИТИДА ГЕРОНТОЛОГИК ЁРДАМДАН ФОЙДАЛАНИШ ИМКОНИЯТИНИНГ ТИББИЙ-ТАШКИЛИЙ ТАҲЛИЛИ (САМАРҚАНД ВИЛОЯТИ МИСОЛИДА)

Жуманиязов Давронбек Хусаинбоевич

Самарканд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

MEDICO-ORGANIZATIONAL ANALYSIS OF THE ACCESSIBILITY OF GERONTOLOGICAL CARE UNDER REGIONAL DIFFERENTIATION (A CASE STUDY OF THE SAMARKAND REGION)

Jumaniyazov Davronbek Khusainboyevich

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Долзарблиги. Ўзбекистонда 60 ёшдан ошган шахслар 9,4% ни ташкил этади. Аҳолининг қариши бирламчи тиббий-санитария ёрдамини модернизация қилишни талаб этади. Самарқанд вилояти каби йирик ҳудудлар шароитида тиббий ёрдамдан фойдаланиш имконияти нафақат инфратузилма балки ҳудудий-географик тўсиқлар билан ҳам чекланади. Тадқиқот мақсади ҳудудий-географик омилларнинг геронтологик ёрдамдан фойдаланиш имкониятига таъсирини тиббий-ташкилий таҳлил қилиш ва Самарқанд вилоятида кекса ёшдаги шахсларга тиббий ҳамроҳлик қилишнинг ўз вақтида амалга оширилишини чекловчи асосий тўсиқларни аниқлаш. Ма-териал ва усуллар. Тадқиқот Самарқанд вилоятининг 6 та ҳудудий зонасида яшовчи 60 ёш ва ундан катта бўлган 600 нафар шахсни қамраб олди. Ишда ташкилий-таҳлилий, социологик, экспертлик ва статистик таҳлил метод-ларидан фойдаланилди. Натижалар. Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасасигача бўлган йўл вақти бе-морларнинг 33,2% 30 дақиқадан ортиқни ташкил этиши аниқланди. Олис Нуробод туманида транспорт қийин-чиликлари (49,0%) Самарқанд шаҳрига (18,3%) нисбатан 2,7 барабар юқори. Тиббий ёрдамдан фойдаланишдаги қийинчиликлар туфайли беморларнинг 23,8 фоизи (олис ҳудудларда 33,0% гача) шифокорга мурожаат қилишни онгли равишда кечиктиради. Юқори ижтимоий боғлиқлик аниқланди ва кексаларнинг 53,2% шифокор ҳузурига қариндошлари ҳамроҳлигида боришга муҳтож. Олис туманларда тиббий ёрдамдан қониқиш даражаси (46,0%) вилоят марказига (68,3%) нисбатан ишончли равишда паст эканлигини аниқладик. Хулоса. Ҳудудий-географик омил геронтологик ёрдамдан фойдаланиш имкониятини белгиловчи асосий омил ҳисобланади. Аниқланган тўсиқлар ва мурожаатларни "онгли равишда кечиктириш" хавфи ҳудудий хусусиятларни ҳисобга олувчи мослашувчан (адаптив) ташкилий-бошқарув моделини жорий этиш зарурлигини асослайди.

Калит сўзлар: геронтологик ёрдам, фойдаланиш имконияти, Самарқанд вилояти, бирламчи тиббий-санитария ёрдами, ҳудудий дифференциация, кекса ва қари ёшдаги шахслар.

Abstract. Background. Population aging is recognized as one of the most significant socio-demographic phenomena of the 21st century. In the Republic of Uzbekistan, the number of people over 60 has reached 9.4% of the total population. This requires a fundamental modernization of primary health care. Objective. To conduct a comprehensive medico-organizational analysis of the impact of territorial and geographical factors on the accessibility of gerontological care in the Samarkand region and to identify key barriers limiting medical support for the elderly. Materials and Methods. Our study included 600 individuals aged 60 and older. Research was conducted across six territorial zones: urban, suburban, remote urban-rural, foothill, lowland rural, and remote areas. Statistical analysis was performed. Results. It was established that 33.2% of elderly patients spend more than 30 minutes traveling to the nearest primary health care facility. Transport barriers in remote areas (Nurabad district about 49.0%) are nearly 3 times higher than in the regional center (Samarkand 18.3%). High social dependence was revealed so 53.2% of patients require family accompaniment to visit a

doctor, and only 55.8% can register for an appointment independently. Organizational and territorial barriers lead to a "conscious delay" in seeking medical help for 23.8% of patients (up to 33.0% in remote areas). Conclusion. Territorial inequality in accessibility significantly reduces the satisfaction of the elderly population with medical care (46.0% in remote areas vs. 68.3% in the city). These findings substantiate the need for implementing an adaptive organizational and management model for gerontological care that accounts for regional geographical and infrastructure factors.

Keywords: gerontological care, accessibility, regional differentiation, primary health care, elderly population, Samarkand region.

Введение. Старение населения признано одним из наиболее социально-демографически значимых явлений XXI века. Оно оказывает глубокое влияние на национальные системы здравоохранения и социального обеспечения [11]. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения численность людей в возрасте 60 лет и старше к 2030 году достигнет 1,4 млрд человек. Это бесспорно требует перехода к человеко-ориентированным интегрированным моделям медицинской помощи. Мы выяснили, что в ответ на эти вызовы инициирована глобальная программа «Десятилетие здорового старения (2021–2030)». Приоритетом ее является явное сохранение функциональной независимости и качества жизни пожилых людей [12].

Для нашей Республики Узбекистан данная проблема приобретает возрастающее значение. На начало 2024 года численность лиц старше 60 лет в нашей стране составила более 3,4 млн человек. А это около 9,4% населения. В рамках Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022–2026 годы и указов Президента (№ УП-6110, № ПП-4891) предусмотрена безоговорочная коренная модернизация первичного звена здравоохранения и внедрение новых механизмов патронажа. Однако проводимые реформы и вопросы обеспечения равной доступности помощи для пожилых пациентов, проживающих в различных территориаль-

ных условиях все же остаются недостаточно изученными [5,6,7].

Доступность медицинской помощи для лиц старших возрастных групп явно определяется наличием инфраструктуры. На наш взгляд очень важны транспортная доступность возможность получения помощи на дому и уровень социальной поддержки со стороны родственников [1,2]. Мы считаем, что особую остроту эта проблема приобретает в таких крупных регионах, как Самаркандская область. Наша область характеризуется высокой плотностью населения и значительной неоднородностью условий проживания. Здесь есть урбанизированные центры и отдаленные предгорные и сельские территории. Мы выяснили, что существующие стандартные подходы не всегда учитывают географические и организационные барьеры. По нашему мнению, именно с ними сталкиваются маломобильные пожилые пациенты в условиях сельской местности [3,4].

Цель нашего исследования провести комплексный медико-организационный анализ влияния территориально-географических факторов на доступность геронтологической помощи в нашей Самаркандской области. Также мы планируем выявить ключевые барьеры, ограничивающие своевременность сопровождения медицинского лиц пожилого и старческого возраста.

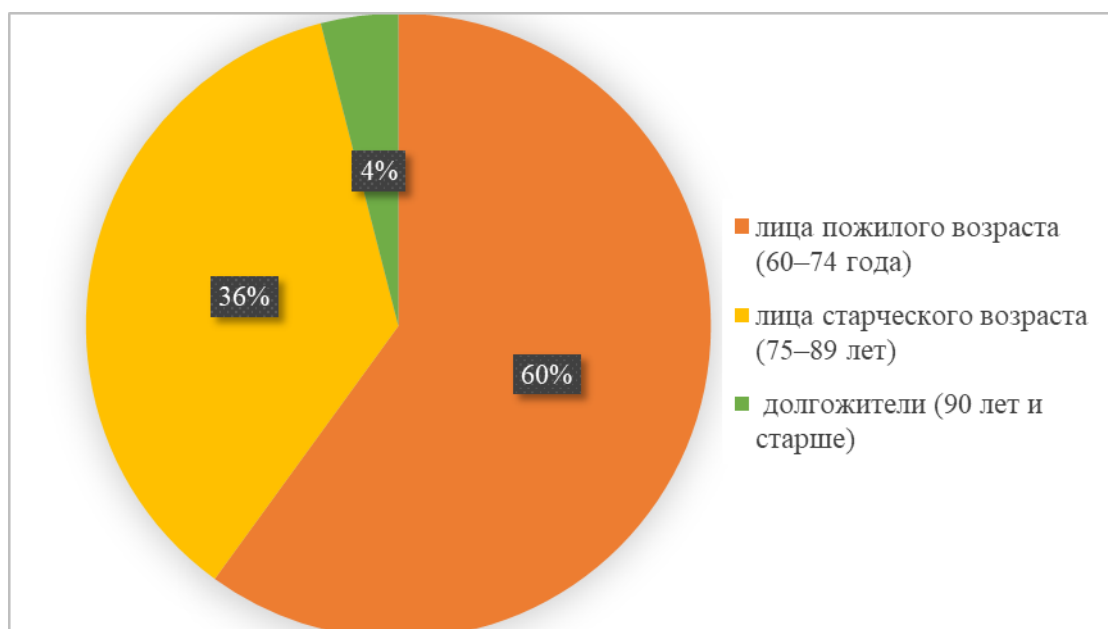


Рис. 1. Возрастная структура обследованных пациентов по классификации ВОЗ

Таблица 1. Организационные показатели доступности медицинской помощи для лиц пожилого и старческого возраста

Показатель доступности	Абс.	%
Возможность самостоятельной записи к врачу без посторонней помощи	335	55,8
Ожидание приема семейного врача более 1 дня	241	40,2
Ожидание приема врача-специалиста более 7 дней	271	45,2
Наличие транспортных затруднений при обращении за медицинской помощью	200	33,3
Необходимость сопровождения родственниками	319	53,2
Отсрочка обращения за медицинской помощью из-за трудностей доступа	143	23,8
Возможность вызова медицинского работника на дом при необходимости	254	42,3

Таблица 2. Отдельные показатели доступности медицинской помощи в зависимости от территории исследования

Территория исследования	n	Транспортные затруднения, абс. (%)	Ожидание специалиста более 7 дней, абс. (%)	Отсрочка обращения из-за трудностей доступа, абс. (%)
г. Самарканд	120	22 (18,3)	43 (35,8)	18 (15,0)
Самаркандский район	90	25 (27,8)	39 (43,3)	18 (20,0)
Каттакурганский район / г. Каттакурган	90	31 (34,4)	43 (47,8)	22 (24,4)
Ургутский район	100	38 (38,0)	47 (47,0)	27 (27,0)
Пастдаргомский район	100	35 (35,0)	45 (45,0)	25 (25,0)
Нурабадский район	100	49 (49,0)	54 (54,0)	33 (33,0)
Всего	600	200 (33,3)	271 (45,2)	143 (23,8)
p		<0,001	0,163	0,048

Примечание: p рассчитано при сравнении показателей между территориями исследования

Таблица 3. Удовлетворенность пациентов качеством и доступностью медицинской помощи в зависимости от территории исследования

Территория исследования	n	Полностью или скорее удовлетворены, абс. (%)	Частично удовлетворены или не удовлетворены, абс. (%)
г. Самарканд	120	82 (68,3)	38 (31,7)
Самаркандский район	90	57 (63,3)	33 (36,7)
Каттакурганский район / г. Каттакурган	90	52 (57,8)	38 (42,2)
Ургутский район	100	58 (58,0)	42 (42,0)
Пастдаргомский район	100	57 (57,0)	43 (43,0)
Нурабадский район	100	46 (46,0)	54 (54,0)
Всего	600	352 (58,7)	248 (41,3)
p		0,032	

Примечание: p рассчитано при сравнении показателей между территориями исследования

Материалы и методы. Методологическую основу нашего исследования составил комплексный подход. В него мы включили организационно-аналитический, медико-статистический, социологический и экспертный методы. Наша работа проводилась в период с 2020 по 2025 гг. на базе медицинских учреждений Самаркандской области. В наше исследование включены 600 лиц в возрасте 60 лет и старше. Среди них было 252 мужчины (42,0%) и 348 женщин (58,0%). Все они постоянно проживали на территории Самаркандской области. Разделение наших пациентов по возрастной классификации ВОЗ представлено на рисунке 1.

Основную группу составили 320 наших пациентов. Контрольную группу составили 280 человек. Наши группы были сопоставимы по полу, возрасту и месту проживания ($p > 0,05$). Критерии включения в наше исследование также выступали наличие амбулаторной документации и добровольное согласие на участие в исследовании.

Статистический анализ полученных нами данных проводился с использованием методов $M \pm m$, критерий χ^2 , t-критерий Стьюдента и U-критерий Манна-Уитни. Статистически значимыми мы считали различия при уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования. Для объективной оценки состояния геронтологической помощи нами Самаркандская область была разделена на

шесть зон. Они явно различаются по уровню урбанизации, удаленности от областного центра и транспортной доступности. Мы оценивали влияние географического фактора на доступность помощи населению. Городской зоной нами считался г. Самарканд. В нем проживали 20,0% нашей выборки. Здесь имеется высокая концентрация учреждений и доступность специализированной помощи. Пригородной зоной нами выбран Самаркандский район. Тут проживали 15,0% наших респондентов. Отличием этой зоны была явная близость к областному центру. К удаленной городско-сельской зоне мы отнесли г. Каттакурган и район откуда были 15,0% нашей выборки. Далее мы выделили предгорную зону, а именно Ургутский район. Около 16,7% нашей выборки имели происхождение отсюда. Эту зону отличают особенности рельефа и транспортной доступности. Следующей была равнинная сельская зона куда мы внесли Пастдаргомский район. Здесь проживали 16,7% нашей выборки. Данная территория носила аграрный характер. Последняя зона была отдаленной территорией Нурабадского района нашей области. Зона характеризовалась большой протяженностью и низкой плотностью населения. В этой зоне нами зарегистрировано проживание около 16,7% наших респондентов.

Мы изучили общие показатели доступности геронтологической помощи в нашем регионе. По нашим наблюдениям большинство пожилых пациентов (89,3%) обращаются за первичной медико-санитарной помощью. Это основной уровень, с которым они взаимодействуют. Вместе с тем выявлены нами барьеры, которые явно ограничивают своевременность медицинского сопровождения (табл. 1). По нашим данным самостоятельно записаться к врачу без посторонней помощи могут лишь 55,8% обследованных. 53,2% наших респондентов указало, что нуждаются в обязательном сопровождении родственниками при визите в поликлинику. Только около 42,3% наших пациентов респондентов указали на наличие у них возможности вызова медработника на дом. На наш взгляд это и является критическим фактором для наших маломобильных пожилых респондентов.

Далее мы выполнили оценку территориальной дифференциации доступности помощи медицинской. При сравнительном анализе по зонам мы выявили глубокую диспропорцию в доступности услуг между областным центром и отдаленными районами (Таблица 2). Транспортные затруднения в городе Самарканд отмечали 18,3% наших пожилых людей. А в отдаленном Нурабадском районе этот показатель достигал по нашим данным 49,0% ($p < 0,001$). Мы выяснили, что трудности доступа напрямую коррелируют с частотой отсроченных обращений. Так в Нурабадском районе каждый третий наш пациент (33,0%)

вынужден откладывать визит к врачу. Это достоверно выше показателя в городе (15,0%, $p = 0,048$). Проблема ожидания узких специалистов более недели выявлена нами практически во всех районах нашей области достигая максимума в Нурабадской (54,0%) и Каттакурганской (47,8%) зонах Самаркандской области.

При исследовании субъективной оценки удовлетворенности наших респондентов нами получены нижеследующие данные. Мы анализировали уровень удовлетворенности наших пациентов качеством помощи и выявили явное территориальное неравенство (Таблица 3). В городе Самарканд полное удовлетворение помощью вызвали 68,3% наших пациентов. Но в Нурабадском районе таких респондентов мы выявили достоверно ниже и лишь в 46,0% случаев ($p = 0,032$). На наш взгляд выявленные нами различия бесспорно подтверждают, что восприятие качества геронтологической помощи напрямую зависит от территориальной удаленности. Немаловажным мы считаем и уровень преемственности организационной между звеньями системы здравоохранения.

Обсуждение. Полученные в ходе нашего исследования результаты подтверждают, что в условиях Республики Узбекистан процесс старения населения безоговорочно ставит перед системой здравоохранения организационные сложные задачи. Основной акцент в текущих реформах нашей страны делается на укрепление первичного звена здравоохранения. Именно оно является первым уровнем контакта для 89,3% наших пожилых пациентов. Однако наш анализ выявил, что формальное прикрепление к семейному врачу (92,2%) не всегда гарантирует фактическую доступность помощи особенно в условиях территориальной неоднородности региона.

По нашему мнению, ключевым барьером, выявленным в нашем исследовании, является временная и транспортная доступность. Мы установили факт, что у каждого третьего пациента (33,2%) путь до учреждения медицинской помощи занимает более 30 минут. Если говорить об отдаленном нашем Нурабадском районе, транспортные трудности имеют наши 49,0% респондентов ($p < 0,001$). Это явно свидетельствует о наличии территориального выраженного неравенства. Наши данные согласуются с глобальными вызовами обозначенными ВОЗ в программе «Десятилетие здорового старения (2021–2030)». В ней подчеркивается, что инфраструктурные ограничения в сельской местности довольно часто становятся причиной функциональной зависимости пожилых людей [10].

Особого нашего внимания заслуживает выявленный нами феномен «осознанной отсрочки обращения» за медицинской помощью. В среднем

по выборке 23,8% наших городских пациентов откладывают визит к врачу из-за трудностей доступа. В отдаленных и предгорных зонах нашей области этот показатель оказался достоверно выше и достигал 33,0% ($p=0,048$). На наш взгляд это и создает серьезный медико-организационный риск. При этом несвоевременность осмотра в первичном звене ведет к прогрессированию хронических заболеваний у наших респондентов и росту потребности в дорогостоящей стационарной помощи [8]. Это подтверждается нашими данными о госпитализации 24,3% обследованных.

Нами также выявлена социальная зависимость пожилых пациентов. На это указывал факт, что 53,2% наших респондентов нуждаются в сопровождении родственниками. Это бесспорно отражает культурно-социальные особенности региона, где роль семьи в медицинском сопровождении традиционно высока. Это означает, что доступность медицины для пожилого человека начинается целиком и полностью зависеть от занятости и возможностей его родственников. В сочетании с низкой доступностью помощи на дому (только 42,3% наших респондентов подтвердили такую возможность) это делает наших маломобильных пациентов явно наиболее уязвимой группой.

Нами также выяснено, что низкий уровень удовлетворенности помощью в отдаленных районах (46,0% против 68,3% в городе, $p=0,032$) на наш взгляд коррелирует с дефицитом персонифицированного наблюдения за нашими респондентами. Мы зарегистрировали отсутствие индивидуальных планов ведения у 63,7% наших пациентов. А это подтверждает факт того, что существующая система преимущественно ориентирована на диагностику отдельных заболеваний. Тем не менее мы должны ориентироваться на комплексное сопровождение функционального статуса человека как того требует концепция ICOPE (Integrated Care for Older People) [9,11].

Таким образом, результаты проведенного нами исследования доказывают, что существующая «унифицированная» модель организации помощи явно не в полной мере учитывает региональные, климатические, географические и организационные факторы. Это, по нашему мнению, и обосновывает необходимость перехода к адаптивной модели. Такая модель должна, несомненно, включать дифференцированные подходы для городских и отдаленных территорий. Обязательно необходим пересмотр выездных форм патронажа и создание регистров пациентов высокого риска для явной минимизации выявленных нами барьеров.

Выводы. Нами установлено, что территориально-географический фактор является определяющим в обеспечении доступности геронтологической помощи.

В Самаркандской области только 66,8% наших пожилых пациентов могут достичь медицинского учреждения в течение 30 минут при этом у каждого десятого время в пути превышает один час. Транспортные затруднения в отдаленных районах нашей области встречаются почти в 3 раза чаще чем в областном центре, что подтверждается высокой статистической значимостью ($p<0,001$).

Мы выявили высокую социальную зависимость пожилых пациентов от посторонней помощи при реализации медицинского маршрута. Более половины наших обследованных (53,2%) нуждаются в обязательном сопровождении родственниками для посещения врача. Кроме того, мы выяснили, что самостоятельно записаться на прием могут лишь 55,8% наших пациентов. Явно ограниченная доступность помощи на дому в сочетании с инфраструктурными барьерами создает на наш взгляд дополнительные риски для маломобильных групп населения. Нами установлено, что организационные и территориальные барьеры приводят к формированию медицинского риска «осознанной отсрочки» обращения наших респондентов за помощью. Это свидетельствует о снижении эффективности превентивного наблюдения в селе и повышении риска обострения хронических заболеваний.

Субъективная оценка качества помощи пожилыми людьми имеет выраженную территориальную зависимость. Уровень полной или частичной удовлетворенности медицинским обслуживанием в урбанизированной зоне существенно достоверно выше, чем в отдаленном Нурабадском районе. Такой выявленный нами дисбаланс диктует необходимость внедрения адаптивных моделей организации помощи учитывающих специфику проживания пациентов в различных географических зонах нашего региона.

Литература:

1. Власова А.В., Каракулина Е.В., Мартынов А.А. Состояние и перспективы совершенствования гериатрической помощи в Российской Федерации // Успехи геронтологии. - 2023. - Т. 36, № 2. - С. 168–174.
2. Воронина Н.В. Совершенствование гериатрической помощи в условиях реализации национального проекта «Старшее поколение» // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. - 2024. - № 2.
3. Канавцев М.В., Попова А.Л. Международный опыт решения социально-демографических проблем старения населения и разрыва межпоколенных связей // Известия Санкт-Петербургского государственного аграрного университета. - 2017. - № 46. - С. 229–233.

4. Лаптева Е.С., Арьев А.Л., Сафонова Ю.А., Дьячкова-Герцева Д.С. Гериатрические синдромы: важность проблемы, спорные вопросы терминологии // Успехи геронтологии. - 2024. - Т. 37, № 1–2. - С. 60–66.
5. Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-4891 от 12 ноября 2020 г. «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике».
6. Ризаев Ж.А., Мусаева О.Т. Медико-социальный механизм профилактических мероприятий у людей пожилого и старческого возраста // Journal of Biomedicine and Practice. - 2023. - Т. 8, № 6. - С. 40–49. DOI: 10.5281/zenodo.10541102.
7. Ризаев Ж.А., Мусаева О.Т. Функциональные дефициты у пожилых пациентов в амбулаторной практике: гендерно-возрастной анализ и профилактическая значимость // ActaSAMU. - 2025. - Т. 10, № 2. - С. 16–20.
8. Ризаев Ж.А., Мусаева О.Т. Эффективность мультидисциплинарного подхода в реабилитации гериатрических пациентов: предпосылки к внедрению // Биология ва тиббиёт муаммолари. - 2025. - № 2 (159). - С. 318–323.
9. Указ Президента Республики Узбекистан № ПФ-60 от 28 января 2022 г. «О новой стратегии развития Узбекистана на 2022–2026 годы».
10. Указ Президента Республики Узбекистан № УП-6110 от 12 ноября 2020 г. «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ».
11. Isakova P.V., Ilnitski A.N., Prashchayeu K.I., Startseva O.N., Ponkratov S.V. Indicators of geriatric care in medical statistics: current status and future prospects // Advances in Gerontology. - 2026. - Vol. 39, No. 2. - P. 237–242. DOI: 10.34922/ae.2026.39.2.009.
12. Kondo S., Benavente K., Watanabe K., Akimoto K., Aramaki B. Evaluating the impact of a specialized inpatient geriatric unit amongst an Asian and Pacific Islander population: a pilot study // Hawaii Journal of Health & Social Welfare. - 2026. - Vol. 85, No. 7. - P. 183–189. DOI: 10.62547/poyj8879.
13. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2024: Summary of Results. - New York: United Nations, 2024.
14. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing 2021–2030: Global Strategy and Action Plan. - Geneva: WHO, 2020.

15. World Health Organization. Integrated Care for Older People (ICOPE): Guidance for Person-Centred Assessment and Pathways in Primary Care. - Geneva: WHO, 2019.

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ДОСТУПНОСТИ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ)

Жуманиязов Д.Х.

Резюме. Актуальность. В Узбекистане лица старше 60 лет составляют 9,4%. Старение населения требует модернизации первичного звена здравоохранения. В условиях таких крупных регионов как Самаркандская область доступность помощи ограничивается не только инфраструктурными, но и территориально-географическими барьерами. Цель нашего исследования — провести медико-организационный анализ влияния территориально-географических факторов на доступность геронтологической помощи и выявить барьеры, ограничивающие своевременность медицинского сопровождения пожилых людей в Самаркандской области. Материалы и методы. Нами обследовано 600 лиц в возрасте 60 лет и старше. Они проживали в городской, пригородной, удаленной, предгорной, равнинной и отдаленной зонах нашей области. Нами использованы социологический, экспертный и статистический методы. Результаты. Нами установлено, что у 33,2% пациентов путь до учреждения первичной медицинской помощи занимает более 30 минут. В нашем отдаленном Нурабадском районе транспортные затруднения (49,0%) в 2,7 раза выше, чем в г. Самарканде (18,3%). Из-за трудностей доступа 23,8% наших пациентов (а в отдаленной зоне до 33,0% наших респондентов) осознанно откладывают визит к врачу. Нами выявлена высокая социальная зависимость, когда 53,2% пожилых людей нуждаются в сопровождении родственниками. Удовлетворенность наших респондентов помощью в отдаленных районах достоверно ниже (46,0%), чем в городе (68,3%). Выводы. На наш взгляд территориально-географический фактор является определяющим в обеспечении доступности геронтологической помощи. Выявленные нами барьеры и риски «осознанной отсрочки» обращений явно обосновывают необходимость перехода от унифицированной к организационно-управленческой адаптивной модели помощи с безоговорочным учетом нашей региональной специфики.

Ключевые слова: геронтологическая помощь, доступность, Самаркандская область, первичная медико-санитарная помощь, территориальная дифференциация, лица пожилого и старческого возраста.