

O'zbekiston
vrachlar
assotsiatsiyasi

Bosh muharrir:

Iskandarov T.I., t.f.d., O'FA
akademigi

Tahrir hay'ati:

Abduraximov Z.A., t.f.d.
Akilov X.A., t.f.d., professor
Akramov V.R., t.f.d., dotsent
Alimov A.V., t.f.d., professor
Asadov D.A., t.f.d., professor
Ahmedova D.I., t.f.d., professor
Abdixakimov A.N., t.f.d.
Babajanov A.S., t.f.d., professor
Iskandarova Sh.T., t.f.d., professor
Kurbonov R.D., t.f.d., professor
Rustamova M.T., t.f.d., professor
Sidiqov Z.U., t.f.n.
Sobirov D.M., t.f.d., professor
Tursunov E.O., t.f.d., professor
Yarkulov A.B., t.f.n.
Shayxova X.E., t.f.d., professor

Nashr uchun mas'ul xodim:
Mavlyan-Xodjaev R.Sh., t.f.d.

Dizayn, kompyuterda teruvchi:
Abdusalomov A.A.
Jurnal O'zbekiston matbuot va
axborot agentligidan 2016 yil 13 dekabrda
ro'yhatdan o'tgan.
Guvohnoma: 0034.
Tahririyat manzili: 100007,
Toshkent shahri, Parkent ko'chasi,
51-uy.
Tel.; 268-08-17
E-mail: info@avuz. uz
Veb - sayt: www. avuz. uz



(122)

В
У
Л
Л
Е
Т
Е
Н
И

TAHRIRIYAT KENGASHI

Gaybullaev A.	(Toshkent)
Gafur-Axunov M.A.	(Toshkent)
Halimova H.M.	(Toshkent)
Hasanov S.S.	(Toshkent)
Juraev A.M.	(Toshkent)
Zakirov N.U.	(Toshkent)
Zohidova M.Z.	(Toshkent)
Ibadov R.A.	(Toshkent)
Ismailov U.S.	(Toshkent)
Mamasoliev N.S.	(Andijon)
Musabaev E.I.	(Toshkent)
Muxtarov D.Z.	(Toshkent)
Normatova Sh.O.	(Toshkent)
Palvanova S.I.	(Urganch)
Po'latov Sh.B.	(Farg'ona)
Sodiqov A.S.	(Toshkent)
Fozilov A.A.	(Toshkent)

УДК: 614.2:612.67:364.04

НОВЫЕ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ОДИНОКИМ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ И ЛИЦАМ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН
Инаков Ш.А.**Ташкентский государственный медицинский университет**

В статье представлены результаты комплексного исследования современного состояния и новых моделей организации медико-социальной помощи одиноким пожилым людям и лицам с инвалидностью в Республике Узбекистан. Исследование основано на анализе нормативно-правовой базы, медицинской и социальной документации, а также данных социологического опроса. Проведена сравнительная оценка доступности, качества и организационных особенностей медико-социальной помощи в зависимости от формы проживания — в собственных квартирах и в Центрах социальной поддержки. Установлено, что наиболее уязвимой группой являются лица в возрасте 75 лет и старше, характеризующиеся высокой распространённостью хронических заболеваний, снижением физической активности и потребностью в постороннем уходе. Показано, что преемственность и персонализация ухода, развитие услуг на дому и адаптация жилой среды имеют ключевое значение для повышения качества жизни одиноких пожилых людей и лиц с инвалидностью. Обоснована целесообразность внедрения интегрированных, ориентированных на человека моделей медико-социальной помощи.

Ключевые слова: медико-социальная помощь, одинокие пожилые люди, лица с инвалидностью, социальные услуги, модели организации.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ЁЛГИЗ КЕКСАЛАР ВА НОГИРОНЛИГИ БЎЛГАН ШАХСЛАРГА ТИББИЙ-ИЖТИМОЙ ЁРДАМНИ ТАШКИЛ ЭТИШНИНГ ЯНГИ МОДЕЛЛАРИ

Мақолада Ўзбекистон Республикасида ёлғиз кексалар ва ногиронлиги бўлган шахсларга тиббий-ижтимоий ёрдамни ташкил этишнинг замонавий ҳолати ва янги моделларини комплекс ўрганиш натижалари келтирилган. Тадқиқот меъёрий-ҳуқуқий база, тиббий ва ижтимоий ҳужжатлар ҳамда социологик сўровнома маълумотларини таҳлил қилишга асосланган. Тиббий-ижтимоий ёрдамнинг уйда яшовчи ва Ижтимоий қўллаб-қувватлаш марказларида истиқомат қилувчи ёлғиз кексалар ва ногиронлиги бўлган шахслар ўртасидаги тафовутни мавжудлиги, унинг сифати ва ташкилий хусусиятлари таққослама тарзда баҳоланди. 75 ёш ва ундан катта бўлган шахслар энг заиф гуруҳ эканлиги, улар орасида сурункали касалликлар кенг тарқалганлиги, жисмоний фаоллик пастлиги ва ўзгалар парваришига бўлган эҳтиёж юқори эканлиги аниқланди. Тиббий-ижтимоий ёрдамда изчиллик ва шахсга йўналтирилган ёндашув, уйда хизмат кўрсатишни ривожлантириш ҳамда яшаш муҳитини мослаштириш ёлғиз кексалар ва ногиронлиги бўлган шахсларнинг ҳаёт сифатига ижобий таъсир кўрсатиши асосланди.

Калит сўзлар: тиббий-ижтимоий ёрдам, ёлғиз кексалар, ногиронлиги бўлган шахслар, ижтимоий хизматлар, ташкил этиш моделлари

NEW MODELS FOR ORGANIZING MEDICAL AND SOCIAL CARE FOR SINGLE OLDER ADULTS AND PERSONS WITH DISABILITIES IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

This article presents the results of a comprehensive study of the current state and new models for organizing medical and social care for lonely elderly and persons with disabilities in the Republic of Uzbekistan. The study is based on an analysis of the regulatory and legal framework, medical and social documentation, as well as data from a sociological survey. A comparative assessment of the accessibility, quality, and organizational characteristics of medical and social care was carried out depending on the form of residence—living independently in private apartments or residing in Social Support Centers. The most vulnerable group was identified as persons aged 75 years and older, characterized by a high prevalence of chronic diseases, reduced physical activity, and an increased need for external care. The findings demonstrate that continuity and personalization of care, the development of home-based services, and adaptation of the living environment are key factors in improving the quality of life of lonely elderly and people with disabilities. The feasibility of implementing integrated, person-centered models of medical and social care is substantiated.

Keywords: medical and social care, lonely elderly, people with disability, social services, organization models

Введение. В условиях демографического старения населения и устойчивого роста распространённости хронических неинфекционных заболеваний возрастает социальная и медико-организационная значимость системы медико-социальной помощи одиноким пожилым людям и лицам с инвалидностью [2,12]. Указанные категории населения характеризуются высокой потребностью в длительном уходе, реабилитационных мероприятиях, социальной поддержке и межсекторальном сопровождении, что обуславливает необходимость формирования эффективных, доступных и ориентированных на потребности человека моделей оказания помощи [1,3]. Процесс старения населения сопровождается существенными изменениями структуры заболеваемости и смертности. Вступление человечества в XXI век характеризуется ростом доли лиц пожилого и старческого возраста, страдающих хроническими заболеваниями, нередко сочетающимися с физическими, психоэмоциональными и социальными нарушениями [11]. В этих условиях системы здравоохранения и социальной защиты населения, как взаимодополняющие элементы социального государства, должны обеспечивать пожилым людям своевременную, доступную, квалифицированную, безопасную и качественную медико-социальную помощь [8,13].

Согласно данным глобальной демографии, население большинства стран мира неуклонно

стареет [4]. Данный демографический сдвиг, с одной стороны, создаёт новые социально-экономические возможности, а с другой — формирует серьёзные вызовы для систем здравоохранения и социальной защиты. Старение часто ассоциируется с мультиморбидностью, снижением функциональной способности, что обуславливает более частое и длительное использование медицинских и социальных услуг пожилыми людьми [1,4]. По определению Организации Объединённых Наций, к пожилым относятся лица в возрасте 60 лет и старше [3]. Ожидается, что доля пожилого населения в мире увеличится с 12% до 22% в период с 2015 по 2050 год, при этом до 80% данной возрастной группы будет проживать в странах с низким и средним уровнем дохода. Пожилые люди во всём мире сталкиваются с широким спектром проблем со здоровьем, включая хронические заболевания, травмы, депрессивные расстройства, обусловленные одиночеством, недоедание, нарушения зрения и слуха, а также сложные стоматологические проблемы [3,8].

Инвалидность рассматривается как один из ключевых исходов в сфере общественного здравоохранения, поскольку она тесно связана со снижением качества жизни, ростом потребления ресурсов здравоохранения, институционализацией и повышенной смертностью среди пожилых людей. Высокая распространённость мультиморбидности и формирование функциональных ограничений делают пожилых людей особенно уязвимыми к развитию инвалидности в выполнении как инструментальных, так и базовых видов повседневной деятельности (activities of daily living, ADL), включая передвижение, ведение домашнего хозяйства и социальную активность [10]. Инвалидность является одной из актуальных медико-социальных проблем как в Республике Узбекистан, так и во всём мире. В последние годы в Узбекистане реализуется системная государственная политика в сфере социальной защиты населения, включая оказание медико-социальных услуг одиноким пожилым людям и лицам с инвалидностью. Принятие и реализация комплекса нормативно-правовых документов позволили создать и развить центры социальных услуг, внедрить механизмы адресного социального сопровождения, расширить услуги по уходу на дому, а также сформировать реестры одиноких и одиноко проживающих пожилых людей и лиц с инвалидностью, нуждающихся в постороннем уходе [1,8].

Несмотря на предпринимаемые меры, сохраняется ряд системных проблем, связанных с неравномерной доступностью медико-социальной помощи, кадровым обеспечением, качеством предоставляемых услуг, а также ограниченной координацией между медицинскими, социальными и реабилитационными структурами. Особую актуальность данные вопросы приобретают в отношении одиноких пожилых людей и лиц с инвалидностью, проживающих вне специализированных учреждений и нуждающихся в постороннем уходе и комплексном сопровождении.

Целью исследования явилось проведение анализа современного состояния медико-социальной помощи одиноким пожилым людям и лицам с инвалидностью в Республике Узбекистан, оценка организационных особенностей и качества предоставляемых услуг, а также научное обоснование современных моделей организации медико-социальной помощи.

Материалы и методы. Исследование выполнено с применением комплексного междисциплинарного подхода и было направлено на изучение современного состояния медико-социальной помощи, её нормативно-правовых основ, а также медицинских и социальных потребностей 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 в Национальном агентстве социальной защиты при Президенте Республики Узбекистан и проживающие как в Центрах социальной поддержки, так и самостоятельно — в собственных квартирах.

Предметом исследования являлись организационные особенности, доступность и качество медико-социальной помощи, а также потребность изучаемого контингента в медицинских и социальных услугах.

Анализ территориального распределения одиноких пожилых людей и лиц с инвалидностью по геоэкономическим регионам страны показал, что наибольшая их доля приходилась 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 самостоятельной территориальной единицы в исследование был включён город Ташкент, где 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 самостоятельно 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 нормативно-правовых актов осуществлялось путём анализа официальных документов, размещённых на национальном правовом портале «lex.uz», принятых в течение последних пяти лет. 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 когортные методы исследования. Источниками информации служили данные первичной медицинской и учётно-отчётной документации, 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 изучению потребности исследуемого контингента в медицинской и социальной помощи, а также уровню их удовлетворённости предоставляемыми услугами. В ходе социологического опроса анализировались виды наиболее часто посещаемых медицинских учреждений, частота и причины обращаемости за медицинской помощью, потребность в стационарных и санаторно-курортных видах лечения, а также в протезно-ортопедических изделиях и технических средствах реабилитации. Респондентам, пользовавшимся медико-социальными услугами, предлагалось оценить качество их предоставления по четырёхбалльной шкале («отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «плохо») с указанием причин неудовлетворительной оценки.

Обсуждение результатов. Полученные результаты свидетельствуют о наличии принципиальных различий в организации и условиях оказания медико-социальной помощи одиноким пожилым людям и лицам с инвалидностью в зависимости от формы их проживания. Одинокие пожилые люди и лица с инвалидностью, проживающие в собственных квартирах, в основном обеспечиваются медико-социальной помощью посредством социальных работников и сотрудников территориально прикреплённых учреждений первичной медико-санитарной помощи. В то же время лица, проживающие в Центрах социальной поддержки, находятся на полном государственном обеспечении, где им оказывается комплексная медицинская и социальная помощь, включая обеспечение протезно-ортопедическими изделиями и техническими средствами реабилитации. Социально-демографическая характеристика обследованного контингента показала, что средний возраст респондентов составил $71,3 \pm 1,8$ года, при этом основную долю составили неработающие пенсионеры (68,6%), лица с инвалидностью (26,9%) и работающие пенсионеры (4,5%). Примечательно, что доля лиц, никогда не состоявших в браке, среди проживающих в Центрах социальной поддержки (23,2%) в 3,5 раза превышала аналогичный показатель среди пожилых, проживающих в собственных квартирах (6,6%). Кроме того, в Центры социальной поддержки чаще поступали мужчины (66,2%) и лица с низким уровнем образования, что может указывать на влияние социальных и образовательных факторов на риск институционализации в пожилом возрасте. Особое внимание в ходе исследования было уделено анализу условий жизни одиноких пожилых людей, проживающих в собственных квартирах. Данная категория населения чаще сталкивается с трудностями доступа к медицинской помощи, транспортной инфраструктуре и социальным услугам. Распад традиционной семейной структуры, а также процессы внутренней и внешней миграции трудоспособного населения способствовали увеличению числа пожилых граждан, живущих в одиночестве, что согласуется с данными зарубежных исследований [4,5]. Наиболее уязвимой группой среди пожилых людей и лиц с инвалидностью оказались лица в возрасте

75 лет и старше, а также одиноко проживающие пожилые люди, что обусловлено ростом распространённости хронических заболеваний, функциональных ограничений и потребности в постороннем уходе [6]. Важным аспектом успешного старения является поддержание адекватного уровня физической активности, особенно среди пожилых людей, живущих в одиночестве. Однако результаты исследования показали, что лишь незначительная доля одиноких пожилых людей регулярно занимается физическими упражнениями средней интенсивности: $7,8 \pm 1,3\%$ в основной группе и $12,1 \pm 1,3\%$ среди респондентов, проживающих в Центрах социальной поддержки. Доля лиц, выполняющих физические упражнения низкой интенсивности, в обеих группах была сопоставимой, но в целом оставалась недостаточной. С увеличением возраста наблюдалось достоверное снижение физической активности: если в возрастной группе 55/60–74 лет регулярные занятия физической культурой отмечались у $17,6 \pm 2,2\%$ респондентов, то среди лиц в возрасте 90 лет и старше данный показатель снижался до $8,1 \pm 1,6\%$. Вероятно, выявленные тенденции обусловлены нарастанием хронической патологии и возрастными анатомо-физиологическими изменениями организма [5,6].

Оценка качества медико-социального обслуживания показала, что большинство респондентов в целом положительно воспринимают предоставляемые услуги: $18,4\%$ оценили их как «отличные», $45,8\%$ — как «хорошие», $28,5\%$ — как «удовлетворительные», и лишь $7,3\%$ — как «неудовлетворительные». При этом ключевым фактором удовлетворённости являлось наличие постоянного медицинского работника или социального опекуна, обеспечивающего регулярное наблюдение, уход и лечение хронических состояний. Респонденты подчёркивали важность преемственности в уходе, возможности быстрого контакта с «знакомым» специалистом и доступности помощи по телефону. Высокая текучесть социальных работников воспринималась как источник стресса, обезличенного ухода и утраты доверия. В нескольких исследованиях указывалось, что социальные аспекты ухода — лица, осуществляющие уход, проводят с ними время, заводят разговоры, оказывают эмоциональную поддержку — очень ценны для благополучия пожилых людей [5]. Особое значение для респондентов, проживающих в собственных квартирах, имело желание как можно дольше оставаться в привычной домашней среде. Это связано с ощущением безопасности, конфиденциальности, автономии и контроля над собственной жизнью. Уход на дому рассматривался не только как форма помощи, но и как важный социальный контакт, способствующий снижению одиночества и повышению психологического благополучия. Социальные аспекты ухода, включая общение, эмоциональную поддержку и внимание со стороны опекунов, рассматривались как неотъемлемая часть качества медико-социальной помощи. В контексте организации первичной помощи большинство респондентов положительно относились к делегированию отдельных функций патронажным медицинским сёстрам при условии сохранения постоянного контакта и координации с семейным врачом. Такой подход рассматривался как эффективная альтернатива для решения повседневных проблем и обеспечения более индивидуализированного ухода.

Для пожилых людей с инвалидностью важно, чтобы жилищная среда была спроектирована или адаптирована для компенсации их инвалидности, чтобы максимизировать их способность достичь старости на месте [9]. Концепция «старения на месте», предполагающая проживание пожилых людей в собственных домах с адаптацией окружающей среды под функциональные ограничения, получила широкую поддержку среди обследованных. Более 78% респондентов, проживающих в собственных квартирах, выразили предпочтение оставаться дома даже при необходимости длительной поддержки. Однако существующий жилищный фонд в Узбекистане в значительной степени не адаптирован к потребностям лиц с ограниченными функциональными возможностями, что формирует высокий спрос на жилищные приспособления и улучшение доступности среды.

В последние годы в Республике Узбекистан предпринимаются активные меры по совершенствованию системы долговременного ухода, включая внедрение механизмов ваучерного финансирования социальных услуг, обеспечение протезно-ортопедическими изделиями и техническими средствами реабилитации, а также расширение участия частного сектора. Применение принципа «деньги следуют за пользователем» позволяет повысить степень автономии и выбора получателей услуг, что соответствует современным международным подходам к организации долговременного ухода [13].

Вместе с тем, результаты исследования указывают на необходимость дальнейшего развития территориально ориентированных моделей медико-социальной помощи, включая

создание махаллинских центров для пожилых людей, аутрич-сервисов и инновационных форм социальной интеграции. В качестве перспективного направления может рассматриваться внедрение программ социальной занятости и обмена, предусматривающих проживание одиноких пожилых людей в принимающих семьях с выполнением посильных бытовых функций в обмен на жильё, питание, социальное общение и поддержку.

Таким образом, полученные данные подтверждают, что в условиях трансформации семейных структур, демографического старения и роста потребности в долговременном уходе особую роль приобретает развитие интегрированных, ориентированных на человека моделей медико-социальной помощи, сочетающих формальные и неформальные формы поддержки и обеспечивающих пожилым людям и лицам с инвалидностью возможность достойного и активного старения [7].

Выводы.

1. Медико-социальная помощь одиноким пожилым людям и лицам с инвалидностью в Республике Узбекистан характеризуется дифференцированным уровнем доступности и качества в зависимости от формы проживания, при более высоком уровне обеспеченности услугами в условиях Центров социальной поддержки.

2. Наиболее уязвимой группой являются лица в возрасте 75 лет и старше, а также одиноко проживающие пожилые люди, что обусловлено высокой распространённостью хронических заболеваний, снижением функциональной активности и возрастанием потребности в постороннем уходе.

3. Уровень физической активности одиноких пожилых людей остаётся низким и существенно снижается с увеличением возраста, что требует включения программ адаптивной физической активности и профилактики функциональных нарушений в систему медико-социальной помощи.

4. Качество медико-социальных услуг в целом оценивается респондентами положительно, однако ключевыми факторами удовлетворённости являются преемственность ухода, наличие постоянного специалиста, доступность связи и индивидуализированный подход к потребностям получателей помощи.

5. Большинство одиноких пожилых людей и лиц с инвалидностью, проживающих в собственных квартирах, предпочитают «старение на месте», что актуализирует необходимость адаптации жилищной среды и развития услуг по уходу на дому и по месту жительства.

6. Реализуемые в Узбекистане новые модели организации медико-социальной помощи, основанные на принципе адресности, интеграции медицинских и социальных услуг и механизмах «деньги следуют за пользователем», обладают значительным потенциалом повышения эффективности системы социальной защиты.

7. Дальнейшее совершенствование системы медико-социальной помощи должно быть направлено на развитие территориально ориентированных сервисов, укрепление межведомственного взаимодействия, поддержку неформального ухода и внедрение инновационных моделей социальной интеграции одиноких пожилых людей и лиц с инвалидностью.

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. Atakro CA, Atakro A, Aboagye JS, Blay AA, Addo SB, Agyare DF, et al. (2021) Older people's challenges and expectations of healthcare in Ghana: A qualitative study. PLoS ONE 16(1):e0245451. doi: 10.1371/journal.pone.0245451.
4. Conneely et al. The effectiveness of interventions to reduce adverse outcomes among older adults following Emergency Department discharge: umbrella review. BMC Geriatrics. (2022); 22:462. doi: 10.1186/s12877-022-03007-5.
5. Herrler et al. Which features of ambulatory healthcare are preferred by people aged 80 and over? Findings from a systematic review of qualitative studies and appraisal of confidence using GRADE-CERQual. BMC Geriatrics. (2022) 22:428. doi: 10.1186/s12877-022-03006-6
6. Lin et al. Correlation analysis of physical fitness and its impact on falls in 2130 community-dwelling older adults: a retrospective cross-sectional study. BMC Geriatrics. 2022; 22:447. doi: 10.1186/s12877-022-03138-9.
7. Roschel et al. Associations between occupational balance, subjective health, and well-being of informal caregivers of older persons based on a cross-sectional study. BMC Geriatrics. (2022) 22:445. doi: 10.1186/s12877-022-03124-1
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. Tsuchiya-Ito et al. Implementation and costs of housing adaptations among older adults with different functional limitations in Japan. BMC Geriatrics. (2022) 22:444. doi: 10.1186/s12877-022-03100-9
10. Van Grootven and van Achterberg. Prediction models for functional status in community dwelling older adults: a systematic review. BMC Geriatrics. 2022; 22:465. doi: 10.1186/s12877-022-03156-7.
11. United Nations. World Population Ageing 2023. – New York: UN DESA, 2023.
12. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing: Baseline report. Geneva: WHO; 2020.
13. Wang et al. Preference of caregivers on residential care homes for older persons with versus without communication problems: a discrete choice experiment. BMC Geriatrics. (2022) 22:411. doi: 10.1186/s12877-022-03073-9