

Богдан И. В.¹, Аксенова Е. И.¹, Филиппов В. Э.², Горносталев М. Д.¹, Мякишева М. Б.¹, Чистякова Д. П.³
ЗДОРОВЬЕ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ СИСТЕМОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ФАКТОРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ ЖИТЕЛЕЙ МЕГАПОЛИСА

¹ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва, Россия;

²Департамент труда и социальной защиты населения города Москвы, 107078, г. Москва, Российская Федерация;

³Общероссийская общественно-государственная просветительская организация «Российское общество «Знание», 109240, г. Москва, Российская Федерация

В условиях старения населения в мегаполисах важно сохранять здоровье и активность пожилых людей, улучшая их качество жизни. Для этого необходимо изучать факторы, влияющие на долголетие, включая индивидуальные особенности здоровья и восприятие системы здравоохранения (доступность, отзывчивость, результативность, эйджизм).

Цель исследования: выявить оценку качества жизни пожилых москвичей и влиянием на нее факторов, связанных со здоровьем и оценкой системы здравоохранения.

Материалы и методы: использован социологический опрос, описательная статистика, корреляционный анализ, z-тест для сравнения долей переменных.

Результаты: оценка качества жизни и его компонентов на основе опросников показала, что здоровье является ключевым фактором для пожилых, хотя его оценка была низкой. 47% пожилых привержены ЗОЖ, из них 40% регулярно занимаются спортом. 25% имеют вредные привычки, 26% являются инвалидами, что снижает качество жизни. 18% обращаются за медицинской помощью ежемесячно. Обращающиеся ко врачам реже, оценивают качество жизни выше ($p \leq 0,001$). Удовлетворенность последним медицинским визитом выше, чем системой здравоохранения в целом.

Заключение: исследование выявило связь между ЗОЖ и качеством жизни пожилых. Регулярная физическая активность улучшает качество жизни, снижая ипохондрию и потенциально разгружая систему здравоохранения. удовлетворенность системой здравоохранения также влияет на качество жизни и требует увеличения доступности медицинской помощи.

Ключевые слова: старение населения; качество жизни; здоровье; удовлетворенность медицинской помощью; физическая активность; ипохондрия.

Для цитирования: Богдан И. В., Аксенова Е. И., Филиппов В. Э., Горносталев М. Д., Мякишева М. Б., Чистякова Д. П. Здоровье и удовлетворенность системой здравоохранения как факторы качества жизни старшего поколения жителей мегаполиса. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(спецвыпуск 2):1202—1208. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s2-1202-1208>

Для корреспонденции: Богдан Игнат Викторович, кандидат политических наук, руководитель центра цифровой социологии и социогуманитарных технологий в здравоохранении ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», e-mail: BogdanIV@zdrav.mos.ru.

Bogdan I. V.¹, Aksenova E. A.¹, Filippov V. E.², Gornostalev M. D.¹, Myakisheva M. B.¹, Chistyakova D. P.³
HEALTH AND SATISFACTION WITH THE HEALTH CARE SYSTEM AS FACTORS IN THE QUALITY OF
LIFE OF THE OLDER GENERATION OF METROPOLITAN RESIDENTS

¹State Budget Institution of Moscow "Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department", 115088, Moscow, Russian Federation;

²Department of Labor and Social Protection of the Population of the city of Moscow, 107078, Moscow, Russian Federation;

³All-Russian Public-Government Enlightenment Organization «Russian «Znaniye» Society», 109240, Moscow, Russian Federation

In the context of an aging population in megacities, it is important to maintain the health and activity of older people, improving their quality of life. To do this, it is necessary to study the factors affecting longevity, including individual health characteristics and perception of the health system (accessibility, responsiveness, effectiveness, ageism).

The purpose of the study: to identify an assessment of the quality of life of elderly Muscovites and the influence of factors related to health and the assessment of the health care system on it.

Materials and methods: a sociological survey, descriptive statistics, correlation analysis, and a z-test were used to compare the proportions of variables.

Results: an assessment of the quality of life and its components based on questionnaires showed that health is a key factor for the elderly, although its assessment was low. 47% of the elderly are committed to healthy lifestyle, of which 40% regularly exercise. 25% have bad habits, 26% are disabled, which reduces the quality of life. 18% seek medical help on a monthly basis. Those who go to doctors less often rate the quality of life higher ($p \leq 0.001$). Satisfaction with the last medical visit is higher than with the healthcare system as a whole.

Conclusion: the study revealed a link between healthy lifestyle and the quality of life of the elderly. Regular physical activity improves quality of life by reducing hypochondria and potentially offloading the healthcare system. Satisfaction with the health care system also affects the quality of life and requires an increase in the availability of medical care.

Key words: aging; quality of life; health; satisfaction with medical care; physical activity; hypochondria.

For citation: Bogdan I. V., Aksenova E. I., Filippov V. E., Gornostaev M. D., Myakisheva M. B., Chistyakova D. P. Health and satisfaction with the healthcare system as factors in the quality of life of the older generation of megalopolis residents. *Problemy socialnoi gigieny, zdnavookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(Special Issue 2):1202–1208 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s2-1202-1208>

For correspondence: Bogdan Ignat Viktorovich, Candidate of Political Sciences, Head of the Department of Medical and Sociological Research State Budget Institution of Moscow "Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department", e-mail: BogdanIV@zdrav.mos.ru.

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 15.05.2024

Accepted 03.09.2024

Введение

Сегодня старение населения является общемировым демографическим трендом, не избежала его и Россия. Спецификой является то, что для нашей страны характерно старение «снизу», подразумевающее, что сокращение рождаемости оказывает большее влияние на увеличение доли пожилого населения, чем увеличение ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) [1, с. 1232].

Несмотря на то, что в сравнении с развитыми странами ОПЖ россиян остается на низком уровне [2], она показывает стабильный рост с начала 2000-х гг. (за исключением периода пандемии Covid-19) [3, с. 47]. Последние расчеты Росстата свидетельствуют о том, что данный показатель за 2023 г. достиг 73,4 года по всей России и 79,4 по Москве, что делает ее одним из лидеров среди других регионов [4]. При этом, ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ) россиян составляет 61,4, а москвичей — 65,4 [5]. В этой связи важно подчеркнуть имеющийся вызов в области здоровья пожилых людей и на уровне страны, и на уровне города, выраженный существенным разрывом между ОПЖ и ОПЗЖ, позволяющим отнести его к тематике общественного здоровья.

Несмотря на более высокие показатели продолжительности жизни в Москве, результаты исследований указывают на то, что город является рискованной для жителей средой в силу высоких уровней загрязнения и стресса, при этом ограниченность его инфраструктуры и небезопасность общественных пространств создают неблагоприятные условия для комфортной жизни пожилых людей, делая их более уязвимыми к негативным воздействиям [6, 7, 8]. Задача продления здорового и активного периода жизни в городской среде, особенно в мегаполисе, порождает множество вызовов, в первую очередь связанных с самосохранительным поведением и оказанием медицинской помощи.

На данный момент масштабные исследования темы здорового и активного долголетия проведены в Мексике, Великобритании, Китае, Южной Корее, Японии, Индии, Индонезии и других странах [9]. В России тема изучалась в рамках Исследования мирового старения и здоровья взрослого населения (Study on Global Ageing and Adult Health — SAGE) совместно с Всемирной организацией здравоохранения в 2007-2010-х годах, а также проекта Высшей школы экономики «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ» [10]. В то же время масштабного, комплексного изучения медицинских, социальных, психологических факторов полноценного долголетия именно жителей российских мегаполисов на данный мо-

мент не проводилось. Дополнительным аспектом, не изученным в предыдущих крупных исследованиях в нашей стране, выступает роль характеристик системы здравоохранения (оцененная через восприятие) как фактора качества жизни пожилых граждан мегаполиса.

В связи с этим, представляется актуальным проведение исследования качества жизни граждан старшего возраста во взаимосвязи с их самосохранительным поведением, удовлетворенностью системой здравоохранения, а также с иными социально-демографическими и индивидуально-личностными характеристиками.

Цель исследования — выявить оценку качества жизни пожилых жителей Москвы и влияние факторов, связанных со здоровьем и оценкой системы здравоохранения на нее.

Материалы и методы

Дизайн исследования

Данное исследование посвящено изучению индивидуальных и средовых факторов качества жизни: первые связаны с личным здоровьем, а вторые операционализируются через удовлетворенность системой здравоохранения. Концептуальная модель исследования изображена на схеме (рисунок).

В рамках исследования с 28 ноября по 10 декабря 2022 года был проведен опрос с использованием случайной систематической стратифицированной двухосновной выборки мобильных и стационарных номеров Московского региона (CATI). Всего было опрошено 805 жителей Москвы в возрасте 55 лет и старше (для женщин) и 60 лет и старше (для мужчин). Половозрастное распределение выборки соответствует данным Росстата по численности представителей старшего поколения.

Анкета для телефонного опроса включала в себя авторские вопросы и разделы из следующих инструментов:

- Восьмикомпонентный европейский опросник изучения качества жизни (EUROHIS-QOL 8-item index (WHOQOL-8)) [11];
- MMPI 377 [12];
- Опросник ВОЗ по отзывчивости системы здравоохранения [13];
- ESS-2014 (Европейское социальное исследование) [14];
- Опросник «Диагностика ипохондрии: опросник тревоги о здоровье» [15];
- Опросник «Социальная диагностика (SD)» [16];
- Адаптированный Колпиной Л. В., Городовой Т. В. опросник по эйджизму [17].

Данное исследование является частью научно-исследовательского проекта, направленного на вы-



Модель исследования
Источник: разработано авторами

явление факторов активного долголетия в мегаполисе в рамках формирования доказательных подходов к организации активного долголетия. Для получения комплексного представления о качестве жизни пожилого населения мегаполисов, выявления основных потребностей, а также представления о способах их удовлетворения, к проведению планируются исследования ментального здоровья (в 2024 г.), социального благополучия и профилактического поведения (в 2025—2026 гг.).

Статистический анализ

Принципы расчета размера выборки
Выборка рассчитана по стандартной формуле случайной выборки, с учетом рандомизированного отбора телефонных номеров московского региона для обзвона. Для приведения полового состава выборки к данным по населению были установлены квоты по полу на основании данных Росстата по Москве. При планируемом объеме выборки (n=800) и доверительном интервале CI=0,95 максимальная ошибка выборки планировалась на уровне ± 3,45%.

Методы статистического анализа данных

При анализе опросных данных, произведенных с помощью IBM SPSS Statistics версии 26.0, применялись методы описательной статистики, корреляционный анализ и z-тест для сравнения долей переменных. Доверительный интервал определен на уровне 95%.

Результаты

Объекты (участники) исследования

Итоговая выборка исследования составила 805 жителей Москвы. Ее половозрастные и социальные характеристики представлены в таблице 1.

Основные результаты исследования

Качество жизни. В соответствии с Европейским опросником изучения качества жизни, респондентам было предложено оценить различные аспекты их жизни по 5-балльной шкале Ликерта (где 1 — «очень плохо», 5 — «очень хорошо»). Полученные в ходе исследования оценки представлены в таблице 2.

Общий показатель качества жизни пожилых москвичей, рассчитанный как среднее значение суммы

Таблица 1

Половозрастные и социальные характеристики выборки	
Основание	Характеристика выборки
Пол	Мужчины — 33,2%; женщины — 66,8%
Возраст	До 74 лет — 68,7%; старше 75 лет — 31,3%
Образование	Неоконченное школьное — 0,1%;
	Школьное — 4,6%;
	Начальное или среднее специальное, профессиональное — 25,0%;
Материальное положение	Высшее (включая неоконченное высшее) — 68,9%;
	Аспирантура, ученая степень — 1,4%
	Хорошее — 12,0%; среднее — 61,4%; плохое — 25,8%;
Занятость	Работает — 18,5%; не работает — 81,5%

Источник: составлено авторами

Таблица 2

Оценки доменов качества жизни		
№	Домен	Средний балл
1	Условия проживания	3,81
2	Социальная поддержка	3,81
3	Удовлетворенность повседневной активностью	3,42
4	Удовлетворенность собой	3,30
5	Энергия для жизни	3,14
6	Качество жизни (субъективная оценка)	3,14
7	Оценка здоровья (субъективная оценка)	2,91
8	Финансовое благополучие	2,82

Источник: составлено авторами

всех баллов, составил 3,27 балла. Больше всего он коррелирует с такими доменами, как «удовлетворенность повседневной активностью» ($r=0,73$), «удовлетворенность собой» ($r=0,72$), «оценка здоровья» ($r=0,70$) и «энергия для жизни» ($r=0,69$), что говорит об их первостепенной важности для качества жизни пожилого населения столицы.

Наименьший балл получил аспект «оценка здоровья». Почти половина респондентов (42%) испытывают неудовлетворенность своим состоянием здоровья, при этом каждый пятый опрошенный оценивает его как «ни хорошо, ни плохо». Анализ показал, что негативное влияние на самооценку здоровья оказывает снижение количества социальных контактов. Москвичи, отметившие редкие контакты с близкими людьми (69%), чаще оценивают свое здоровье как неудовлетворительное относительно тех, кто общается с близкими людьми «часто» (40%, $p=0,001$) и «очень часто» (38%, $p=0,001$). Однако, в целом, субъективная оценка удовлетворенности взаимоотношениями среди пожилых жителей столицы высокая — только 9% выразили неудовлетворенность уровнем личных контактов. Чаще жалуются на нехватку социальной поддержки одинокие пенсионеры, относительно живущих с другим человеком (12% и 6%, $p=0,004$).

Достаточно низкие показатели самооценки здоровья настораживают, поскольку их ухудшение отражается на других аспектах качества жизни, в том числе удовлетворенности повседневной активностью. Среди москвичей, низко оценивших состояние своего здоровья, не довольны своей способностью выполнения функциональных обязанностей 40%, среди удовлетворенных здоровьем таких только 3% ($p<0,001$).

Подобная закономерность выявлена и между оценкой здоровья и «удовлетворенностью собой». 45% опрошенных, не удовлетворенных своим здоровьем, недовольны собой, а среди удовлетворенных здоровьем, недовольных собой только 6% ($p<0,001$). Связь между удовлетворенностью собой и здоровьем подтверждается результатами анализа открытого вопроса. С учетом разнообразия интерпретаций того, что означает «быть довольным собой» [18, с. 59], для выявления смыслов, вкладываемого респондентами в данный аспект качества жизни, им было предложено порассуждать на эту тему. Лидирующим ответом среди пожилых москвичей стало хорошее здоровье (как физическое, так и психическое), наличие социальных контактов и отсутствие финансовой нужды. В целом, практика дополнения количественных данных открытыми вопросами, является важной, так как она позволяет уточнить интерпретации ответов и выявить потенциальное расхождение смыслов респондентов и тех, что исследователями вкладывались в опросник.

В связи с важностью финансового благополучия для удовлетворенности собой, следует отметить, что 35% респондентов указали на какой-либо дефицит денежных средств для закрытия своих повседневных потребностей. При этом, нехватка финансов

может негативно сказываться на условиях проживания. Чаще других на них жалуются пожилые москвичи с низким материальным положением (19%) относительно москвичей со средним (6%, $p<0,001$) и высоким доходом (5%, $p=0,005$). Помимо жилищных условий, финансовое положение может ограничить доступ к медицинским услугам, качественным продуктам питания, оказывая негативное влияние на психофизиологическое состояние индивида.

Обращает на себя внимание наличие связи между здоровьем и наличием энергии для повседневной жизни. В целом данный показатель характеризуется особо низким значением: только 30% опрошенных удовлетворены объемом энергии для выполнения повседневных задач. Падение энергетических ресурсов чаще объясняется влиянием таких факторов, как возраст и наличие инвалидности: 34% респондентов до 74 лет удовлетворены объемом энергии, в возрастной группе 75+ таких 21% ($p<0,001$). Также 33% имеющих инвалидность заявили о дефиците жизненных сил, среди не имеющих ограниченных возможностей о нем сообщили 18% ($p<0,001$).

Учитывая важность здоровья для качества жизни и некоторых из его аспектов целесообразно рассмотреть влияние на жизнь пожилого человека отдельных факторов в сфере здоровья (физическая активность, вредные привычки, инвалидность, психофизиологические аспекты состояния здоровья, ипохондрические проявления) и удовлетворенность системой здравоохранения.

Физическая активность. Почти половина участников опроса (47%) ведут ЗОЖ, а 40% из них занимаются спортом или иной физической активностью не реже нескольких раз в неделю. Ведущие ЗОЖ чаще, чем не ведущие ЗОЖ:

- удовлетворены своим здоровьем (44% и 21% соответственно, $p<0,001$);
- говорят, что им хватает энергии для повседневной жизни (35% и 16% соответственно, $p<0,001$);
- удовлетворены способностью выполнять повседневные задачи (70% и 39% соответственно, $p<0,001$);
- довольны собой (64% и 27% соответственно, $p<0,001$);
- удовлетворены личными взаимоотношениями (83% и 68% соответственно, $p=0,005$).

Поскольку ЗОЖ зависит также и от возможностей, предоставляемых условиями окружающей среды, респондентам было предложено ответить на вопросы о наличии необходимой для реализации здоровьесберегающих практик инфраструктуры (парки, спортивные площадки и залы, фитнес-клубы и т. д.) в их районах проживания. 56% пенсионеров заявили, что в их районе функционируют вышеуказанные объекты. Однако 16% пожилых москвичей сообщили о дефиците такой инфраструктуры. Результаты анализа их ответов показали, что основным недостающим объектом для поддержания ЗОЖ в местах проживания является бассейн. Его высокое место в списке, вероятно, связано с тем, что

плавание — безопасный и эффективный вид нагрузки для всех возрастных групп, а шаговая доступность бассейнов ограничена, что особенно затрудняет их посещение пожилыми с ограниченной мобильностью.

Вредные привычки. Каждый четвертый пенсионер имеет вредные привычки. Значимо чаще их практикуют мужчины, чем женщины (41% и 16% соответственно, $p < 0,001$), а также пенсионеры до 74 лет, чем москвичи 75+ (32% и 10% соответственно, $p < 0,001$). То есть, имеет место трехкратное уменьшение имеющих вредные привычки в более старшей группе. Значимой связи между наличием вредных привычек и качеством жизни не обнаружено.

Психологические аспекты состояния здоровья и социальная депривация. Около половины московских пенсионеров отмечают, что испытывают легкие или умеренные недомогания: боль и дискомфорт (61%), проблемы с концентрацией или памятью (56%), беспокойство и тревогу (54%), подавленность и уныние (46%), подверженных сильным болезненным оказалось меньшинство.

Около 8% респондентов заявили о социальной депривации. У них отмечены более низкие значения показателей качества жизни относительно чаще вступающих в социальные контакты, они:

- не удовлетворены состоянием здоровья (66% и 40% соответственно, $p < 0,001$);
- не удовлетворены способностью выполнять свои повседневные
- обязанности (40% и 17% соответственно, $p < 0,001$);
- недовольны собой (42% и 20% соответственно, $p < 0,001$).

Обнаруженная связь социальной депривации и здоровья может объясняться таким образом: с одной стороны, дефицит социальных контактов может привести к ухудшению психофизиологического состояния здоровья, с другой — социальная депривация является следствием хронических заболеваний и/или инвалидности. В пользу первого говорит то, что чаще плохое физическое и эмоциональное состояние мешает общаться с близкими людьми пожилым, имеющим инвалидность, чем москвичам, которые ее не имеют (18% и 11% соответственно, $p = 0,005$).

Удовлетворенность системой здравоохранения и последним посещением медицинской организации (МО). Удовлетворенность последним посещением МО демонстрируют в 2,2 раза больше опрошенных, чем удовлетворенность системой здравоохранения в целом. Респонденты, удовлетворенные последним посещением МО, чаще позитивно оценивают московскую систему здравоохранения относительно пожилых москвичей, недовольных последним посещением ($p < 0,001$).

Важно, что пожилые москвичи, низко оценивающие состояние своего здоровья, чаще выражают недовольство системой здравоохранения Москвы, чем

удовлетворенные своим здоровьем (42% и 21% соответственно, $p < 0,001$).

Характеристика обращений за медицинской помощью. Частыми посетителями МО (хотя бы один раз в месяц) являются лишь 18% пенсионеров. Большая часть пожилых людей посещают медицинские организации либо несколько раз в год (42%), либо раз в год и реже (38%). Представители группы, реже всего обращающихся за медицинской помощью, выше оценивают различные аспекты качества жизни относительно москвичей, посещающих МО несколько раз в месяц ($p \leq 0,001$): они значимо чаще удовлетворены своим здоровьем (48% и 20% соответственно), способностью выполнять повседневные функции (68% и 42% соответственно), довольны собой (59% и 39% соответственно), имеют достаточно энергии для повседневной жизни (39% и 14%).

Результативность лечения. Результатами обращения за медицинской помощью за последние 5 лет довольны более половины пожилых москвичей. Анализ связи данного показателя удовлетворенности с доменами качества жизни указывает на то, что респонденты, неудовлетворенные результатами посещения МО за пятилетний период, значимо чаще, чем довольные ими:

- испытывают недостаток денег для удовлетворения повседневных нужд (47% и 29% соответственно, $p = 0,002$);
- недовольны собой (37% и 18% соответственно, $p < 0,001$);
- недовольны своими возможностями исполнять повседневные обязанности (32% и 12% соответственно, $p < 0,001$);
- ощущают нехватку энергии для повседневных нужд (41% и 15% соответственно, $p < 0,001$);
- не удовлетворены своим здоровьем (66% и 31% соответственно, $p < 0,001$).

Следует вывод, что для недовольных респондентов чаще характерна более пессимистичная оценка психофизиологических и финансовых аспектов качества жизни относительно москвичей, удовлетворенных результатами посещения МО.

Базовая доступность медицинской помощи. Основным называемым барьером получения медицинской помощи являются сложности с записью к медицинским специалистам. Чаще всего пожилые пациенты при записи на прием сталкивались с проблемой расписанного времени приема пациентов, особенно при записи к узким специалистам, чем к врачам первичного звена.

Однако в обоих случаях на данную проблему чаще жалуются пенсионеры с невысоким доходом, поскольку не могут позволить себе посещение частной клиники и вынуждены ждать приема у нужного специалиста в бюджетной МО.

Эйджизм в системе здравоохранения Москвы. О наличии фактов неуважительного отношения к пожилым пациентам заявили 8% респондентов, что указывает на эпизодичность данного явления. Считающих, что медицинские работ-

ники к пожилым пациентам относятся хуже, чем к другим группам, больше в 2 раза.

По мнению респондентов, ответивших, что к пожилым людям медработники относятся хуже, пенсионеры воспринимаются медиками как «балласт системы здравоохранения», они очень требовательны, раздражительны и имеют много заболеваний. Данные проявления эйджизма могут сформировать мнение о неприветливости системы здравоохранения столицы среди данной группы, усилить негативное общественное мнение о наличии большого количества барьеров при получении медицинской помощи. Высказанные мнения не о личном опыте, а о том «как обстоят дела», могут быть необъективными, вследствие подверженности, например, влияния инфополя.

Отзывчивость системы здравоохранения. Для измерения отзывчивости системы здравоохранения была использована методика CSI, подразумевающая изучение отдельных компонентов отзывчивости столичной системы здравоохранения при комбинированной оценке их важности и удовлетворенности ими. Согласно ей, отзывчивость системы здравоохранения Москвы составляет 76%.

С точки зрения отзывчивости можно обозначить два более проблемных аспекта функционирования системы здравоохранения — «скорость получения медицинской помощи» и «возможность попасть на прием в желаемую МО или к желаемому врачу» (высокая важность и относительно малая удовлетворенность). Источниками улучшения ситуации служат развитие цифровизации здравоохранения (от электронной записи на прием до телемедицины), системы диспансерного наблюдения для лиц с хроническими заболеваниями, в т. ч. и пожилого возраста, комплекс мер по снижению дефицита медицинских кадров.

Предложенные пожилыми москвичами рекомендации по улучшению системы здравоохранения сводятся преимущественно к организационно-кадровым вопросам (доступность медицинской помощи, уважительное отношение к пациенту со стороны медицинского персонала, повышение квалификации медицинских работников, решение проблемы дефицита кадров). Необходимость ремонта в МО, покупка дорогого оборудования значимым количеством респондентов не отмечена, что может указывать на позитивные изменения в решении хозяйственных вопросов.

Заключение

Результаты исследования выявили, что здоровье является важнейшим фактором качества жизни пожилого населения. С повышением качества жизни и улучшением оценки отдельных его компонент взаимосвязана регулярная физическая активность, влияющая на снижение ипохондрии у пенсионеров, что может являться фактором потенциальной «разгрузки» системы здравоохранения из-за уменьшения обращений с нерелевантными жалобами.

Отсутствие связи между наличием вредных привычек и качеством жизни может говорить о том, что респонденты могут оценивать вред как выраженный только в крайних случаях (например, наличие алкоголизма или рака легких).

Значительно связана с качеством жизни удовлетворенность системой здравоохранения и зависит от наличия барьеров, связанных с оперативным получением медицинской помощи (запись на прием к нужному специалисту, удаленность МО и т. д.). Значимая роль отдается социально-психологическим факторам оказания медицинской помощи, поэтому важна нарративная компетентность врачей, их умение слышать пожилых пациентов.

Был выявлен разрыв между более негативным восприятием системы здравоохранения и более позитивными оценками актуального опыта посещения МО и результативности лечения, поскольку респонденты оценивают здравоохранение в целом не только на основе личного опыта обращения за медицинской помощью, но и на основании получаемой из социальных медиа информации.

Исследование показало важность вдумчивого подхода к мониторингу качества жизни пожилых лиц: важность учета того, что в их субъективной системе координат составляет основную ценность, в чем состоят пожелания, а в чем реальные организационные недостатки и т. д.

Результаты исследования могут быть полезны при разработке и совершенствовании программ, посвященных улучшению здоровья пожилого населения как Москвы, так и других мегаполисов в нашей и других странах мира.

Исследование не имело спонсорской поддержки.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьева О. Д., Топилин А. В., Ниорадзе Г. В., Хроленко Т. С. Демографическое старение населения региональный российские тренды. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(6):1230-1235. DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-6-1230-1235.
2. World Health Organization 2024 data.who.int, Life expectancy at birth (years). Available at: <https://data.who.int/indicators/i/90E2E48> (accessed 20.06. 2024).
3. Демографический ежегодник России. М.: Стат.сб./ Росстат; 2023.
4. ЕМИСС. Государственная статистика. *Ожидаемая продолжительность жизни при рождении*. Режим доступа: <https://www.fedstat.ru/indicator/31293> (дата обращения: 17.05.2024).
5. ЕМИСС. Государственная статистика. *Ожидаемая продолжительность здоровой жизни*. Режим доступа: <https://www.fedstat.ru/indicator/59233> (дата обращения: 17.05.2024).
6. Buffel T., Phillipson C., Scharf T. Ageing in urban environments: Developing 'age-friendly' cities. *Critical Social Policy*. 2012;32(4):597-617. DOI: 10.1177/0261018311430457.
7. McDonald R., Beatley T. Cities as Inhumane: The Urban Health Penalty. In: *Biophilic Cities for an Urban Century*. Switzerland: Palgrave Pivot; 2021. DOI: 10.1007/978-3-030-51665-9_3.
8. Zhu D., Ye X., Li W., Ding R., He P. Urban health advantage or urban health penalty? Urban-rural disparities in age trajectories of physiological health among Chinese middle-aged and older women and men. *Health Place*. 2021;69:102559. DOI: 10.1016/j.healthplace.2021.102559.
9. National Institute on Aging, USA. *Global Aging*. Available at: <https://www.nia.nih.gov/research/dbsr/global-aging> (accessed: 20.05. 2024).

10. Varlamova M., Sinyavskaya O. Active Ageing Index in Russia — Identifying Determinants for Inequality. *Population Ageing*. 2021;14:69—90. DOI: 10.1007/s12062-020-09277-4.
11. da Rocha N. S., Power M. J., Bushnell D. M., Fleck M. P. The EU-ROHIS-QOL 8-item index: comparative psychometric properties to its parent WHOQOL-BREF. *Value Health*. 2012;15(3):449-457. DOI:10.1016/j.jval.2011.11.035.
12. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д. Методика многостороннего исследования личности. Структура, основы интерпретации, некоторые области применения. М.: «Березин Феликс Борисович»; 2011.
13. Stewart W. J., Myléus A., Chatterji S., Valentine N. Health systems responsiveness among older adults: Findings from the World Health Organization Study on global AGEing and adult health. *Glob Public Health*. 2020;15(7):999-1015. DOI:10.1080/17441692.2020.1742365.
14. European Social Survey European Research Infrastructure (ESS ER-IC) (2023) ESS round 7 — 2014. Immigration, Social inequalities in health. Sikt — Norwegian Agency for Shared Services in Education and Research. <https://doi.org/10.21338/NSD-ESS7-2014>. Available at: <https://ess.sikt.no/en/study/ccd56840-e949-4320-945a-927c49e1dc4f/116> (accessed: 20.05. 2024).
15. Salkovskis P. M., Rimes K. A., Warwick H. M., Clark D. M. The health anxiety inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med*. 2002;32(5):843-853. DOI:10.1017/s0033291702005822.
16. Social Diagnosis 2000-2013. Objective and Subjective Quality of Life in Poland. Available at: <http://www.diagnoza.com/index-en.html> (accessed: 17.05. 2024).
17. Колпина Л. В., Городова Т. В. Геронтологический эйдзизм: причины возникновения и проблемы преодоления. Фундаментальные исследования. 2015;17(2):3871-3874.
18. Programme on mental health: WHOQOL user manual. Geneva; World Health Organization; 1998.
5. EMISS. Government statistics. *Ozhidaemaya prodolzhitel'nost' zdorovoi zhizni*. EMISS. Gosudarstvennaya statistika. Available at: <https://www.fedstat.ru/indicator/59233> (accessed 17.05. 2024). (In Russian).
6. Buffel T., Phillipson C., Scharf T. Ageing in urban environments: Developing 'age-friendly' cities. *Critical Social Policy*. 2012;32(4):597-617. DOI: 10.1177/0261018311430457.
7. McDonald R., Beatley T. Cities as Inhumane: The Urban Health Penalty. In: Biophilic Cities for an Urban Century. Switzerland: Palgrave Pivot; 2021. DOI: 10.1007/978-3-030-51665-9_3.
8. Zhu D., Ye X., Li W., Ding R., He P. Urban health advantage or urban health penalty? Urban-rural disparities in age trajectories of physiological health among Chinese middle-aged and older women and men. *Health Place*. 2021;69:102559. DOI: 10.1016/j.healthplace.2021.102559.
9. National Institute on Aging, USA. *Global Aging*. Available at: <https://www.nia.nih.gov/research/dbsr/global-aging> (accessed: 20.05. 2024).
10. Varlamova M., Sinyavskaya O. Active Ageing Index in Russia — Identifying Determinants for Inequality. *Population Ageing*. 2021;14:69—90. DOI: 10.1007/s12062-020-09277-4.
11. da Rocha N. S., Power M. J., Bushnell D. M., Fleck M. P. The EU-ROHIS-QOL 8-item index: comparative psychometric properties to its parent WHOQOL-BREF. *Value Health*. 2012;15(3):449-457. DOI:10.1016/j.jval.2011.11.035.
12. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д. Методика многостороннего исследования личности. Структура, основы интерпретации, некоторые области применения. М.: «Березин Феликс Борисович»; 2011. (In Russian).
13. Stewart W. J., Myléus A., Chatterji S., Valentine N. Health systems responsiveness among older adults: Findings from the World Health Organization Study on global AGEing and adult health. *Glob Public Health*. 2020;15(7):999-1015. DOI:10.1080/17441692.2020.1742365.
14. European Social Survey European Research Infrastructure (ESS ER-IC) (2023) ESS round 7 — 2014. Immigration, Social inequalities in health. Sikt — Norwegian Agency for Shared Services in Education and Research. <https://doi.org/10.21338/NSD-ESS7-2014>. Available at: <https://ess.sikt.no/en/study/ccd56840-e949-4320-945a-927c49e1dc4f/116> (accessed: 20.05. 2024).
15. Salkovskis P. M., Rimes K. A., Warwick H. M., Clark D. M. The health anxiety inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med*. 2002;32(5):843-853. DOI:10.1017/s0033291702005822.
16. Social Diagnosis 2000-2013. Objective and Subjective Quality of Life in Poland. Available at: <http://www.diagnoza.com/index-en.html> (accessed: 17.05. 2024).
17. Колпина Л. В., Городова Т. В. Геронтологический эйдзизм: причины возникновения и проблемы преодоления. Фундаментальные исследования. 2015;17(2):3871-3874. (In Russian).
18. Programme on mental health: WHOQOL user manual. Geneva; World Health Organization; 1998.

Поступила 15.05.2024
Принята в печать 03.09.2024

REFERENCES

1. Vorobyova O. D., Topilin A. V., Nioradze G. V., Khrolenko T. S. The demographic aging of population: regional trends in Russia. *Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2022;30 (6):1230-1235. DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-6-1230-1235. (In Russian).
2. World Health Organization 2024 data.who.int, Life expectancy at birth (years). Available at: <https://data.who.int/indicators/i/90E2E48> (accessed 20.06. 2024).
3. Demographic Yearbook of Russia [Demograficheskij ezhegodnik Rossii]. M.: Stat.sat./ Rosstat; 2023. (In Russian).
4. EMISS. Government statistics. The expected duration of a healthy life. *Ozhidaemaya prodolzhitel'nost' zhizni pri rozhdenii*. Available at: <https://www.fedstat.ru/indicator/31293> (accessed 17.05. 2024). (In Russian).
5. EMISS. Government statistics. *Ozhidaemaya prodolzhitel'nost' zdorovoi zhizni*. EMISS. Gosudarstvennaya statistika. Available at: <https://www.fedstat.ru/indicator/59233> (accessed 17.05. 2024). (In Russian).
6. Buffel T., Phillipson C., Scharf T. Ageing in urban environments: Developing 'age-friendly' cities. *Critical Social Policy*. 2012;32(4):597-617. DOI: 10.1177/0261018311430457.
7. McDonald R., Beatley T. Cities as Inhumane: The Urban Health Penalty. In: Biophilic Cities for an Urban Century. Switzerland: Palgrave Pivot; 2021. DOI: 10.1007/978-3-030-51665-9_3.
8. Zhu D., Ye X., Li W., Ding R., He P. Urban health advantage or urban health penalty? Urban-rural disparities in age trajectories of physiological health among Chinese middle-aged and older women and men. *Health Place*. 2021;69:102559. DOI: 10.1016/j.healthplace.2021.102559.
9. National Institute on Aging, USA. *Global Aging*. Available at: <https://www.nia.nih.gov/research/dbsr/global-aging> (accessed: 20.05. 2024).
10. Varlamova M., Sinyavskaya O. Active Ageing Index in Russia — Identifying Determinants for Inequality. *Population Ageing*. 2021;14:69—90. DOI: 10.1007/s12062-020-09277-4.
11. da Rocha N. S., Power M. J., Bushnell D. M., Fleck M. P. The EU-ROHIS-QOL 8-item index: comparative psychometric properties to its parent WHOQOL-BREF. *Value Health*. 2012;15(3):449-457. DOI:10.1016/j.jval.2011.11.035.
12. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д. Методика многостороннего исследования личности. Структура, основы интерпретации, некоторые области применения. М.: «Березин Феликс Борисович»; 2011. (In Russian).
13. Stewart W. J., Myléus A., Chatterji S., Valentine N. Health systems responsiveness among older adults: Findings from the World Health Organization Study on global AGEing and adult health. *Glob Public Health*. 2020;15(7):999-1015. DOI:10.1080/17441692.2020.1742365.
14. European Social Survey European Research Infrastructure (ESS ER-IC) (2023) ESS round 7 — 2014. Immigration, Social inequalities in health. Sikt — Norwegian Agency for Shared Services in Education and Research. <https://doi.org/10.21338/NSD-ESS7-2014>. Available at: <https://ess.sikt.no/en/study/ccd56840-e949-4320-945a-927c49e1dc4f/116> (accessed: 20.05. 2024).
15. Salkovskis P. M., Rimes K. A., Warwick H. M., Clark D. M. The health anxiety inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med*. 2002;32(5):843-853. DOI:10.1017/s0033291702005822.
16. Social Diagnosis 2000-2013. Objective and Subjective Quality of Life in Poland. Available at: <http://www.diagnoza.com/index-en.html> (accessed: 17.05. 2024).
17. Колпина Л. В., Городова Т. В. Геронтологический эйдзизм: причины возникновения и проблемы преодоления. *Fundamental'nye issledovaniya*. 2015;17(2):3871-3874. (In Russian).
18. Programme on mental health: WHOQOL user manual. Geneva; World Health Organization; 1998.