УДК 613:304.3-026.12]-053.9

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ РИСКИ ПРОЛОНГИРОВАНИЯ АКТИВНОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Чернышкова Е.В.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Минздравсоцразвития России, Саратов, e-mail: chervy@mail.ru

На основе результатов анкетного опроса пожилых людей представлен анализ ключевых медико-социальных факторов риска, сужающих возможность продолжения активного образа жизни в позднем возрасте. Выявлено, что, несмотря на объективные причины расширения медикализации пожилого населения, одним из наиболее значительных рисков этого процесса является стигматизация старости, снижающая возможности пролонгации активности социогеронтологической группы. Показано, что другим, не менее важным фактором риска продолжения активного образа жизни в пожилом возрасте считается возрастная дискриминация в профессионально-трудовой сфере, усугубляющая ситуацию социального исключения пожилых людей.

Ключевые слова: пожилой возраст, активный образ жизни, медикализация, возрастная дискриминация

MEDICOSOCIAL RISKS OF ELDERLY PERSONS' ACTIVE WAY OF LIVING PROLONGATION

Chernyshkova E.V.

Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Saratov, e-mail: chervy@mail.ru

The analysis of basic medico-social factors, decreasing possibility of active way of living prolongation for elderly people is presented relying on the data of elderly survey. It is shown that in spite of objective reasons of old age medicalization, its most considerable risk is stigmatization, leading to decrease of elderly activity. It is revealed that another significant risk of activity prolongation is age discrimination in professional or labor sphere; which aggravates social exclusion of old people.

Keywords: old age, active way of living, medicalization, age discrimination

Активный образ жизни в позднем возрасте зависит от множества факторов, понимание которых способствует успешной реализации политики и программ, направленных на формирование модели интегрированной старости. Обобщенное понимание модели интегрированной старости подразумевает позитивную жизненную перспективу, в рамках которой пожилые люди смогли бы найти свое место и обрести значимую роль, которая связывала бы их с обществом. В этой связи актуальным представляется необходимость анализа основных медико-социальных факторов, сужающих возможность продления активного образа жизни пожилых людей.

Целью исследования явился анализ основных медико-социальных факторов, препятствующих пролонгированию активного образа жизни в пожилом возрасте.

Материалом для анализа послужили данные отечественных исследований проблем пожилого возраста, а также результаты социологического исследования методом анкетирования, проведенного в Саратовской области в 2010 году. Совокупное количество опрошенных: 430 человек, возрастной диапазон выборки: 60−74 года.

Результаты проведенного исследования позволили выделить следующие медико-социальные риски, которые, с точки зрения респондентов являются наиболее значимыми для активного образа жизни в пожилом возрасте: медикализация пожилого возраста; возрастная дискриминация в профессионально-трудовой сфере.

Многочисленные исследования и труды, начиная с работ древних мыслителей, посвящены снижению физических способностей организма и преодолению этих последствий в пожилом и старческом возрасте. По оценкам геронтологов, 60–74 года – очень сложный возраст. В этом возрасте вымирает наибольшее количество людей, проявляются клинические инволюционные изменения, возрастзависимые и возрастнезависимые заболевания и именно в этом возрасте организм человека переходит из одного качественного состояния в другое, требующего в значительно большей степени врачебного контроля. Согласно М. Фуко (1998), расширение сферы медицины – есть медикализация общества. Медикализация проявляется в том, что человек все больше и больше включается в сеть медицинского сервиса, который, в свою очередь, постоянно расширяется. И, безусловно, в разумных пределах медикализация – необходимое и полезное явление.

В случае с представителями старшей возрастной группы расширение границ медикализации имеет объективную основу – они чаще болеют. Многими исследователями подчеркивается высокая нуждаемость пожилых людей в медицинской помощи [5, 8]. По данным Л. Гуло, потребности пожилых

в медицинской помощи на 50% выше, чем у населения среднего возраста [4].

Но значительная потребность геронтологической группы в медицинских услугах не всегда является обязательным условием обращений за врачебной помощью. Так, согласно данным Министерства социального развития Саратовской области, выявлена достаточно низкая активность пожилого населения в отношении поддержания и сохранения собственного здоровья: более половины опрошенных – 58% обращаются к врачу, только если что заболит; 23,3% респондентов регулярно проходит медицинские осмотры, но только по приглашению из поликлиники (из них 29,8% имеют инвалидность); 5,2% ответивших проходят медицинские осмотры только после убеждений врача о необходимости этих мер (из них 38% имеют инвалидность) [6].

Отметим, что частичное ухудшение здоровья, по мнению большинства опрошенных, в значительно меньшей степени влияет на отказ от активной жизненной позиции в позднем возрасте (58,8%). При этом сохранение и поддержание здоровья в контексте активной старости, с точки зрения участников анкетирования, является личной инициативой каждого, так как современное здравоохранение не способствует продлению активного образа жизни представителей позднего возраста (52,2%); частично способствует (37,0%); в целом способствует (10,8%).

По результатам опроса, альтернативным способом поддержания здоровья (без обращения к врачу) является самолечение, в основе которого лежит жизненный опыт (46%); использование прежних предписаний врача (18,3%); советы соседей и знакомых (15,4%), информация из медицинской литературы (11,9%), советы работников аптек (7,2%), информация из Интернета (1,2%).

Основными аргументами при отказе от частых обращений за врачебной помощью (не в экстренных случаях) среди опрошенных пожилых людей являются следующие: неуважительное отношение медицинских работников к пожилым пациентам (36,2%), отсутствие квалифицированных специалистов (27,5%), большие очереди в поликлиниках (22,9%), слишком дорогие лекарства (13,4%).

Официальные данные свидетельствуют о росте показателя инвалидности с возрастом с 15,2 до 27,6%, на текущий момент она составляет 25% от общего числа пожилых людей. Но, несмотря на доступность медицинской помощи для значительного большинства этой категории лиц (75,2%), констатируется достаточно низкая регулярная обращаемость за врачебной помощью пожилых людей, имеющих инвалидность – 34,3% [6].

Развитие рыночных отношений, значительный прогресс в медицинских технологиях и, как следствие, возникновение большого количества и вариаций платных медицинских услуг не влияет на улучшение медицинского обслуживания пожилых людей. Ранжирование ответов на вопрос «Обращаетесь ли вы за платной медицинской помощью?» подтверждает отчетливое социальное неравенство в отношении геронтогруппы. 69% респондентов ответили, что обращаются крайне редко; 28% – обращаются регулярно; и только 3% – часто. Основным условием для обращения за платной врачебной помощью пожилые люди считают наличие современной аппаратуры, отсутствие очередей и доброжелательное отношение персонала. Но по единодушному мнению опрошенных (88,6%) цены на эти услуги не только не доступны для большинства пожилых людей, но и еще раз напоминают о бедственном финансовом положении, укореняя в них чувство фрустрации.

Как указывает И. Григорьева [3], адаптивные возможности человека чрезвычайно велики, если смена среды или типа взаимодействия со средой происходит не слишком быстро. При этом медицинская помощь может наносить людям ущерб, связанный с некомпетентностью врачей, сложностью и многообразием медицинской техники. Институт медицины, как любая бюрократическая организация, заинтересованная в своем самосохранении, фактически добивается того, чтобы люди чаще ощущали себя больными. Медики сурово осуждают самолечение, но это передоверяет жизнь и здоровье каждого человека специалистам, дезинтегрирует общество, разрушает автономию и доверие к себе. Однако по утверждению известного геронтолога В. Альперовича, большинство отечественных медицинских работников плохо знакомы с особенностями стареющего организма [1]. Рост количества специализированных врачей и увеличение требований к медико-социальным стандартам сегодня едва успевает за демографическим старением населения развитых и развивающихся стран, что особенно характерно для последних.

При этом, как показал Ж. Бодрийяр, современная культура не признает за старостью никакого собственного смысла – ей на долю выпадает только символизировать абстрактную жизнь, взятую в аспекте ее непрерывного воспроизводства; стариков «больше не эксплуатируют – им дают жить

непосредственно за счет общества, их принуждают жить, так как они являют собой живой пример накопления (а не прожигания) жизни» [2]. Негативные стереотипы о социально бессильных группах могут приводить к их стигматизации, вытеснению в маргинальные области социальной жизни.

Таким образом, следует констатировать, что, несмотря на объективные причины расширения процесса медикализации позднего возраста, одним из его наиболее значительных рисков является стигматизация старости, влияющая, в свою очередь, на снижение возможности пролонгации активности представителей старшей возрастной группы.

Необходимо также отметить еще один барьер, встающий на пути развития концепции активного образа жизни в старости – возрастная дискриминация на рынке труда. Вообще, рынки труда создают и укрепляют несправедливость между пожилыми и молодыми людьми. Находясь в системе принципов занятости устойчивого уровня, «возрастные барьеры препятствуют тому, чтобы пожилые рабочие остались в рамках рынка труда или присоединились к нему после выхода на пенсию» [10]. В результате, пожилые работники, как само собой разумеющееся, практически изгнаны из сферы занятости и зачастую отстранены от возможности трудоустроиться.

Активная старость как концепт социальной политики не является новым для исследовательского сообщества, однако, в последние годы заметен процесс его актуализации. Начиная с 60-х годов прошлого столетия, во многих геронтологических исследованиях уделялось особое внимание важности продолжения профессиональной и трудовой деятельности в жизни пожилых людей [9, 8]. Идея непрерывной экономической интеграции пожилых работников подкреплялась данными исследований, доказывающих, что значительное число людей старше 60–65 лет могут фактически продолжать работать и способствовать развитию общества. Подчеркивается, что, снижение познавательных способностей пожилых людей является постепенным и происходит медленнее и позже, чем принято считать, и этих ресурсов является достаточно для многих видов трудовой деятельности.

По данным проведенного нами исследования, снижение физических способностей организма, изменения моторики и быстроты реакций не является причиной отказа от продолжения трудовой деятельности, так как это полностью компенсируется посредством богатого профессионального или жизненного опыта (52,2 %); социальной осведомленностью (24,8 %); высоким уровнем мотивации к работе (23 %).

Принятие Всемирной Организацией Здравоохранения Концепции активного старения в конце прошлого столетия является попыткой определения специфики данного феномена и выявления характерных для этого процесса особенностей. ВОЗ определяет активное старение как «процесс оптимизации возможностей в плане здоровья, участия и безопасности в целях повышения качества жизни по мере старения людей» [7]. На уровне Европейского Союза понятие активного старения интерпретируется как длительная экономическая активность через продление периода трудоспособности, более позднего выхода на пенсию и участия в социальной жизни в качестве волонтеров или попечения после ухода на пенсию. Формирование активного подхода к старению, особенно в сфере экономики, приобрело особую актуальность в последние годы. Европейский Союз стремится развивать политику активного старения, финансирует сохранение рабочих мест для пожилых людей, тем самым укрепляя их положение на рынке труда и увеличивая возможность их трудоустройства [7].

Результаты анкетирования выявили, что большинство респондентов считает проводимую государством политику в отношении активного старения недостаточной. Среди мер по активизации трудовых возможностей пожилых людей предлагаются следующие:

1) государственный контроль за трудоустройством с возможностью выбора форм и видов трудовой деятельности – 42,8 %;

2) законодательное запрещение дискриминации по возрасту – 24,8 %;

3) создание возможностей повышения квалификации или переквалификации – 32,4%.

Очевидно, что несмотря на попытки реформирования возможностей активного участия пожилых людей в социальной жизни, предпринимаемые на макроуровне, ситуация исключения этой возрастной группы обостряется. Многие пожилые сотрудники в производственной сфере становятся неконкурентоспособными в сравнении с более молодыми коллегами. Отсутствие традиции повышения квалификации, переквалификации в этот период лишает их возможности трудоустройства. Наличие жизненного и профессионального опыта у старшего поколения и приобретенные навыки теряют экономическую ценность. А новые виды социальной деятельности, приемлемые для пожилых людей (уход за собой, членами семьи, воспитание внуков), которые имеют, в том числе и экономиче-

скую составляющую, обществом не стимулируются, снижая возможности их активного участия в социальной жизни.

Таким образом, бесперспективность пожилых людей в профессионально-деловой сфере – важный фактор, сужающий сферы реализации активности в позднем возрасте, даже несмотря на сохранность здоровья и желание продолжения активного образа жизни.

Выводы

Подводя итог вышесказанному, подчеркнем, что риски, ограничивающие активный образ жизни в позднем возрасте, как на мировом, так и на локальном уровне выражаются в следующих основных проблемах. Прежде всего, это усиление негативного эффекта медикализации пожилых людей, способствующее стигматизации социогеронтологической группы и препятствующее политике активного образа жизни в старости. Во-вторых – возрастная дискриминация в профессионально-деловой сфере, которая, несмотря на декларируемое положительное отношение к представителям старшей возрастной группы, остается фактором риска продолжения их активного образа жизни.

Список литературы

1. Альперович В.Д. Проблемы старения: Демография, психология, социология. – М.: ООО «Издательство Астрель», ООО «Издательство АСТ», 2004. – С. 118–119.

2. Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть. – М., 2000. – С. 290.

3. Григорьева И.А. Приоритеты социальной политики: пожилые люди // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2005. – Т. VIII, № 3. – С. 131–145.

4. Гуло Л.Ф. Состояние и задачи развития гериатрии в практическом здравоохранении // Регион. науч. практич. конф.: Тезисы докл. – СПб., 1992. – С. 3.

5. Кесаева Ж.Э. Социологический анализ медико-социальной работы с пожилыми людьми: автореф. дис. ... канд. социол. наук. – Волгоград, 2008.

6. Пожилые люди в современном обществе: модернизация региональной политики. – Саратов, 2010. – С. 39–40.

7. Active Aging. A Police Framework. URL: http://www.alter-migration.ch/data/5/WHOactiveageing.pdf; URL: http://www.alter-migration.ch/data/5/WHOactiveageing.pdf / 2010/11.

8. Butler R.N., Gleason H.P. Productive Aging: Enhancing Vitality in Later Life. – NY: Springer, 1985.

9. Kleemeier R.W. Time, Activity and Leisure // Aging and Leisure / Ed. R.W. Kleemeier. – NY: Oxford University Press, 1961.

10. Walker A. A Strategy for Active Ageing, International Social Security Review, 2002. – Vol. 55. – №1. – P. 121–139.

Рецензенты:

Андриянова Е.А., д.соц.н., профессор, зав. кафедрой философии, гуманитарных наук и психологии ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского Минздравсоцразвития РФ», г. Саратов;

Тихонова С.В., д.филос.н., профессор кафедры связей с общественностью ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный социально-экономический университет», г. Саратов.

Работа поступила в редакцию 23.11.2011.