

ПРОБЛЕМАТИЗАЦИЯ АКТИВНОЙ СТАРОСТИ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОМ ДИСКУРСЕ

Е.В. Чернышкова – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, заведующая кафедрой иностранных языков, доцент, кандидат социологических наук.

PROBLEM PERFORMANCE OF ACTIVE OLD AGE IN MEDICO-SOCIAL DISCOURSE

E.V. Chernyshkova – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Foreign Languages, Assistant Professor, Candidate of Sociology.

Дата получения – 5.05.10 г.

Дата принятия в печать – 15.06.2010 г.

Е.В. Чернышкова. Проблематизация активной старости в медико-социальном дискурсе. Саратовский научно-медицинский журнал, 2010, том 6, № 2, с. 481-483.

В статье представлены результаты социологического исследования основных медико-социальных факторов, способствующих и препятствующих сохранению и поддержанию активности в старости.

Ключевые слова: старость, активная старость, медико-социальные факторы активности.

E.V. Chernyshkova. Problem performance of active old age in medico-social discourse. Saratov Journal of Medical Scientific Research, 2010, vol. 6, № 2, p. 481-483.

The article represents the sociological research results of basic impedimental and promotional medico-social factors of activity retention and maintenance at an old age.

Key words: old age, active old age, medico-social factors of activity.

Введение. Глобальный характер старения населения актуализирует поиск путей сохранения и поддержания активности в позднем возрасте в рамках медико-социальной парадигмы.

Целью статьи является анализ результатов исследования медико-социальных факторов, способствующих и препятствующих сохранению и поддержанию активности в старости.

Методы. Социологическое исследование методом анкетирования (N=870) было проведено в 2008-2009 гг. в Саратовской области, обработка эмпирических данных осуществлялась с помощью программы SPSS 11.0 for Windows.

Вопросы, связанные с возрастными изменениями организма и практиками сохранения и поддержания активности в старости, являются предметом изучения на протяжении многих веков. Целители, философы древнего Китая, Индии, Греции и Египта полагали, что человек с помощью спокойной и размеренной жизни, медитаций, дыхательной техники, низкокалорийной диеты, а также специальных гимнастических упражнений и сексуальных техник может преодолеть деструктивные изменения своего организма и сохранить активность. Несмотря на социокультурные различия и уровень развития обществ, ведение правильного образа жизни, предполагающего умеренность и уравновешенность, представлялось ключевым моментом активности в позднем возрасте, а навыки поддержания физической, социально-психологической и духовно-нравственной активности прививались с детства [1].

Всевозможные рецепты активности в старости, а также попытки поиска средств омоложения и бес-

смертия, предпринятые в Средние века; взгляды жизнелюбивой философии эпохи Возрождения на необходимость упражнять свою душу и тело, которое, расслабляется и поникает в бездействии [2], сменяются значительными успехами в области медицины середины XIX века и увеличением продолжительности жизни в странах Западной Европы. Это, безусловно, повлияло на доступность медицины, а соответственно, и на формирование новой парадигмы активной старости, совершенствуя не только медицинские практики поддержания активности, но, активно развивая культ здоровья, массовую физкультуру и спорт [3].

Результаты. Данные исследования подтверждают, что основными установками активности в старости и в наши дни остаются: занятия физкультурой/спортом (13,9%); рациональное питание (11,2%); воспитание детей, внуков (9,0%); отказ от курения (8,5%) и алкоголя (8,1%); труд в саду и огороде (8,8%); профилактика и врачебный контроль (8,3%); трудовая детальность (6,8%); активная умственная работа (5,3%).

Но наряду с достижениями медицины и фарминдустрии в вопросах сохранения и поддержания активности представителей позднего возраста, традиционно важную роль играет семья. Как указывает Г.М. Мамыкина [4], значительным фактором формирования самочувствия в старости является семейное положение пожилых и старых людей. Лидирующая роль семьи отмечается в распределении ответов на вопрос о том, кого из пожилых людей можно считать активным: принимающего активное участие в делах семьи (14,6%); продолжающего трудовую деятельность (14,3%); часто общающегося с друзьями (13,8%); ведущего активную личную (9,5%) и общественную жизнь (9,2); уделяющего повышенное внимание своему здоровью (8,3%).

Ответственный автор – Чернышкова Елена Вячеславовна, заведующая кафедрой иностранных языков.
Дом. адрес: 410030, г. Саратов, ул. М. Затонская, д. 4/20, кв. 16;
сот. тел. 8 906 309 92 26.
E-mail: chervy@mail.ru

По мнению опрошенных, факторы, способствующие сохранению и поддержанию активности в старости, распределяются по степени релевантности следующим образом: внимание близких и родственников (20,0%); продолжение трудовой деятельности (12,7%); медицинское наблюдение и обслуживание (12,4%); занятия физкультурой/спортом (12,3%); хобби и увлечения (9,2%); общественная деятельность (7,7%); вера в Бога и соблюдение обрядов (7,3%). Таким образом, современный активный представитель позднего возраста, при наличии достаточного ресурса здоровья, включен не только в сферу семейных, но производственных и общественных отношений.

Снижение физических способностей организма, изменения моторики и быстроты реакций, сказываются на возможности реализации трудовой деятельности в позднем возрасте. 56,2% респондентов согласны с этим фактом; 27,6% считают, что физические и трудовые способности человека с возрастом остаются прежними; а 16,1% полагают, что они улучшаются (при обсуждении в рамках возрастных границ 60-70 лет). Значительную долю утвердительных ответов об улучшении трудовых способностей пожилого человека можно объяснить компенсацией снижающихся физических способностей посредством богатого профессионального или жизненного опыта. В этой связи несправедливо не отметить роль современных практик и методов, находящихся в арсенале медицины, в преодолении деструктивных возрастных явлений, и позволяющих уменьшить резкое снижение способностей организма.

Другим острым дискуссионным вопросом в медико-социальном дискурсе является дифференциация возрастных границ снижения активности человека и наступления старости. Характерной для определения этих границ остается классификация подпериодов, относящихся к пожилому, старческому возрасту и долголетию. По мнению С.Г. Максимовой, календарный возраст считается точкой отсчета и объективным показателем, связанным с биологическим старением, который определяется в абсолютных физических единицах [5].

Артикуляция начала старости варьировалась в зависимости от социокультурных и экономических составляющих развития общества. Пифагор считал возрастом наступления старости 60 лет; китайские ученые – 70 лет; английские физиологи XX века – старше 50 лет; а немецкий физиолог М. Рубнер предложил считать началом старости возраст 50 лет.

Древние мыслители делили старость на два периода: начало старости – 42 года (Гиппократ) или 40 лет (Авиценна). Второй период подразумевает более глубокие физиологические и психологические изменения и начинается в 60-63 года. Аналогичная градация возрастных порогов была предложена русским статистиком А. Рославским: пожилые люди – 45-60 лет; старые – 60-75 лет; долговечные – 75-100 лет, столетние – 100 и более лет. В советский период З. Френкель определил наступление старости в возрасте 70 лет. А. Нагорный полагал, что она начинается в 60-70 лет. Всемирной организацией здравоохранения было принято считать 60-70-летних людей, достиг-

ших ранней старости; период старческого возраста колеблется в пределах 75-89 лет; долгожителями являются люди 90 и более лет [6, 7, 8].

Результаты анкетирования показали, что 43,4% респондентов считают началом старости и снижения активности возраст 61-70 лет; 17,7% опрошенных – после 71 года; 15,9% ответивших полагают, что старость наступает в период 56-60 лет. Однако существование большого количества вариаций начала старости не опровергает доказанную медициной теорию ослабевающих функций организма, возникновение которых отмечается в 45 лет, причем физические характеристики 70-80-летнего человека составляют не более 40% от аналогичных характеристик 30-летнего человека [9]. Условность границ наступления старости может быть определена индивидуальными особенностями организма, гендерным аспектом, интеллектуальным уровнем, выносливостью, а также условиями окружающей среды, социальной и психологической мотивацией.

Негативные возрастные изменения организма, безусловно, сказываются на активности в старости. Большинство респондентов вербализируют эту проблему как ключевую среди причин отказа от ведения активного образа жизни (38,1%); другими значительными препятствиями являются неблагоприятная обстановка в семье (22,8%) и жизненные неудачи, проблемы, беды (20,3%). Отметим, что частичное ухудшение здоровья, по мнению опрошенных, в значительной степени влияет на отказ от активной жизненной позиции в позднем возрасте (18,8%), имплицитно утверждая возможность ведения активного образа жизни в старости при сохранности потенциала здоровья. При этом, сохранение и поддержание здоровья в контексте активной старости, с точки зрения участников анкетирования, является личной инициативой каждого, так как современное здравоохранение не обеспечивает достаточный уровень активного образа жизни представителей позднего возраста (52,2%); частично обеспечивает (37,0%); в целом обеспечивает (10,8%).

Обсуждение. Среди причин негативной оценки работы современного здравоохранения можно выделить следующие: укоренившиеся стереотипы старости как социального балласта общества, тормозящего реформы [10, 11]; социальная несовместимость понятий «активность» и «старость» как отрицательный эффект медиализации старости; несбалансированность работы и недостаточное финансирование медико-социальной системы активизации ресурсов в позднем возрасте; заниженный уровень целевых установок и взглядов на активный образ жизни в старости.

Заключение. Результаты исследования доказали, что базовыми установками для сохранения и поддержания активности в старости являются: забота о здоровье, благополучие и востребованность в семейной сфере, трудовая и общественная деятельность. Интегрированная старость возможна при смещении медиалистского фокуса на медико-социальную модель активной старости, так как наряду с физическим здоровьем, социальные факторы обуславливают востребованность пожилых людей в обществе и по-

зволяют как можно дольше сохранять чувство личной полноценности.

Библиографический список

1. Марру А.И. История воспитания в античности (Греция). М., 1998. 425 с.
2. Монтень М. Опыты. Избранные произведения в 3-х томах / М. Монтень / Пер. с фр. М.: Голос, 1992. Т. 3. 416 с.
3. Отношение населения к здоровью / Отв. ред. И.В. Журавлева. М.: ИС РАН, 1993.
4. Мамыкина Г.М. Социализация пожилых в современном российском обществе // Известия Уральского государственного университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2009. № 3 (65). С. 256-266.
5. Максимова С.Г. Социально-психологические аспекты дезадаптации лиц пожилого возраста и старческого возраста // Клиническая геронтология. 2000. № 5-6. С.58-63.
6. Александрова М.Д. Проблемы социальной и психологической геронтологии. Л., 1974. 135 с.
7. Белоконь О.В. Процесс постарения населения в России и приоритеты в области социальной политики в отношении пожилых. Самара, 1995. 252 с.
8. Феофанов К.А. Старость в современном обществе: руководство по социальной геронтологии // Социальная геронтология: современные исследования: Реф. сб. М.: РАН ИНИОН, 1994. 135 с.
9. Гериатрия: Учебное пособие / Под. ред. Д.Ф. Чеботарева. М., 1990. С.86.
10. Основные направления социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу. М., 2000.
11. Социальная политика в период перехода к рынку: проблемы и решения: Сб. науч. статей МЦК / Под ред. А. Ослунда, М. Дмитриева. М., 1996.