

А.В. Михалёва

СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ СЕРВИСОВ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ

В статье рассматривается влияние медиализированных взглядов, распространенных в современном обществе, на конструирование образа старости, а также на мировоззрение людей и формирование потребностей в сфере здоровья. Особое внимание в работе уделяется анализу таких понятий, как функциональность, здоровье и болезнь. Описаны результаты социологического исследования, проведенного в 2007 г. в Санкт-Петербурге.

Ключевые слова: медиализация, здоровье и болезнь как социальные феномены, пожилой возраст, функциональность.

Key words: medicalization, health and illness as a social phenomenon, old age, functional capability.

В настоящее время в связи с увеличением числа пожилых людей в демографической структуре населения особую актуальность приобретает социологическое осмысление проблем этой возрастной категории. Процесс старения населения в России происходит на фоне изменения социально-экономической ситуации пожилых людей, формирования негативных, медиализированных взглядов на этот период жизни человека. Под медиализацией понимается «гипертрофированное место медицины в обществе» (Дюпюи 2006: 13).

Действительно, под влиянием медицины постепенно оформлялись представления о старости и возрастном пороге, пересекая который, человек признается пожилым или нетрудоспособным, независимо от реального уровня утраты функциональных способностей. Причем, эти медиализированные представления закреплены законодательно и чрезвычайно устойчивы в общественном сознании. Поэтому пожилые люди преимущественно рассматриваются только как пассивный объект медицинской и социальной помощи, а не как активный и самостоятельный участник данного взаимодействия. Однако согласимся, что пожилые должны рассматриваться как любая другая

достаточно дифференцированная социально-возрастная группа, без акцентирования внимания на болезнях и необходимости медицинской помощи. Кроме того, обществу видны только те проблемы, которые регулярно тиражируют СМИ, а связаны они, к сожалению, не с объективными характеристиками проблемы, а с предпочтениями аудитории или текущими политическими задачами.

Такое доминирующее в общественном сознании представление, как неразрывность старости и болезней, оказывает негативное влияние на статус пожилого человека, потому что ассоциируемая с болезнями старость воспринимается как нежелательное состояние, нарушающее физиологическую и социальную функциональность индивида, делающее его зависимым от окружающих и приводящее к социальному исключению. Следует отметить, что эти представления безнадежно устарели. Но, к сожалению, в современном обществе все еще «многие связанные с медициной действия пожилого человека трактуются как симптомы болезни — например, само посещение больницы представителем третьего возраста обычно рассматривается как подтверждение ухудшения его здоровья» (Смолькин 2007: 135).

Показателен тот факт, что до сих пор не существует даже однозначных определений понятий здоровья и болезни, хотя они являются основными категориями медицины (гериатрии), социальной работы и даже социологии. Проблемами здоровья и болезни в рамках социологии занимались многие классики этой науки. Медицину как институт социального контроля рассматривал Д. Такетт, взаимоотношения в системе «врач-пациент» интересовали Ю. Хабермаса, М. Блинта, концепцию стигматизации разрабатывал И. Гофман, Е. Фридсон анализировал профессиональные особенности здравоохранения. Одной из наиболее известных является концепция «роли больного» Т. Парсонса. Применяя данную теорию к рассмотрению социальной ситуации населения старшего возраста, А. Смолькин отмечает, что «относительно пожилых классическая “роль больного” не реализуется в полной мере, поскольку на практике такой пациент не освобождается полностью от ответственности за исполнение других ролей — разве что в периоды ухудшения самочувствия, и не может рассчитывать на окончательно эффективное медицинское вмешательство, бессильное в борьбе с естественным процессом старения; обязанность стремиться к выздоровлению также не является выполнимой» (Смолькин 2007: 135). Согласимся, что в данном случае можно говорить скорее о пациентизации старости, превращении ее в медицинский сателлит.

На самом деле, если речь идет о пожилых, то можно сказать, что «медицина одновременно и присваивает старение, и маргинализирует его в собственном пространстве, поэтому трактовка старости через определения нездоровья, близости к патологии обрекает пожилого человека на скитание между двумя ролями, как вероятного и потенциального больного» (Там же). В обоих случаях человеку приписывается заведомо низкий статус, контролируемый врачом, причем он не зависит от реального социального статуса. «Граница между этими двумя ролями определяется по эталону возрастной физиологической нормы, которая определяется как диапазон не критических

отклонений от среднестатистического варианта» (Там же: 136). Несомненно, что установление какой-либо нормы для периода старости весьма условно в связи с неопределенностью и изменчивостью ее границ.

Согласно результатам социологических исследований, проблема сохранения здоровья населения в России остается весьма острой. Особенно это касается мужчин, чья продолжительность жизни низка, а смертность от естественных причин увеличивается. Известный социолог Л. Дробижева говорит в связи с этим о том, что «здоровье воспринимается россиянами как ценность инструментальная: оно нужно не само по себе, а потому, что без него невозможно достигнуть более привлекательных вещей — хорошего образования, работы, успеха у противоположного пола, признания в обществе и т.д.» (Дробижева 2004: 32). К сожалению, у большинства людей пожилого возраста не сформированы навыки ведения здорового образа жизни, в «заботе» о своем здоровье они привыкли пассивно полагаться на институт здравоохранения, а не на свои собственные силы. Так, по данным О. Белоконь, «только 33% старых людей стараются получить информацию о проблемах здоровья в их возрасте, причем активность в этом проявляют в основном пожилые женщины» (Белоконь 2005: 75).

Очевидно, что в современном российском обществе медицинские институты заинтересованы в медиализации старости и старения, т.к. пожилые — это основной контингент потребителей медицинских услуг, обеспечивающий существование и работу самих этих структур. Поэтому некоторые социологи отмечают, что «медицина становится институтом власти, контролирующим жизнь людей и, в ряде случаев, этот контроль становится безнадзорным и приобретает угрожающие формы» (Власова 2007: 188). В настоящее время популярная медицинская литература, а также реклама лекарственных средств «тиражируют образы болезней, внушают мысли о возрастной неизбежности болезней и их фатальных последствиях» (Смолькин 2007: 139). Власть современной медицины над обществом проявляется в насаждении представлений о том, что только врач знает, что такое болезнь, кто болен и что необходимо делать. Таким образом, при отсутствии четких критериев определения нормы и патологии медики, будучи заинтересованной стороной, готовы любое состояние объявить болезнью, требующей лечения. Правда, пожилым людям и самим свойственно любые жалобы облекать в соматизированную/телесную форму. Таким образом, врач и пациент играют роли, которые навязываются им социальным контекстом. В результате «пожилые люди начинают думать, что любое недомогание обусловлено нарушением внутри организма, а не является результатом здорового нежелания приспособляться к трудным условиям окружающей жизни». (Дюпюи 2006: 17). Тем самым патерналистские стратегии государства и медицинских институтов, на которых воспитано старшее поколение, облегчают отказ от активной жизненной позиции и лишают инициативы пожилых клиентов.

Многие ученые отмечают, что сегодня львиная доля быстро растущих медицинских расходов идет на диагностические и лечебные процедуры, эффективность которых, по меньшей мере, сомнительна. Так, например, «ана-

лиз новых лекарственных средств, вышедших на рынок в 1980-е гг., сделанный Агентством по контролю за качеством лекарственных и пищевых продуктов США (FDA), показывает, что 53% новых лекарственных средств не имели никакого лечебного преимущества перед уже существующими» (Плавинский 2006: 29). Показательны и другие данные: «в 1998 г. Институт медицины США выпустил доклад, в котором утверждалось, что от медицинских ошибок каждый год гибнет от 44 до 98 тыс. пациентов, что выводило здравоохранение на третье место среди причин смерти после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Таким образом, только в США погибает столько человек, сколько гибло бы, если бы через день разбивался наполненный пассажирами «Боинг-747» (Там же: 30). Согласимся, что лекарства и медицинские вмешательства имеют побочные эффекты, но многим кажется, что это вполне уместная плата за положительные результаты лечения. Однако экспансия медицины в повседневную жизнь населения приводит некоторых исследователей к выводу о том, что «современная медицина не только описывает и лечит болезни, но, возможно, создает если не сами болезни, то некоторые симптомы их проявления» (Агеносов 2006: 52). В связи с этим становится очевидным, что в современном российском обществе необходимо целенаправленное проведение мероприятий по повышению ответственности населения за свое здоровье.

Для выяснения реальных проблем, уровня здоровья, социальной активности пожилых людей в современных условиях, а также вытекающей из них потребности в социально-медицинской помощи в 2007 г. в Курортном районе г. Санкт-Петербурга (г. Зеленогорск) было проведено эмпирическое исследование. Методом сбора социологической информации было анкетирование. Анкета состояла из 40 вопросов, освещающих образ жизни пожилых людей, общение, состояние здоровья, использование свободного времени, удовлетворенность социально-медицинским обслуживанием. В ходе исследования была проведена работа с группами пожилых людей, получавших комплексное обслуживание в КЦСОН Курортного района Санкт-Петербурга (г. Зеленогорск). Объем выборки составил 120 человек (всего обслуживается 350 чел.), в возрасте от 65 до 80 лет, находящихся на социальном и социально-медицинском обслуживании в КЦСОН, в достаточной степени сохранивших способность к самообслуживанию. Средний возраст мужчин составил 78 лет, женщин — 75. Ранжируя степень значимости основных жизненных потребностей, подавляющее число пожилых людей поставили здоровье на первое место — 81%. Это свидетельствует как о сознательном отношении респондентов к своему состоянию, так и о том, что значительная часть из них имеет достаточно серьезные хронические заболевания, существенно осложняющие жизнь. Возможно, большинство пенсионеров «уходит» в проблемы здоровья от недостатка внимания со стороны своей семьи либо, наоборот, от чрезмерного количества домашних обязанностей.

При субъективном анализе состояния своего здоровья большинство респондентов охарактеризовали его как среднее или неудовлетворительное — 45% и 51%. Хорошим состоянием своего здоровья считают лишь 4% пенсио-

неров. В целом, позитивные оценки состояния здоровья связаны с более высоким уровнем дохода и с более молодым возрастом.

Для подтверждения обоснованности субъективной оценки состояния здоровья нами была использована и объективная оценка. Ее зафиксировали данные медицинских карт. В подавляющем большинстве случаев ответы респондентов совпадали с данными медицинских карт, причем они так же не оптимистичны, как субъективные. Среди пожилых людей, принявших участие в опросе, не оказалось таких, которые не имели бы никаких хронических заболеваний. Около 10% респондентов отметили, что имели от 2 до 3 хронических заболеваний, 82% имели 4-5 хронических заболеваний, а 8% имели более 5 хронических заболеваний. К тому же пожилые люди достаточно часто болели простудными заболеваниями: 54% респондентов отметили, что в течение года они болели от 1 до 2 раз, а 43% болели от 3 до 4 раз. Перенесших инфекционные заболевания было значительно меньше: 26% болело от 1 до 2 раз и 15% — от 3 до 4 раз. Достаточно часто в течение года у пожилых людей происходили обострения хронических заболеваний: 23% ответили, что страдали от обострений от 3 до 4 раз, 47% — более 5 раз.

Полученные данные свидетельствуют о том, что для решения проблем, связанных со здоровьем, 86% респондентов чаще всего прибегают к помощи врача, что подтверждает наличие сосредоточенности на своем здоровье и ориентации на институт здравоохранения при решении вопросов, связанных с ухудшением своего состояния. Меньшая часть пенсионеров (12%) предпочитает лечиться самостоятельно, 2% пожилых обращаются за советом к друзьям или работникам аптеки.

При этом 75% опрошенных ответили, что предпочитают самостоятельно ходить в поликлинику, нежели вызывать врача на дом. Это, скорее всего, связано не с фактором удобства (необходимо тратить время на дорогу до поликлиники, ожидание в очереди), а с желанием получить одновременно и социально-психологическую поддержку в виде общения с другими пенсионерами. Таким образом, посещение поликлиники говорит о том, что, несмотря на то, что большинство пенсионеров положительно оценивают имеющиеся возможности общения, эта потребность для некоторых из них остается недостаточно удовлетворенной. 25% пожилых людей, тем не менее, склонны вызывать врача на дом. Это обусловлено как ограниченной мобильностью, так и сезонным фактором.

Оказалось, что 69% участников исследования при наличии достаточного количества денежных средств предпочли бы частные учреждения, оказывающие медико-социальные и медицинские услуги. Здесь явно прослеживается недовольство людей последними преобразованиями, происходящими в социальном и медицинском секторе, ограниченностью предоставляемых бесплатно услуг, нехваткой лекарств, информации и т. п. Отчаявшиеся из-за невнимательного отношения, очередей, нехватки средств пенсионеры в ряде случаев связывают свои надежды на лучшие возможности лечения с частной медициной. Также бытует мнение, что наиболее востребованные специалисты-медики уходят в коммерческие организации. Но 31% респондентов,

вне зависимости от обстоятельств, все же предпочли бы государственные учреждения.

Однако 58% пожилых людей приходится дополнительно платить за услуги и в государственных поликлиниках и больницах. Это связано как с невозможностью пройти все необходимые обследования по месту жительства (в Зеленогорске), так и с длинными, порой в 3 месяца, очередями на бесплатные процедуры, обследования и т. п. За последние годы население, привыкшее к почти полной бесплатности лечения, оказалось вынужденным оплачивать частично или полностью его стоимость. Рост платности медицинских услуг происходил на фоне снижения доходов значительной части населения. Таким образом, можно констатировать, что в настоящее время здравоохранение становится менее доступным для людей третьего возраста.

Все респонденты отметили, что нуждаются в постоянном медицинском наблюдении (даже те, кто считает, что постоянная забота о своем здоровье не позволит избежать болезней) и расширении перечня медико-социальных услуг. Возможно, это связано не только со слабым здоровьем, наличием множества хронических заболеваний у большинства опрошенных, но и с желанием того, чтобы к ним проявили внимание и заботу.

К сожалению, никто из опрошенных пенсионеров не получает гарантированных бесплатных лекарств в полном объеме, поэтому, несмотря на невысокую пенсию, инвалидам приходится затрачивать на лекарства дополнительные средства. Так, 21% пожилых людей ответили, что дополнительно затрачивают на лекарства более 1000 рублей в месяц, 40% — от 500 до 1000 и 39% — до 500 рублей. При этом следует отметить, что пенсия у большинства участников опроса достаточно низкая.

Пожилые люди считают здоровый образ жизни основным фактором, обеспечивающим высокий уровень здоровья. Все респонденты поставили его на первое место. Такую ситуацию можно было бы объяснить достаточно высокой степенью личной ответственности за свое состояние, но, скорее всего, здесь речь идет о высокой степени нормативности. Кроме того, стало очевидно, что у пенсионеров достаточно медикализированное представление о здоровом образе жизни. В это понятие они вкладывают, прежде всего, количество посещений поликлиники для устранения симптомов болезни, а также отсутствие вредных привычек. В ходе беседы выяснилось, что лишь единицы следуют режиму дня, занимаются закаливанием, соблюдают диету или делают зарядку.

Пожилых людей, принявших участие в исследовании, можно условно разделить на сторонников деятельного и бездеятельного отношения к своему здоровью. Первые считают, что постоянная забота о своем состоянии позволит избежать болезней, поэтому о здоровье следует заботиться даже тогда, когда практически ничего не болит. Таких взглядов придерживались 79% опрошенных. С точки зрения людей, не ориентированных на поддержание здоровья, болезней все равно не избежать, и что бы человек ни делал для сохранения своего здоровья, происходит то, что «на роду написано». Поэтому 21% считает, что постоянная забота о здоровье не позволит избежать болезней.

На состояние здоровья пожилых людей также значительное влияние оказывает привычный способ проводить свой досуг. 83% опрошенных любят проводить свободное время у телевизора. 70% пенсионеров отметили, что часто проводят время со своей семьей (всего 20% являются одиночками или по тем или иным причинам не общаются со своими родственниками). 94% пожилых часто общаются со своими друзьями. 6% респондентов высказали нежелание заводить тесные дружеские отношения, что связано с некоторыми психологическими трудностями. 73% пожилых людей иногда посещают различные общественные мероприятия, которые проходят, надо заметить, весьма нечасто. 71% опрошенных регулярно читает, как художественную литературу, так и периодическую прессу. 62% пенсионеров часто гуляют.

Хотя доказано, что активная жизненная позиция, трудовая деятельность являются важными факторами поддержания достаточно высокого уровня здоровья и предупреждения преждевременного старения, лишь 38% пожилых людей продолжало работать после выхода на пенсию, а срок их работы не превышал 10 лет. Это, возможно, связано как с тем, что в Зеленогорске вообще достаточно ограничены возможности занятости, так и с тем, что большинство пенсионеров считает, что они по праву заслужили отдых. Несмотря на эти показатели, значительное число опрошенных (47%) ответили, что в целом для пожилых необходимо создавать возможности для посильного участия в труде.

Кроме того, 95% пожилых людей выразили потребность во взаимопомощи, что связано с желанием укрепить широкий круг социальных связей, избежать чувства одиночества. Но возможность этого объединения многие связывали только с помощью организаторов или государственных органов (56%), а 39% отметили необходимость постоянного помещения для встреч. Никто не готов сам организовать группу взаимопомощи, а 5% респондентов ответили, что в самоорганизации и взаимопомощи нет необходимости.

Итак, в оценках изменений, произошедших за время реформ в медико-социальном обслуживании, преобладала негативная направленность. Три четверти респондентов (76%) отметили, что медико-социальное обслуживание за последнее десятилетие ухудшилось. Очевидно, что люди с множеством заболеваний, невысокими доходами, имеющие ограниченные возможности диагностики на современном оборудовании и покупки лекарственных средств ниже оценивают эти изменения. Все это является также реакцией на изменение условий жизни в стране за время реформ — ухудшение положения большинства и выигрышное положение узкого социального слоя. Негативные оценки можно объяснить еще и тем, что большинство опрошенных — женщины, а именно на них обычно лежит наибольшая нагрузка и ответственность за здоровье всех членов семьи, они чаще сталкиваются с различными сферами медицинского и социального обслуживания.

Говоря о степени информированности относительно спектра услуг, предоставляемых медицинскими/социальными учреждениями, значительная часть респондентов (68%) отметили, что она не достаточна. Возможно, дан-

ная ситуация обусловлена постоянными изменениями в сфере медико-социального обслуживания, за которыми не успевают проследить как сами пенсионеры, так и работники социального и медицинского сектора.

В целом исследование показало, что довольно пассивный тип отношения к собственным проблемам характерен для многих пожилых людей. В то же время они активно предъявляют к социальному окружению, к КЦСОН, медицинским службам достаточно высокие требования. Очевидно, что с увеличением доли пожилых в демографической структуре населения воздействие медицины на мировоззрение людей будет усиливаться. В настоящее время требуется личная активность самих пожилых, направленная на смену системы ценностей — от зависимости и беспомощности — к здоровой и активной деятельности. Таким образом, система здравоохранения должна приходить на помощь только в случае объективной необходимости и при этом четко осознавать пределы своей компетентности.

Литература

Агеносов М. Как медицинские мифы становятся реальностью // Отечественные записки. 2006. Т. 3. № 1. С. 42–53.

Белоконь О.В. Современные проблемы качества жизни пожилых в России // Успехи геронтологии. 2005. Вып. 17. С. 72–78.

Власова О.А. Критерии нормативности в пространстве общества и истории: социальная феноменология безумия // Журнал социологии и социальной антропологии. 2007. Т. 10. № 2. С. 184–190.

Дробижева Л.М. Ценность здоровья и культура нездоровья в России // Безопасность Евразии. 2004. № 1. С. 29–36.

Дюпюи Ж.-П. Медицина и власть // Отечественные записки. 2006. Т. 3. № 1. С. 7–22.

Плавинский С. Осознала ли медицина свои пределы. К 30-летию «Медицинской Немезиды» Айвана Иллича // Отечественные записки. 2006. Т. 3. № 1. С. 23–38.

Смолькин А.А. Медицинский дискурс в конструировании образа старости // Журнал социологии и социальной антропологии. 2007. Т. 10. № 2. С. 134–141.