

УДК 616-053.9

ЗДОРОВЬЕ ЛИЦ «ТРЕТЬЕГО ВОЗРАСТА»: ОБЪЕКТИВНОЕ И СУБЪЕКТИВНОЕ В ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ О СВОЕМ ЗДОРОВЬЕ

© 2016 г. **Е. В. Беловол, *З. В. Бойко, *И. В. Радыш, *Б. Б. Радыш, **Е. Ю. Шурупова**

Московский педагогический государственный университет, *Российский университет дружбы народов,

**Центр психолого-педагогической поддержки детей и подростков, г. Москва

В статье рассматриваются результаты исследования влияния образования в «третьем возрасте» на объективные и субъективные показатели здоровья пожилых людей. В исследовании приняли участие три группы респондентов. В первую вошли 23 неработающих пенсионера. Вторую составили 19 неработающих пенсионеров, обучавшихся на курсах компьютерной грамотности. В третью вошли неработающие пенсионеры, обучающиеся по программе профессиональной переподготовки «Прикладная психология» в количестве 21 человека. Средний возраст респондентов составил ($62,7 \pm 4,4$) года для женщин и ($65,9 \pm 5,2$) года для мужчин. По половому составу выборка разделилась следующим образом: 70 % женщин и 30 % мужчин. Сравнительный анализ индекса здоровья, полученного в результате опроса, показал, что он статистически значимо отличался у респондентов, относящихся к разным группам. Респонденты первой группы в основном относят себя к лицам, которым необходима постоянная забота о собственном здоровье. Респонденты из группы обучающихся в вузе в основном отмечают наличие некоторых заболеваний, не ограничивающих их активности и мобильности. Для уточнения объективных показателей здоровья определялось функциональное состояние респондента с помощью комплекса для обработки кардиоинтервалограмм и анализа вариабельности сердечного ритма «Варикард 2.8». Между оценками состояния здоровья, полученными в результате опроса и по субъективному оцениванию, наблюдается существенное расхождение: лица, не включенные в образовательную активность, ведущие пассивный образ жизни, считают, что они чувствуют себя хуже, чем есть на самом деле, при этом более активные пенсионеры, наоборот, полагают, что состояние их здоровья лучше, чем показывают результаты опроса. В целом, как показало наше исследование, образовательная активность благоприятно сказывается как на субъективных представлениях пожилых людей о своем здоровье, так и на объективных показателях здоровья.

Ключевые слова: здоровье и образование пожилых, объективные и субъективные представления о здоровье в «третьем возрасте»

THE HEALTH OF “THIRD AGE” PERSONS: OBJECTIVE AND SUBJECTIVE RATING OF HEALTH AMONG THE ELDERLY

E. V. Belovol, *Z. V. Boyko, *I. V. Radysh, *B. B. Radysh, **E. Yu. Shurupova

Moscow State Pedagogical University, Moscow *Peoples' Friendship University of Russia, Moscow

**Centre for psychological support of children and adolescents, Moscow, Russia

The results of influence of “third age” education on subjective evaluation and objective indices of health are presented. Three groups of respondents took part in the research. Non-working pensioners ($n = 23$) constitute the first group. The second group includes 19 non-working pensioners who attended courses of computer literacy. The third group constitutes non-working pensioners ($n = 21$), students of special educational program “Applied psychology”. Average age of participants – $62,7 \pm 4,4$ years for women and $65,9 \pm 5,2$ years for men. Women-men ration was 70 % to 30 % respectively. Comparative analysis of health index in groups reveals statistically significant differences. Those who do not work and do not participate in educational programs consider that their health needs permanent control and care. Those who study mentioned some diseases that do not restrict their activity and mobility. Objective information about health was obtained by means of “Varicard 2.8” - the instrument for analysis of cardiac rate variability. The results reveal significant differences between groups in estimations of their state of health: non-working pensioners who do not participate in educational programs rate their health from bad to worse while objective examination does not confirm such evaluations; non-working pensioners who participate in different kinds of educational activity consider themselves more healthy than the results of medical objective examinations have revealed. Upon the whole, our research has revealed that educational activity results favourably on subjective representations of seniors about their health and on objective medical indices as well.

Key words: health and education of seniors, objective and subjective representations about health, third-age person

Библиографическая ссылка:

Беловол Е. В., Бойко З. В., Радыш И. В., Радыш Б. Б., Шурупова Е. Ю. Здоровье лиц «третьего возраста»: объективное и субъективное в представлениях пожилых людей о своем здоровье // Экология человека. 2016. № 4. С. 45–49.

Belovol E. V., Boyko Z. V., Radysh I. V., Radysh B. B., Shurupova E. Yu. The Health of “Third Age” Persons: Objective and Subjective Rating of Health among the Elderly. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2016, 4, pp. 45-49.

В современном обществе отношение к пожилым людям часто опосредовано существующими стереотипами [1, 2]. Для многих старость ассоциируется с немощью и болезнями [7, 8], хотя в Европе отношение к пожилым людям претерпело серьезные

изменения во второй половине XX века [4, 6]. Было предложено понятие «третьего возраста», которым обозначался период между средним возрастом и смертью [5]. Это период активной жизни, он начинается с выходом на пенсию, после завершения

профессиональной деятельности, когда у человека появляется свободное время, которое он может тратить по собственному усмотрению, так как у него уже отсутствуют обязательства перед государством и взрослыми детьми. Позднее в геронтопсихологии был выделен и «четвертый возраст» — период зависимости от окружающих и постепенного ухода [13].

Проведенные исследования показали, что когнитивная активность способствует сохранности интеллекта в пожилом возрасте [11]. Со второй половины XX века в Европе появились университеты «третьего возраста», в которых пожилые люди могут получать образование и повышать свою квалификацию [5]. В России такие университеты появились позже, и в настоящее время в этих учебных заведениях в основном предлагают краткосрочные программы обучения.

Гипотезой нашего исследования является предположение о том, что субъективные представления пожилых людей о своем здоровье не всегда соответствуют реальному его состоянию, причем люди, включенные в различные формы образовательной активности, субъективно ощущают себя более здоровыми.

Наше исследование началось в октябре 2014 года и рассчитано на два учебных года. На предыдущих этапах изучалось влияние образования на эффективность социального взаимодействия пожилых людей и их когнитивные способности [3].

Методы

Для изучения состояния здоровья использовалась разработанная нами анкета. С ее помощью выявлялось наличие у респондента заболеваний, ограничивающих его активность, наличие тяжелых, хронических заболеваний и просто недугов и болезней. На основании полученных результатов вычислялся индекс здоровья и опрашиваемый относился к одной из следующих категорий: 1) нет заболеваний; 2) есть некоторые заболевания, которые, однако, не ограничивают активности и мобильности человека; 3) необходима постоянная забота о собственном здоровье без ограничения активности и мобильности; 4) заболевания ограничивают активность и мобильность человека; 5) человек не может работать, его активность в других видах жизнедеятельности ограничена, при этом способен самостоятельно обслуживать себя; 6) активность человека практически полностью ограничена, ему постоянно необходима посторонняя помощь.

В случае отсутствия заболеваний (0), человек относится к 1 группе, 1 заболевание — 2 группа, 2 заболевания — 3 группа, 3–4 заболевания — 4 группа, 5–8 заболеваний — 5 группа, 9 и более заболеваний — 6 группа. Данный показатель в исследовании условно назван «индекс здоровья».

Для получения субъективной оценки здоровья респондентам предлагалась графическая шкала, противоположные полюса которой обозначались «полностью здоров» и «очень болен». Респондента просили оценить свое здоровье по этой шкале.

Инструкция предлагалась следующая: «Поставьте на шкале любой знак, положение которого на шкале будет соответствовать Вашему представлению о собственном здоровье».

Обработка результатов осуществлялась традиционным для графических шкал способом. С помощью обыкновенной линейки отрезок делился на 7 частей таким образом, чтобы оценить представление о своем здоровье по 7-балльной шкале: 1 балл — очень болен, 7 баллов — полностью здоров и разные промежуточные варианты: 2 балла — болен, 3 балла — скорее болен, чем здоров, 4 балла — в данный момент жалоб нет, 5 баллов — скорее здоров, 6 баллов — здоров. В результате обработки шкалы получаем информацию о субъективных представлениях о здоровье.

Для уточнения объективных показателей здоровья определялось функциональное состояние респондента с помощью комплекса для обработки кардиоинтерваллограмм и анализа variability сердечного ритма «Варикард 2.8». Из всего комплекса возможных показателей в данном исследовании использовался показатель функционального состояния регуляторных систем, который позволяет диагностировать у респондента одно из четырех функциональных состояний: состояние нормы или состояние удовлетворительной адаптации; состояние функционального напряжения; состояние перенапряжения или состояние неудовлетворительной адаптации; состояние истощения регуляторных систем или срыв адаптации.

В исследовании принимали участие три группы респондентов. Первую группу (23 человека) составили неработающие пенсионеры, не включенные ни в какую форму образовательной активности. Они занимаются только домом, семьей, детьми и внуками, а также дачей и пр. Круг их социальных контактов ограничен только необходимыми для обеспечения жизнедеятельности. В дальнейшем эта группа условно будет обозначаться как 1 группа.

Во вторую группу вошли неработающие пенсионеры (19 человек), которые в отличие от лиц первой группы посещали курсы компьютерной грамотности, организованные службой социального обеспечения и пенсионным фондом Российской Федерации. Режим занятий на этих курсах достаточно свободный и жестко не регламентировался ни часами обучения, ни расписанием. Некоторые пенсионеры посещали их исключительно для того, чтобы освоить одну (или несколько) относительно несложных операций (оплатить квитанции через интернет, научиться использовать Skype для общения с родственниками и пр.). Как правило, их посещение ограничивалось 2–3 занятиями. Некоторые пенсионеры посещали курсы более длительное время (до 1,5 месяца), осваивая различные операции. Степень усвоения знаний не контролировалась, время посещения курсов и качество знаний определялось субъективно самими посещающими. В дальнейшем эта группа условно будет обозначаться как 2 группа.

Третью группу составляли неработающие пен-

сионеры, участвующие в образовательном проекте профессиональной переподготовки «Прикладная психология» (21 человек). Обучение в рамках данного проекта осуществляется на базе высшего учебного заведения, образовательный процесс строго регламентирован программой, расписанием, необходимостью участвовать в контрольных мероприятиях (курсовые, зачеты, экзамены) и пр. В дальнейшем эта группа условно будет обозначаться как 3 группа.

Таким образом, в исследовании приняли участие 63 человека. Все группы были уравнены по возрасту. Средний возраст респондентов составляет 62,7 года для женщин и 65,9 года для мужчин. По половому составу в нашей выборке было 70 % женщин и 30 % мужчин. Данный состав соответствует статистическому дисбалансу состава населения России этого возраста. Все респонденты имеют высшее образование и проживают в Москве не менее 20 лет.

Исследование проводилось в июне — начале сентября 2015 года, в очень короткий период времени. Этот факт был достаточно важным для нашего исследования, так как необходимо было исключить сезонные колебания здоровья, связанные с резкими изменениями погоды. Респондентам предлагалось заполнить анкету о состоянии здоровья, в которой предлагалось ответить на ряд вопросов о наличии хронических и текущих заболеваний, частоте их проявления, ограничении работоспособности и др. На заключительном этапе респонденты проходили стандартное обследование на приборе «Варикард 2.8».

Результаты

На первом этапе сравнивались результаты анкетирования по группам. Для сравнительного анализа использовался критерий множественных сравнений Краскелла — Уоллиса. Его результаты графически представлены на рис. 1.

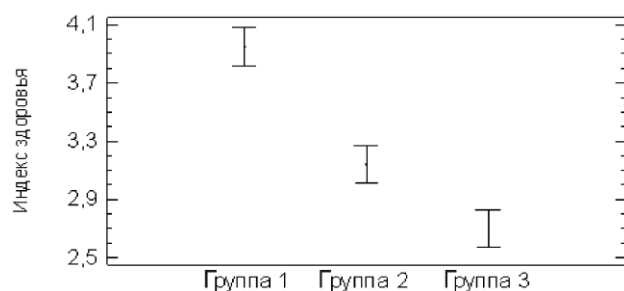


Рис. 1. Сравнительный анализ индекса здоровья по группам респондентов

Сравнительный анализ индекса здоровья показывает, что он статистически значимо отличается у респондентов, относящихся к разным группам (значение критерия Краскелла — Уоллиса — 59,1 при $p \leq 0,01$). Респонденты 1 группы — пенсионеры, не включенные в образовательную активность, в основном относят себя к лицам, которым необходима постоянная забота о собственном здоровье без ограничения активности и мобильности, и лицам, у которых заболевания ограничивают активность и мобильность человека (3

и 4 группы). При этом следует отметить, что такой показатель в основном определяется не наличием тяжелых и хронических заболеваний (разделы 1 и 2 анкеты), а за счет текущих недугов (раздел 3 анкеты). Представители 3 группы — лица, обучающиеся в вузе, в основном отмечают наличие некоторых заболеваний, не ограничивающих их активности и мобильности.

Сравнительный анализ субъективной оценки состояния здоровья в целом отражает наблюдаемую тенденцию (значение критерия Краскелла — Уоллиса — 184,5 при $p \leq 0,01$). Субъективно хуже всего себя чувствуют пенсионеры, не занятые образовательной активностью, а лучше всего — пенсионеры, участвующие в образовательном проекте. Однако сравнительный анализ оценок по группам выявил важную в контексте данного исследования закономерность. Результаты сравнительного анализа представлены на рис. 2.

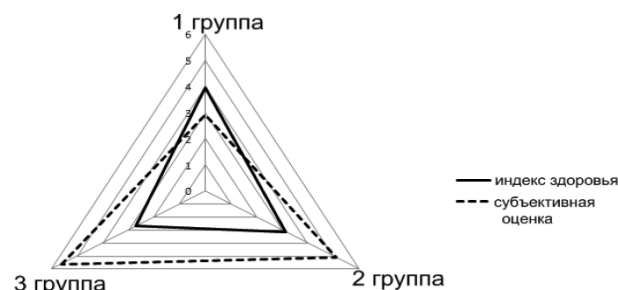


Рис. 2. Сравнительный анализ оценок здоровья по группам респондентов

Рисунок показывает существенное расхождение между индексом здоровья, который оценивается по анкете и в медицинской литературе считается достаточно надежным и объективным измерительным инструментом, и субъективной оценкой состояния здоровья [9, 10, 12]. Диаграмма отражает тот факт, что представители первой группы считают, что они хуже! себя чувствуют, чем показывает опрос, а представители второй и третьей групп — наоборот — оценивают свое здоровье гораздо выше, чем есть на самом деле.

Для уточнения полученных результатов использовался показатель активности регуляторных систем (ПАРС), измеряемый с помощью аппаратного комплекса для обработки кардиоинтервалограмм и анализа вариабельности сердечного ритма «Варикард 2.8». Исследование выявило, что диапазон показателей варьирует от 3 до 9 баллов — от состояния умеренного напряжения регуляторных систем до состояния их перенапряжения. Распределение показателей представлено на рис. 3.

Диаграмма демонстрирует, что основная часть показателей входит в «желтую» зону — зону повышенного внимания к своему здоровью. Данный факт, по мнению авторов, является вполне закономерным, отражающим специфику выборки (возраст респондентов $(62,7 \pm 4,4)$ и $(65,9 \pm 5,2)$ года для женщин и

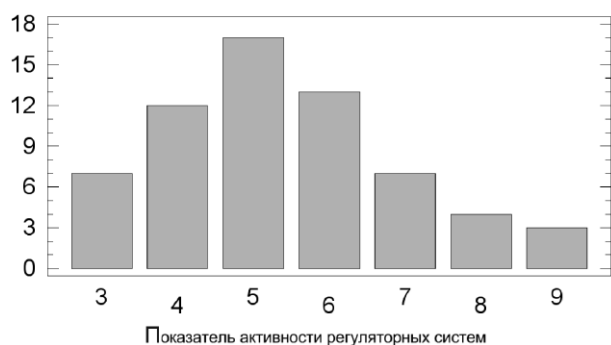


Рис. 3. Распределение показателей активности регуляторных систем

мужчин соответственно). При этом следует отметить, что статистически значимых различий распределения показателей активности регуляторных систем в данном исследовании выявлено не было (значение критерия $\chi^2 = 14,3$ при уровне значимости $p = 0,2798$).

Таким образом, результаты исследования убедительно свидетельствуют, что включенность пожилых людей в любую форму образовательной активности (строго регламентированную и не строго регламентированную) существенно влияет на их представления о собственном здоровье. Они менее склонны замечать некоторые недомогания и оценивают состояние своего здоровья как достаточно хорошее. Однако нерелевантным результатом нашего исследования явился факт расхождения и знака расхождения оценок здоровья, полученных в результате опроса, и субъективной оценки здоровья.

График всех полученных показателей по группам представлен на рис. 4.

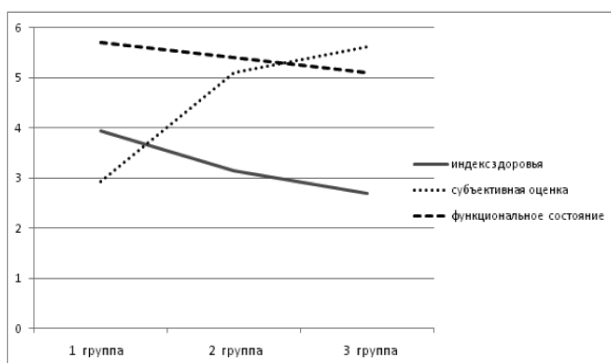


Рис. 4. Сравнительный анализ показателей здоровья по группам респондентов

Обсуждение результатов

Сравнительный анализ показателей здоровья по группам позволяет сделать вывод о том, что субъективно лучше всего чувствуют себя обучающиеся в вузе пенсионеры. Их оценки здоровья оказались выше объективных показателей. Полученный в ходе исследования ПАРС подтверждает этот факт. Основная часть показателей объективного состояния здоровья во всех группах находится в зоне повы-

шенного внимания к своему здоровью.

Использование аппаратного комплекса «Варикард 2.8», позволяющего оценить здоровье респондентов на основе объективных медицинских показателей, дало возможность выявить значимую разницу в субъективных и объективных оценках здоровья. Активные пожилые люди оценивают состояние своего здоровья как вполне удовлетворительное, не ограничивающее ни активности, ни мобильности пожилых людей, в то время как ПАРС свидетельствует о необходимости более внимательного отношения к своему здоровью.

Следовательно, можно сделать вывод о том, что обучение в «третьем возрасте», причем включенность в любую форму образовательной активности, способствует повышению субъективной оценки своего здоровья. Самые низкие оценки субъективного состояния здоровья были выявлены в группе неработающих пенсионеров, не включенных ни в какую форму образовательной активности.

В заключение следует отметить, что здоровье человека является сложным конструктом, в котором неразрывно связаны субъективные представления о здоровье и его объективные, медицинские составляющие. Исследование показало, что включенность лиц пенсионного возраста в активную, не связанную с жизнеобеспечением деятельность, увеличивает долю субъективного компонента в оценке своего соматического здоровья, повышая тем самым психологическое здоровье и благополучие лиц пенсионного возраста.

Анализ представленных результатов исследования позволяет сделать следующие выводы:

1. В целом образовательная активность благоприятно сказывается как на субъективных представлениях пожилых людей о своем здоровье, так и на объективных показателях здоровья. Лица, вовлеченные в любую форму образовательной активности, в меньшей степени склонны акцентировать свое внимание на текущих недомоганиях (боль в ногах, спине, нервы, хроническая усталость и пр.).

2. Наиболее высокие субъективные оценки состояния здоровья оказались у лиц, занимающихся в условиях регламентированного учебного процесса (дополнительное профессиональное образование), что является хорошим показателем психологического благополучия в целом.

3. Между оценками состояния здоровья, полученными в результате опроса и по субъективному оцениванию, наблюдается существенное расхождение: лица, не включенные в образовательную активность, ведущие традиционный для пенсионеров достаточно пассивный образ жизни, считают, что они чувствуют себя хуже, чем есть на самом деле, при этом более активные пенсионеры, наоборот, полагают, что состояние их здоровья лучше, чем показывают результаты опроса.

Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда, проект № 14-06-00974.

Список литературы

1. Агаджанян Н. А. Экология души человека и природы. 2-е изд., доп. и перераб. М. : РУДН, 2012. 265 с.
2. Анисимов В. Н., Жаринов Г. М. Продолжительность жизни учёных различных специальностей // Природа. 2014. № 5. С. 48–53.
3. Беловол Е. В., Бойко З. В., Радыш И. В., Шурупова Е. Ю. Влияние образования в третьем возрасте на эффективность социального взаимодействия // Гуманитарний вісник ДВНЗ “Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди”. Додаток 2 до Вип. 35, Т. I (13): Тематичний випуск “Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання”. Київ : Гнозис, 2015, С. 75–83.
4. Бойко З. В. Пожилой возраст и старость как биологическая и социальная категории // Технологии живых систем. 2014. Т. 11, № 5. С. 36–39.
5. Бойко З. В., Беловол Е. В., Грэнвальд М., Сегень В. Концепция непрерывного образования как фактор повышения качества жизни в третьем возрасте (на примере организации образования в Польше) // Вестник РУДН, серия «Психология и педагогика». 2014. № 4. С. 93–100.
6. Бойко З. В., Беловол Е. В., Радыш И. В. Эйджизм как психологическая проблема XXI века // Гуманитарний вісник ДВНЗ “Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди”. Додаток 4 до Вип. 31, Т. I (9): Тематичний випуск “Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання”. Київ : Гнозис, 2014. С. 120–124.
7. Гудков А. Б., Дёмин А. В. Особенности пострурального баланса у мужчин пожилого и старческого возраста с синдромом страха падения // Успехи геронтологии. 2012. Т. 25. № 1. С. 166–170.
8. Дёмин А. В., Гудков А. Б., Грибанов А. В. Особенности поструральной стабильности у мужчин пожилого и старческого возраста // Экология человека. 2010. № 12. С. 50–54.
9. Blaxter M. Health and Lifestyles, London, 1990.
10. Ludke R. L., Obermiller Ph. J. Appalachian Health and Well-Being. Lexington, KY, 2012
11. Power M. The midlife brain surge that means we DO grow wiser as we get older // The Daily Mail. 2010. 27 July.
12. Reardon E., Demartini C., Klerman J. Results from the First California Health and Social Services Survey. Santa Monica, 2004.
13. Stuart-Hamilton I. The psychology of aging. Jessica Kingsley Publishers. London and Philadelphia, 2012.

References

1. Agadzhanian N. A. *Ekologiya dushi cheloveka i prirody* [Ecology of the soul of man and nature]. Moscow, 2012, 265 p.
2. Anisimov V. N., Zharinov G. M. Lifespan of scientists of different specialties. *Priroda* [Nature]. 2014, 5, pp. 48-53. [in Russian]

3. Belovol E. V., Boyko Z. V., Radysh I. V., Shurupova E. Yu. Effect of education in third age on social interaction efficiency. *Gumanitarnij visnik DVNZ “Perejaslav-Hmel'nic'kij derzhavnij pedagogichnij universitet imeni Grigorija Skovorodi”*. *Tematichnij vipusk “Mizhnarodni Chelpanivs'ki psihologo-pedagogichni chitannja”* [Humanitarian Bulletin SU “Pereyaslav-Khmelnitsky Pedagogical University by H. Skovoroda”] Supplement 2 to Vol. 35, Vol. I (13): T. Thematic Issue “International Chelpanov’s Psycho-Educational Reading” Kiev, 2015. pp. 75-83].

4. Boyko Z. V. Elderly age and old age as a biological and social categories. *Tekhnologii zhivyykh system* [Technologies of living systems]. 2014, 11 (5), pp. 36-39 [in Russian]

5. Boyko Z. V., Belovol E. V., Groenwald M., Siegień W. Conception of lifelong education as a factor of life quality increasing for third age people (by the example of education in Poland). *Vestnik RUDN, serija “Psihologija i pedagogika”* [Bulletin of Peoples' Friendship University of Russia. Series: Psychology and Pedagogy], 2014, 4, pp. 93-100. [in Russian]

6. Boyko Z. V., Belovol E. V., Radysh I. V. Ageism as a psychological problem of the XXI century. *Gumanitarnij visnik DVNZ “Perejaslav-Hmel'nic'kij derzhavnij pedagogichnij universitet imeni Grigorija Skovorodi”* [Humanitarian Bulletin SU “Pereyaslav-Khmelnitsky Pedagogical University by H. Skovoroda” Supplement 4 to Vol. 31, Vol. I(9). Thematic Issue “International Chelpanov’s Psycho-Educational Reading”]. Kiev, 2015, pp. 120-124

7. Gudkov A. B., Demin A. V. Peculiarities of postural balance among elderly men with fear of falling syndrome. *Uspehi gerontologii* [Advances in gerontology]. 2012, 25 (1), pp.166-170. [in Russian]

8. Demin A. V., Gudkov A. B., Griбанov A. V. Features of postural balance in elderly and old men. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2010, 12, pp. 50-54. [in Russian]

9. Blaxter M. *Health and Lifestyles*, London, 1990

10. Ludke R. L., Obermiller Ph. J. *Appalachian Health and Well-Being*. Lexington, KY, 2012

11. Power M. The midlife brain surge that means we DO grow wiser as we get older. *The Daily Mail*. 2010, 27 July.

12. Reardon E., Demartini C., Klerman J. *Results from the First California Health and Social Services Survey*. Santa Monica, 2004.

13. Stuart-Hamilton I. *The psychology of aging*. Jessica Kingsley Publishers. London and Philadelphia, 2012.

Контактная информация:

Бойко Злата Викторовна — кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры управления сестринской деятельностью медицинского факультета медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки России

Адрес: 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 8.

E-mail: boikozv@yandex.ru