

ОРГАНИЗАЦИЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

УДК 614.2: 613.98

ТРУДОВАЯ АКТИВНОСТЬ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА (НА ПРИМЕРЕ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА)

Соколовская Т.А.¹, Армашевская О.В.²

¹ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации» Министерства здравоохранения России, Москва, Россия, e-mail: y-sokolovskaya@mail.ru

² ГБОУ ДПО РМАПО Министерства здравоохранения России, Москва, Россия, e-mail: ova195@mail.ru

Пенсионный возраст в современном обществе не является препятствием для продолжения активной трудовой деятельности. Цель данного исследования - изучить социальные и медицинские факторы жизни средних медицинских работников пенсионного возраста и выявить их взаимосвязь с трудоспособностью. Параллельно провести сопоставление данных с аналогичными показателями у средних медицинских работников трудоспособного возраста и выявить принципиальные различия среди исследуемых групп. По данным проведенного исследования среди средних медицинских работников, проходивших курсы усовершенствования, 44,8% являются пенсионерами. Трудовая деятельность напрямую коррелирует с возрастом ($r = 0,40$; $p < 0,01$) и качеством жизни респондентов ($r = 0,30$; $p < 0,01$). При этом ведущими факторами, оказывающими влияние на качество жизни, респонденты пенсионного возраста называют социально-экономические, а лица трудоспособного возраста – семейные и социально-бытовые. Современные пенсионеры ведут более здоровый образ жизни и имеют лучший базовый соматический статус, чем лица трудоспособного возраста, что способствует их высокой трудоспособности. Кроме этого, лица пенсионного возраста имеют большой опыт и качественную профессиональную подготовку, стремление к совершенствованию, что позволяет им, несмотря на возрастные особенности и высокую конкуренцию, выполнять более квалифицированную работу.

Ключевые слова: пенсионный возраст, средние медицинские работники, трудовая активность.

LABOUR ACTIVITY OF THE RETIREMENT AGE (ON THE EXAMPLE OF THE AVERAGE MEDICAL PERSONNEL)

Sokolovskaya T.A.¹, Armashevskaya O.V.²

¹Federal Research Institute for "Health organization and informatics" of Ministry of health of the Russian Federation, Moscow, Russia, e-mail: y-sokolovskaya@mail.ru.

² Russian medical academy of post degree education, of Ministry of health of the Russian Federation, Moscow, Russia, e-mail: ova195@mail.ru.

The retirement age in modern society isn't an obstacle for continuation of vigorous labor activity. The purpose of this study to examine the social and medical factors of life of nurses retirement age and to identify their relationship to the ability to work. In parallel, to compare the data with those from nurses working age and to identify the key differences among the study groups. According to the conducted research among the average medical workers passable advanced training courses, 44,8% are pensioners. Labor activity directly correlates with age ($r = 0,40$; $p > 0,01$) and quality of life of respondents ($r = 0,30$; $p > 0,01$). Thus the leading factors having impact on quality of life, respondents of a retirement age call social and economic, and persons of able-bodied age – family and social. Modern pensioners conduct more a healthy lifestyle and have the best basic somatic status, than faces of able-bodied age that promotes their high performance. Besides, persons of a retirement age have a wide experience and high-quality vocational training, aspiration to improvement that allows them, despite age features and the high competition, to perform more qualified work.

Key words: retirement age, average medical workers, labor activity.

Введение.

Пенсионный возраст является критическим периодом жизни человека. Выход на пенсию при неготовности к новым социально-экономическим условиям, негативном субъективном и общественном отношении к самой пенсии, снижении личностных ресурсов (психофизических, эмоциональных, трудовых) приводит к ухудшению здоровья, депрессиям и повышению смертности в данной возрастной группе [4,8]. Стремление сохранить свою «социальную значимость» является мощной мотивационной установкой для продолжения профессиональной деятельности [6,7]. Несмотря на дефицит трудовых ресурсов в современном обществе существует жесткая конкуренция, в условиях которой работоспособность лиц третьего возраста воспринимается неоднозначно и требует новых организационных и социально-экономических подходов [1,2,5,9].

Медицинские работники относятся к категории «льготных пенсионеров» (согласно статье 37, Федерального Закона № 173 «О трудовых пенсиях в Российской

Федерации» от 17.12.2011 г., в действующей редакции от 01.01.2013 г.). Кроме этого, в связи с большими психологическими нагрузками у них нередко встречается «синдром эмоционального выгорания», являющийся разновидностью хронической усталости и препятствующий полноценному и адекватному выполнению своих профессиональных обязанностей [4]. Тем не менее, в выборке РМЭЗ в 2009 г. среди всех работающих пенсионеров (доля которых составила 26,9%), наибольшее число приходится на медицинских работников и преподавателей – 77,0% [3].

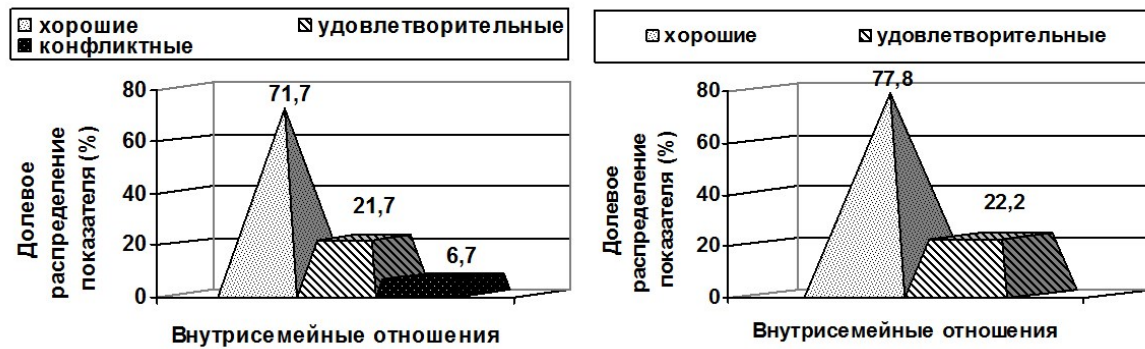
Цель. Изучить социальные и медицинские факторы жизни средних медицинских работников пенсионного возраста и выявить их взаимосвязь с трудоспособностью. Параллельно провести сопоставление данных с аналогичными показателями у средних медицинских работников трудоспособного возраста и выявить принципиальные различия среди исследуемых групп.

Материалы и методы. Данные анкетирования средних медицинских работников, проходивших курсы усовершенствования в ГБОУ ДПО РМАПО Министерства здравоохранения России в апреле-мае 2013 г. Математический анализ проводился с помощью лицензионной программы STATISTICA 6.1.

Результаты исследования и их обсуждение. В анкетировании приняли участие 134 средних медицинских работника: 60 человек пенсионного возраста (основная группа) и 74 человека трудоспособного возраста (контрольная группа). Подавляющее большинство респондентов, как в основной, так и в контрольной группах были женщины – 91,4% и 90,1%, соответственно. В общей структуре преобладали городские жители (81,0 и 90,3%). При этом среди средних медицинских работников пенсионного возраста в 1,6 раз чаще встречались жители поселков городского типа (15,5% против 9,7%) и только в этой группе 3,5% респондентов проживали на селе.

Большая семья, являющаяся еще одним стимулом для продолжения трудовой деятельности как дополнительного источника финансирования, была более характерна для лиц пенсионного возраста (80,0% против 77%), в то время как стремление к одиночеству и независимости преобладало у лиц трудоспособного возраста (8,1% против 5,0%). Важным фактором, влияющим на внутрисемейный микроклимат и качество жизни самих средних медицинских работников пенсионного возраста, было наличие у них отдельной комнаты ($r = 0,36$; $p < 0,01$), что не прослеживается у лиц трудоспособного возраста. Кроме этого возникновение конфликтных ситуаций и более низкие показатели хороших внутрисемейных отношений (в 1,1 раз по сравнению с

контрольной группой), также могли способствовать стремлению к дальнейшей активной профессиональной деятельности (рис. 1).



1а. Основная группа

1б. Контрольная группа

Рисунок 1. Взаимоотношение средних медицинских работников пенсионного (1а) и трудоспособного возраста (1б) с проживающими совместно с ними родственниками

Накопленные за долгие годы трудовой опыт и профессиональные навыки, несмотря на возрастные особенности, даже в условиях высокой конкуренции позволяют лицам пенсионного возраста (по данным нашего исследования) иметь более квалифицированную работу, чем активно работающее население ($r = 0,40$; $p < 0,01$) (рис. 2).



Рисунок 2. Распределение видов работы, выполняемой средними медицинскими работниками (в %)

Так респонденты из основной группы более востребованы на работе, где используется умственный труд, а в контрольной группе значительно чаще работают с применением физического труда и при наличии профессиональных вредностей.

Это касается и режима труда (рис. 3).



Рисунок 3. Режим работы труда средних медицинских работников
(по данным исследования, в %)

Тем не менее, по данным нашего исследования, каждый пятый респондент в основной группе имеет суточный режим работы, который даже в молодом возрасте приводит к дисбалансу психоневрологических и морфофункциональных систем организма, а с течением возраста этот эффект только усиливается. Кроме того под режимом работы «другое» в контрольной группе подразумевались учащиеся высших учебных заведений в то время как в основной группе это были инвалиды с индивидуальным графиком труда.

Высокая трудовая активность лиц пенсионного возраста также возможно обусловлена более здоровым образом жизни, более поздним формированием хронических заболеваний и, следовательно, началом поддерживающей и заместительной терапии, чем у трудоспособного контингента. Так в основной группе не курят и не употребляют алкогольные напитки 26,7% респондентов, а в контрольной – 14,9%, т.е. в 1,8 раз меньше. Кроме этого, сбалансированное питание (включающее кисломолочные и зерновые продукты, мясо, рыбу, морепродукты, фрукты и овощи) в основной группе получают 20,0% респондентов, а в контрольной группе – 13,5%. Причем такой же процент респондентов в контрольной группе (13,5%) предпочитает

фаст-фудное питание, являющееся фактором риска для развития болезней органов пищеварения и ожирения, и это не связано с материальным обеспечением, а обусловлено вкусовыми пристрастиями и современными тенденциями в обществе.

Состояние здоровья, как правило, с возрастом ухудшается, в результате чего растет число хронических заболеваний. Так, четыре хронических заболевания регистрируются в основной группе в 4,6 раз чаще, чем в контрольной, а пять и более хронических заболеваний имеются только у респондентов пенсионного возраста (табл.1).

Таблица 1

Показатели наличия хронических заболеваний у взрослых старше трудоспособного и трудоспособного возраста (по данным исследования, в %)

Показатели	Контрольная группа	Основная группа
Одно заболевание	36,4	25,9
Два заболевания	24,2	32,8
Три заболевания	18,2	12,1
Четыре заболевания	1,5	6,9
Пять и более заболеваний	0,0	5,2
Хронические заболевания отсутствуют	19,7	17,2

Однако у 17,2% респондентов основной группы (по данным анкетирования) отсутствуют какие-либо хронические заболевания, что может служить резервом для продолжения трудовой деятельности. Несмотря на то, что в контрольной группе отсутствие хронических заболеваний регистрируется у 19,7% респондентов, большинство из них находятся в возрасте 40-50 лет, т.е. в двух критических периодах – преклимактерическом и предпенсионном, что в дальнейшем может способствовать манифестации и хронизации имеющейся заболеваемости и в значительной мере снизить процент «здоровых» людей в данной группе.

Также показательным является и возраст начала приема лекарственных препаратов: в основной группе самым юным возрастом является 21 год, а в контрольной – 6 лет; подавляющее число респондентов основной группы (71,4%)

начали принимать лекарственные препараты после 45 лет; в контрольной 48,0% респондентов - до 35 лет.

При этом лидирующей патологией среди лиц основной группы были болезни костно-мышечной системы (43,3%), что корреспондируется с гериатрическими исследованиями, в то время как среди респондентов контрольной группы на данной позиции находились болезни органов пищеварения (рис. 4).



Рисунок 4. Показатели заболеваемости средних медицинских работников разных возрастных групп (по данным проведенного исследования, в %)

Согласно нашему исследованию, у 68,2% заболеваний отмечались более высокие показатели среди респондентов основной группы по сравнению с контрольной. Максимальные различия регистрировались по сахарному диабету (в 2,5 раза), ожирению (в 1,9 раз), болезням, характеризующимся повышенным кровяным давлением (в 1,7 раз), другим болезням сердца (в 5,9 раз) и болезням костно-мышечной системы (в 1,8 раз). В то же время в контрольной группе значительно выше были показатели по мигрени (в 1,3 раза) и воспалительным болезням женских тазовых органов (в 1,5 раза). Обращает на себя внимание тот факт, что как в основной, так и в контрольной группе имеются высокие показатели заболеваемости миомой матки – практически каждая 5 женщина репродуктивного возраста и каждая 7 женщина, находящаяся в постменопаузе. И хотя достоверной корреляционной связи между

заболеваемостью миомой матки и медицинской профессией не выявлено ($r = 0,15$), такая высокая распространенность требует комплексного клинико-научного исследования.

Трудовая деятельность напрямую взаимосвязана с качеством жизни средних медицинских работников ($r = 0,35$; $p < 0,01$). В основной группе респондентов ведущими факторами, оказывающими влияние на качество жизни, являются социально-экономические (63,3%), в контрольной группе семейные и социально-бытовые факторы (52,7%) (табл. 2).

Таблица 2

Факторы, влияющие на качество жизни респондентов
(по данным исследования, в %)

Факторы	Контрольная группа	Основная группа
Семейные	52,7	43,3
Социально-бытовые	52,7	45,0
Социально-экономические	37,8	63,3
Профессиональные	14,9	10,0
Экологические	24,3	26,7
Медицинские	14,9	28,3

Обращает на себя внимание тот факт, что среди респондентов основной группы существует четкое понимание различий дефиниций «профессиональные» и «медицинские» факторы, в то время как в контрольной группе они идентичны, что свидетельствует об узконаправленности их восприятия в силу специфики своей трудовой деятельности.

При этом субъективная оценка качества жизни значительно выше у респондентов контрольной группы (табл. 3).

Таблица 3

Показатели качества жизни средних медицинских работников разных
 возрастных групп по субъективным данным (в %)

Качество жизни	Контрольная группа	Основная группа
Хорошее	48,6	28,3
Удовлетворительное	43,2	61,7
Плохое	4,1	5,0
Другое	4,1	5,0

У лиц пенсионного возраста имеется четкая взаимосвязь субъективной оценки качества жизни и санаторно-курортным лечением ($r = 0,32$; $p < 0,01$). Это может быть связано с тем, что пребывание в учреждениях данного типа способствует улучшению состояния здоровья и внутрисемейного микроклимата (рис. 1).

Безусловно, профилактика заболеваемости, ее хронических и инвалидизирующих форм, существенно снижающих качество жизни и трудовую активность, является первоочередной задачей. Учитывая, что наши респонденты являлись работниками системы здравоохранения, им было предложено определить возрастные периоды данной профилактики (табл. 4).

Таблица 4

Возрастные периоды профилактики

Возрастные периоды	Контрольная группа	Основная группа
При планировании беременности	44,6	40,0
У беременных женщин	24,3	31,7
У новорожденных детей	23,0	33,3
У детей 1-3 лет	16,2	21,7
У детей 4-6 лет	16,2	20,0
У детей 7-11 лет	23,0	23,3
У детей 12-17 лет	16,2	25,0
У 18-25 летних	18,9	23,3
У 26-50 летних	28,4	18,3
У 51-60 летних	20,3	16,7
У лиц старше 60 лет	12,2	5,0

Как правило, респонденты в обеих группах отмечали необходимость проведения профилактики во всех возрастных периодах. Тем не менее, большинство из них считало, что наиболее целесообразно проведение комплексной профилактики на этапе планирования беременности. Примечательным является тот факт, что лица пенсионного возраста считают, что профилактика в их возрастной группе не столь важна (всего 5,0%), в то время как более молодые респонденты (будущие пенсионеры) настроены более позитивно (12,2%).

Выводы:

1. Средние медицинские работники пенсионного возраста стремятся продолжать свою трудовую деятельность, чему способствует и периодическое повышение профессиональной квалификации.
2. В современных социально-экономических условиях, характеризующихся высокими показателями безработицы на фоне жесткой конкуренции, по данным нашего исследования, лица пенсионного возраста имеют более качественную работу (с превалированием умственного труда и минимизацией профессиональных вредностей).
3. Трудовая деятельность напрямую взаимосвязана с качеством жизни ($r = 0,35$; $p < 0,01$), на которое наибольшее влияние, по данным респондентов основной группы, оказывают социально-экономические факторы (63,3%).
4. Дополнительными стимулами для продолжения трудовой деятельности, по данным исследования, являются большая семья (как дополнительное финансирование); конфликтные внутрисемейные отношения (эффект дистанцирования) и благоприятный базовый соматический статус.
5. По мнению респондентов, являющихся работниками системы здравоохранения и имеющих возможность лонгитудинального наблюдения за состоянием здоровья населения разных возрастных групп, максимальный упор профилактических мероприятий необходимо делать на период планирования беременности, что будет способствовать сохранению резервов организма и соответственно продлению трудовой активности.

Список литературы

1. Абазиева К.Г. Демографические факторы занятости в пенсионном возрасте: гендерный анализ // Вестник Южно-Российского государственного технического

- университета (Новочеркасского политехнического института). Серия: Социально-экономические науки. – 2011. - №1. – С. 155-163.
2. Беляев Ю.А. Трудовая деятельность в пенсионном возрасте: с чего начать? // Проблемы учета и финансов. – 2011. - №4. – С. 7-12.
 3. Гурвич Е.Т., Сони́на Ю.В. Микроанализ российской пенсионной системы // Вопросы экономики. – 2012. - №2. – С. 27-51.
 4. Куштанина В.А. Кризис после выхода на пенсию: миф и реальность (Россия – Франция) // Вестник Российского университета дружбы народов, серия: Социология. – 2009. - №1. – С. 82-88.
 5. Маликов А.Н., Смирнова Т.В. Профессиональные ресурсы в возрастной динамике // Поволжский торгово-экономический журнал. - 2011. - №1. – С. 74-87.
 6. Никонова Э.И. Занятость населения старших возрастных групп в современном российском обществе: проблемы и перспективы // Ученые записки Казанского Государственного Университета. – 2009. – т.151. – кн. 5. – ч.2. – С. 61-71.
 7. Петрова Ж.В. Особенности мотивации при продолжении профессиональной деятельности сотрудников третьего возраста: гендерный аспект // Среднерусский вестник общественных наук. – 2010. - №2. – С. 75-79.
 8. Польшкина Т.М., Чуйкова Т.С. Анализ показателя жизненной удовлетворенности у людей пенсионного возраста // Вестник Башкирского университета. – 2012. – т. 17. - №3. - С. 1413-1415.
 9. Смирнова Т.В. Социально-трудовой потенциал работающих пенсионеров // Поволжский торгово-экономический журнал. - 2010. - №1. – С. 80-87.

References

1. Abazieva K.G. Vestnik Juzhno-Rossijskogo gosudarstvennogo tehničeskogo universiteta (Novocherkasskogo politehnicheskogo instituta). Serija: Social'no-jekonomicheskie nauki, 2011, Vol. 1, pp. 155-163.
2. Beljaev Ju.A. Problemy ucheta i finansov, 2011, Vol. 4, pp. 7-12.
3. Gurvich E.T., Sonina Ju.V. Voprosy jekonomiki, 2012, Vol. 2, pp. 27-51.
4. Kushtanina V.A. Vestnik Rossijskogo universiteta druzhby narodov, serija: Sociologija, 2009, Vol.1, pp. 82-88.

5. Malikov A.N., Smirnova T.V. Povolzhskij trgovno-jekonomicheskij zhurnal, 2011, Vol. 1, pp. 74-87.
6. Nikonova Je.I. Uchenye zapiski Kazanskogo Gosudarstvennogo Universiteta, 2009, t.151, kn. 5, Vol. 2, P. 61-71.
7. Petrova Zh.V. Srednerusskij vestnik obshhestvennyh nauk, 2010, Vol. 2, pp. 75-79.
8. Pol'kina T.M., Chujkova T.S. Vestnik Bashkirskogo universiteta, 2012, t. 17, Vol. 3, pp. 1413-1415.
9. Smirnova T.V. Povolzhskij trgovno-jekonomicheskij zhurnal, 2010, Vol.1, pp. 80-87.