

**ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ
НАСЕЛЕНИЯ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

© Л.В. Колпина

Белгородский государственный национальный исследовательский университет,
308015, Российская Федерация, г. Белгород, ул. Победы, 85

Аннотация: В статье эмпирически обосновывается тенденция к ухудшению социального здоровья в старшей возрастной группе, к которой относится население от 60 лет. Социальное здоровье рассматривается как совокупность личностных характеристик, обеспечивающих индивиду гармоничное взаимодействие с социальной средой, в результате которого, с одной стороны, реализуются его биопсихосоциальные потребности, а с другой – сохраняется и развивается социальная среда. Снижение социального здоровья проявляется в усилении социальной эксклюзии, ухудшении самочувствия в различных типах отношений и др. На основе анализа причин, вызывающих такие состояния у представителей старшей возрастной группы (слабая социальная мотивация, низкая информированность относительно возможностей социального активизма, превалирование экстернального локус-контроля и др.), обосновывается программа работы с ними, направленная на укрепление социального здоровья. Эффективность такой программы, включающей в себя мероприятия по формированию условий, установок, мотиваций, знаний и умений, обеспечивающих социальную инклюзию лиц пожилого и старческого возраста, экспериментально доказана на основе показателей качества жизни ее участников. Результаты проведенной работы показали, что планирование старости, помощь в структурировании собственного времени, работа по выявлению негативных геронтостереотипов и их развенчанию как в собственных установках и практиках, так и у окружающих, расширение социального кругозора играют существенную роль в формировании социального здоровья населения старших возрастов. За счет этой программы принципиальной положительной коррекции подверглись показатели по шкалам эмоционального здоровья, жизненной силы и эмоционально-ролевого функционирования, в меньшей мере – социального и особенно физического функционирования.

Ключевые слова: социальное здоровье, старшая возрастная группа, социальная эксклюзия, самочувствие в отношениях, социальный капитал.

Финансирование: Статья выполнена в рамках проекта РФФИ № 16-03-00203-ОГН «Потенциал местного сообщества в формировании социального здоровья населения старших возрастных групп».

Информация о статье: Дата поступления 16 января 2018 г.; дата принятия к печати 13 февраля 2018 г.; дата онлайн-размещения 30 сентября 2018 г.

Для цитирования: Колпина Л.В. Опыт формирования социального здоровья населения старших возрастных групп. *Социальная компетентность*. 2018;3(3):63–71.

FORMATION EXPERIENCE OF SENIOR AGE GROUP POPULATION'S SOCIAL HEALTH

© Lola V. Kolpina

Belgorod National Research University,
85 Pobeda St., Belgorod, 308015, Russian Federation

Abstract: The article presents the empirical study of the deterioration tendency of social health of senior age groups that includes population aged 60 years and over. Social health is considered as set of personal characteristics providing an individual with harmonious interaction with the social environment as a result of which, on the one hand, his/her biopsychosocial needs are met and, on the other hand, social environment preserves and develops. Social health deterioration is shown in social exclusion strengthening, feeling unwell in various types of relations and so forth. Analysis of the reasons causing social health deterioration of representatives of senior age group (weak social motivation, lack of knowledge of social activism opportunities, a prevalence of external locus control, etc.) enables to justify the program of work with them aimed at social health strengthening. The

efficiency of this program which includes endeavors to create conditions, attitudes, motivations, knowledge and abilities providing a social inclusion of elderly and senile aged population is experimentally proved on the basis of indicators of life quality of its participants. The results of the study have shown an essential role of planning for old age, own time structuring, work to identify negative gerontostereotypes and their dispelling both in attitudes and practices, broadening of social outlook in formation of elderly aged population social health. Due to this program the indicators of emotional health scales, vitality and emotional and role functioning have undergone basic positive correction, in a smaller measure – social and especially physical functioning.

Keywords: social health, senior age group, social exclusion, health in relations, social capital

Financing: The study was completed as a part of the RFFR project No. 16-03-00203-OGN "The potential of the local community in formation of the social health of senior age group population".

Article info: Received January 16, 2018; accepted February 13, 2018; available online September 30, 2018.

For citation: Kolpina L.V. Formation experience of senior age group population's social health. *Sotsial'naya kompetentnost' = Social Competence*. 2018;3(3): 63–71. (In Russ.).

Глобальная тенденция увеличения в составе структуры населения доли граждан 55–60 лет и старше ставит вопросы, связанные с переосмыслением роли и значения этой возрастной группы в жизни современного общества, обеспечения достойного качества жизни с учетом ее специфики, а также эффективного использования ее потенциала в различных сферах жизнедеятельности. Решение этих задач неразрывно связано с повышением социального здоровья таких граждан, которое понимается как совокупность личностных характеристик, обеспечивающих индивиду гармоничное взаимодействие с социальной средой, в результате чего, с одной стороны, реализуются его биопсихосоциальные потребности, а с другой – сохраняется и развивается социальная среда.

К числу ключевых параметров социального здоровья относятся:

- социальная инклюзия;
- самочувствие в различных социальных средах;
- социальный капитал, характеризующий возможности человека, обусловленные его включенностью в те или иные типы отношений (Колпина, 2009).

По всем перечисленным параметрам в старшей возрастной группе наблюдается снижение показателей.

Эмпирической базой для анализа социального здоровья населения старшего

возраста и его детерминант послужили данные анкетных опросов, проведенных в Белгородской области (автором лично и в составе коллектива ученых). На основе репрезентативной региональной выборки (пол, возраст, место жительства) собраны материалы исследований, проводимых в 2008–2017 гг.¹ Они показали усиление социальной эксклюзии при переходе в старшую возрастную группу, что подтверждается исследованиями и других авторов (Сапонов, Смолькин, 2012; Максимова, Ноянзина, Максимова, Щеглова, 2015; Азарина, 2012), выражающуюся, в частности, в сужении круга общения ее представителей. Например, от группы 40–59 лет к группе 60 лет и старше снижается доля ответов о наличии в постоянном круге общения супруга с 68,2 до 42,3 % ($\rho = -0,97$; $p < 0,05$)², причем в подгруппе старческого возраста (75 лет и старше) таких ответов в 1,7 раз меньше, чем в группе пожилого возраста (60 лет – 74 года). С 79,4 % в группе 40–59 лет до 72,1 % в группе 60 лет и старше уменьшается доля ответов о наличии в постоянном круге общения близких и родственников ($\rho = -0,92$; $p < 0,05$), с 65,5 до 40,5 % – друзей ($\rho = -0,95$; $p < 0,05$), с 51,8 до 19,2 % – коллег или бывших коллег ($\rho = -0,99$; $p < 0,05$) (Колпина, 2018).

Одним из следствий сужения круга общения лиц пожилого и старческого возраста является уменьшение их социального капитала, в частности, возможностей для

¹ Результаты всех исследований опубликованы в монографиях, на которые в тексте даны ссылки, кроме массового анкетного опроса, осуществленного в 2008 г. (N = 800 чел.).

² С целью выявления направления и статистической значимости связи рассчитывался коэффициент ранговой корреляции Спирмена (ρ).

удовлетворения своих биопсихосоциальных потребностей через ресурсы, обусловленные включенностью в те или иные отношения, принадлежностью к тем или иным группам, обществам, общностям. Это выражается, например, в сокращении числа людей, которые могут оказать им помощь и поддержку. От групп 40–59 лет к группам пожилого (60–74 лет) и старческого (75 и старше лет) возраста с 54,3 до 31,4 и 26,0 % соответственно снижается доля опрошенных, которым друзья помогают преодолевать болезни, переживать стрессы ($p = -1$; $p < 0,05$); с 51,9 до 34,2 и 22,1 % тех, для кого друзья являются стимулом работать над собой, вести активный образ жизни ($p = -0,98$; $p < 0,05$) (Колпина, 2018). В полной мере круг общения способствует получению нужных советов, информации, консультаций 28,9 % населения в возрасте старше 60 лет против 35,4–38,4 % в других возрастных группах, культурному развитию, хобби – соответственно 17,8 % против 31,6–43,0 %, решению бытовых проблем – 30,2 % против 33,1–39 % (Колпина, Вангородская, Реутов, 2013).

Рассчитывая преимущественно на помощь членов семьи, родственников, друзей и соседей, демонстрируя высокую степень зависимости от своего круга общения, пожилые люди реже представителей других возрастов, оказавшись в трудной ситуации, рассчитывают на самих себя (50,9 % в группе 60 лет и старше и 61,8 % среди групп 18–59 лет). В сумме 70,8 % представителей группы пожилого и старческого возраста оценивают эту помощь как очень существенную, без которой нельзя обойтись, соответственно 47,5 % и 23,3 % считают такую помощь существенной. Доля ответов, характеризующих ее как несущественную, по мере увеличения возраста снижается с 21,2 % до 16,5 % от группы 18–29 лет к группе 60 лет и старше ($p = -0,9$; $p < 0,01$) (Реутов, Колпина, Реутова, Бояринова, 2011).

Помимо уменьшения объема социального капитала граждан старшего поколения ухудшение социального здоровья проявляется и в их самочувствии в различных типах отношений. В том числе в самых благополучных из них – кровнородственных, которые абсолютное большинство представителей исследуемой группы характеризуют как искренние, доброжелательные и сообщают, что полностью удовлетворены ими и

реализуют себя в них. В группе пожилого и особенно старческого возраста, в сравнении с другими возрастными группами, отмечается снижение значений оценок по соответствующим параметрам. В частности, в полной мере согласных с тем, что близкие и родственники стремятся общаться с ними, делятся своими радостями и горестями и т. д. 63,3 % респондентов в группе 40–59 лет, 53,9 % в группе 60 лет – 74 года, 44,9 % людей старческого возраста (75 лет) ($p = 0,1$; $p < 0,05$). Еще более негативная в этом плане ситуация в остальных типах отношений, за исключением соседских. Например, от группы 18–29 лет к группе 60 лет и старше уменьшается доля ответов об искренних, доброжелательных отношениях с друзьями ($p = -0,71$; $p < 0,05$), зато увеличивается доля ответов о формально-вежливых ($p = 0,81$; $p < 0,05$) и сдержанных, безразличных отношениях ($p = 1$; $p < 0,01$), снижаются самооценки востребованности в этих отношениях ($p = -0,83$; $p < 0,05$) (Колпина, 2018).

Характеризуя социальное здоровье граждан старшего поколения в отношении более широкого социального радиуса, связанных с общественным и политическим участием, отметим, что эта сфера с точки зрения вовлеченности является проблемной для всех возрастных групп российского общества, но еще в большей степени для старшей группы. Судя по данным опросов, в 2010 г. десятая часть населения старше 60 лет являлась членами тех или иных объединений, из которых основная масса участниками крайне формализованных объединений, т. е. политических партий (6,6 %) и профсоюзов (9,5 %). О членстве в реально самоорганизованных структурах в 2010 г. сообщало до 5 % респондентов (4,8 % состояли в религиозных общинах, 4,7 % – в общественных организациях, 1,4 % – в землячествах). Такое распределение, за исключением более низкого профсоюзного членства, в основном соотносится с ответами респондентов других возрастных групп. Причем третья часть опрошенных в группе 60 лет и старше указала на формальный характер своего членства (Реутов, Колпина, Реутова, Бояринова, 2011). К 2017 г. ситуация в сфере общественно-политического активизма по некоторым параметрам несколько улучшилась. О том, что члены рели-

гиозной, национальной общины или землячеств входят в их постоянный круг общения, сообщили в среднем уже 9,1 % респондентов старшего возраста (в основном старческого). На наличие единомышленников и людей, разделяющих их интересы (члены клубов, обществ, в которых они состоят) указали 7,9 % опрошенных. В результате работы учреждений социальной защиты по социальной инклюзии граждан старшего возраста также несколько выросла их социальная активность: соответственно 17,7 % и 18,4 % опрошенных пожилого и старческого возраста сообщили, что принимают участие в работе клубов, обществ, в конкурсах и других мероприятиях, организуемых для пожилых людей. Между тем, 55 % представителей старшего возраста не участвуют в них и не желают этим заниматься, что свидетельствует о слабых социальных мотивациях существенной их части. Общественно-политическое участие большинства людей старшего возраста ограничивается голосованием на выборах. Это характерно и для других возрастных групп. Так, регулярно голосуют на выборах в органы местного самоуправления 73,4 % лиц пожилого и 76,3 % лиц старческого возраста. В ответах на вопрос о готовности к общественно-политической активности, по большинству ее видов (исключение – участие в выборах), преобладают отрицательные ответы (Колпина, 2018).

При этом следует отметить неудовлетворенность населения старшего возраста своей самореализацией в мезо- и макро-социальных средах. В 2017 г. лишь пятая его часть согласилась с тем, что в своей жизни в полной мере смогла реализовать себя в хобби, примерно такая же часть не смогла. Самая низкая степень социальной самореализации людей старших возрастов отмечается в общественной сфере, где значения соответствующих отрицательных ответов у них превосходят положительные (22,3 % против 18,0 % соответственно) (Колпина, 2018). Важно иметь в виду, что респонденты старших возрастных групп чувствуют свою невостребованность в общественной и политической жизни на протяжении многих лет. В 2008 г. среди опрашиваемых полностью востребованными в общественной жизни себя считали 21,1 %, невостребованными – 36,1 %, в 2010 г. 4,1 % и 18,4 % соответственно. В политической жизни востребованными в

2008 г. было 6,6 % респондентов, невостребованными – 15,4 %, в 2010 г. 3,2 % и 19,2 % соответственно. Между тем 44,4 % представителей старшего возраста хотели бы полнее раскрыть себя в общественной деятельности, а 22,4 % в политической.

Следует отметить, что и в целом население старшей возрастной группы воспринимает социальную ситуацию как более напряженную и недружественную, чем остальное взрослое население. Так, в 2008 г. значения ответов по показателю тревоги в отношении ситуации в населенном пункте, где проживает конкретный респондент, увеличиваются от возрастной группы 18–29 лет к группам пожилого и старческого возраста с 19,4 до 35,3 % ($\rho = 1$; $p < 0,05$); в отношении ситуации по области – с 17,9 до 29,8 % ($\rho = 0,91$; $p < 0,05$). От группы 30–39 лет к группе 60 лет и старше снижается доля оптимистических оценок относительно ситуации в своем населенном пункте с 36,6 до 17,3 % ($\rho = -0,98$; $p < 0,05$), в области с 38,7 до 22,1 % ($\rho = -0,97$; $p < 0,05$).

С группы 30–39 лет, по мере увеличения возраста опрошенных, возросла доля ответов (с 45,9 до 57,5 %), что среди людей из ближайшего окружения больше разобщенности, чем согласия ($\rho = 0,94$; $p < 0,05$) (Реутов, Реутова, Колпина, Шавырина, 2015). Несмотря на восприятие людьми старшего возраста социальной среды как более тревожной, значения удовлетворенности жизнью у них сопоставимы с другими возрастными группами, что является маркером сниженного уровня социальных притязаний. В отсутствии восприятия среды как дружелюбной, обеспечивающей возможность реализации в ней своих потребностей, ее адаптации к своим нуждам, снижение уровня притязаний выступает психологическим механизмом поддержания хорошего самочувствия.

Негативное воздействие социокультурной среды на социальное здоровье людей старшего возраста оказывает геронтологический эйджизм – дискриминационные установки и практики, реализуемые в отношении граждан старшего поколения. Так, в сумме 58,5 % респондентов старшего возраста в той или иной мере (в полной мере – 16,1 %, отчасти – 42,4 %) придерживаются мнения, что пожилые люди в России отно-

сятся к ущемляемой в правах, дискриминируемой группе. Примерно такое же количество опрошиваемых (56,8 %) сообщили, что за последние три года в повседневной жизни часто и время от времени встречались с фактами некорректного, неуважительного, предвзятого отношения к пожилым людям.

Население старшего возраста, осознавая эйджизм, в то же время воспринимает его как норму. Это доказывается, в частности, тем, что примерно 40 % опрошенных из их числа сообщили, что с той или иной частотой (часто – 7,6 %, иногда – 30,5 %) в больницах, поликлиниках, учреждениях социальной защиты они лично или их знакомые сталкивались с фактами неуважительного, предвзятого отношения, с нарушением прав по причине возраста. Однако лишь 13,6 % опрошенных считают, что медицинские и социальные работники обычно относятся к пожилым людям хуже, чем к другим (Колпина, 2015).

Эйджизм оказывает негативное влияние на население старшего возраста не только через барьерный характер среды. Распространенные в обществе негативные стереотипы относительно старости и пожилых людей, лежащие в основе эйджизма, интериоризируясь последними, обуславливают их самоограничительные установки и практики, вплоть до самоуничужения и самоизоляции, что сказывается и на социальном здоровье.

Безусловно, ключевыми факторами снижения социального здоровья лиц старшего возраста, являются:

- ухудшение общего здоровья и, соответственно, снижение автономности;
- ухудшение материального достатка;
- низкая адаптированность социальной среды к их специфическим нуждам.

Однако в немалой степени социальное здоровье обусловлено и психологическими факторами, в частности, недостатком межличностного доверия, которое за исключением отношений с соседями и близкими и родственниками, имеет значения более низкие, чем в других возрастных группах. Например, друзьям обычно доверяют среди населения 60 лет и старше 52,7 %, а в среднем по другим возрастным

группам – 66,3 %; коллегам – 11,9 и 38,8 % соответственно; единомышленникам – 20,4 и 42,2 %. Исключение составляют отношения с соседями. Так, результаты анкетного опроса показали, что от группы 18–29 к группе 60 лет и старше с 24,2 до 38,6 % увеличивается доля ответов «обычно доверяю соседям». От младшей группы к старшей с 48,6 до 62,9 % возрастает доля ответов «в той или иной степени доверяю» большинству жителей своего дома, двора и снижается с 41,0 до 26,3 % доля ответов «в той или иной степени недоверяю».

Кроме того, низкие показатели социального здоровья населения старшего возраста следует объяснять более низкими значениями интернальности их локуса контроля, чем в других возрастных группах, индикатором чего выступил вопрос о том, в какой мере от респондентов зависит ситуация в тех или иных отношениях и сферах. Так, в вопросах о том, в какой мере от самих респондентов зависит ситуация в тех или иных типах отношений, от группы 30–39 лет к старшей возрастной группе с 93,6 до 71,6 % снижается доля ответов «в полной мере», касающихся ситуации в семье; от группы 18–29 лет к старшей возрастной группе с 64,0 до 42,0 % снижается доля аналогичных ответов о ситуациях с друзьями, с 43,7 до 25,4 % – в коллективе и т. д. Увеличивается доля соответствующих ответов (с 16,5 до 41,2 %), касающихся отношений с соседями (Реутов, Колпина, Реутова, Бояринова, 2011).

Население старшего возраста также отличается более пассивными установками на социальную активность. В частности, в исследовании 2008 г. было выявлено, что от группы 18–29 лет к группе 60 лет и старше увеличивается доля ответов, что в ситуации перемен надо «продолжать жить как раньше, не поддаваясь обстоятельствам» ($\rho = -0,964$; $p < 0,05$) и снижается доля ответов о том, что «нужно искать новые возможности» ($\rho = -0,965$; $p < 0,05$) и «следует ждать своего шанса и использовать его» ($\rho = -0,958$; $p < 0,05$).

Эти и некоторые другие данные позволили выделить следующие основные проблемы снижения социального здоровья граждан старшего поколения:

- низкая социальная мотивация и информированность относительно возможностей и технологий социального активизма;

– экстернальный локус контроля во всех социальных средах кроме семейной;
– коммуникативные проблемы, особенно в межпоколенческих отношениях.

На основе выявленных проблем была разработана программа, направленная на укрепление социального здоровья граждан старшей возрастной группы, включающая формирующие (мотивирующие, обучающие, психокоррекционные) и обеспечивающие (информирование, формирование среды социального саногенеза) мероприятия. Программа была апробирована в 2016–2017 гг. на базе одной из белгородских больниц в рамках проведения еженедельных дней здоровья, организуемых для всех желающих граждан старшего возраста.

Для экспериментальной проверки эффективности предлагаемой методики на первом предварительном этапе были сформированы две группы в возрасте 60–79 лет. Контрольная – 36 чел., из них 13 мужчин и 23 женщины, средний возраст 69 ± 3 года и основная – 35 чел., из них 16 мужчин и 19 женщин, средний возраст 68 ± 3 года. Вторая группа сформирована на основе высказанного пациентами желания участвовать в занятиях. У всех участников эксперимента посредством методики SF-36 (Ware, Kosinski, Bayliss, McHorney, Rogers, Raczek, 1995; Ware, Sherbourne, 1992) (короткая версия) были замерены показатели качества жизни по следующим критериям:

– общая самооценка здоровья;
– физическое функционирование (способность к выполнению различных физических действий, нагрузок);
– ролевые ограничения (способность к выполнению повседневных обязанностей, дел) в связи с проблемами с физическим здоровьем и в эмоциональной сфере;
– боль и степень ее влияния на повседневную жизнь;
– эмоциональное благополучие;
– социальное функционирование (влияние физического и эмоционального состояния на инклюзию в микро-, мезо- и макросоциальные среды);
– витальность или представление о сохранности жизненных сил.

На этапе первичного замера в обеих группах, как и ожидалось, результаты диагностики показали непринципиальные отличия в значениях различных шкал, характеризующих качество жизни пожилых пациентов в зависимости от состояния здоровья (таблица).

Затем, после первичной диагностики, основная группа была разбита на 3 подгруппы по 12 чел. С каждой группой работа осуществлялась еженедельно в течение 2 мес. Одно занятие проведено совместно: пожилые люди и их ближайшее окружение. В целом каждой группе было посвящено 12 занятий продолжительностью 1 ч.

Показатели качества жизни пожилых пациентов контрольной и основной групп до и после осуществления мероприятий по укреплению их социального здоровья

Шкалы SF-36	Контрольная группа, 60–79 лет (n = 35)		Основная группа, 60–79 лет (n = 36)	
	До программы	Через 3 мес.	До программы	Через 3 мес.
Общее здоровье (GH)	51,4 ± 3,4	49,7 ± 4,2	52,3 ± 3,2	58,7 ± 4,1
Физическое функционирование (PF)	65,3 ± 2,8	67,3 ± 3,7	64,7 ± 3,1	72,5 ± 2,1*
Ролевое функционирование (RP)	51,8 ± 3,1	52,3 ± 3,4	53,5 ± 2,3	57,3 ± 4,1
Интенсивность боли (BP)	59,2 ± 4,3	58,5 ± 3,3	61,3 ± 3,7	63,1 ± 3,4
Социальное функционирование (SF)	52,5 ± 3,6	52,9 ± 2,8	49,7 ± 1,4	59,4 ± 3,6*
Эмоционально-ролевое функционирование (RE)	62,4 ± 3,1	61,7 ± 2,5	59,2 ± 3,6	70,8 ± 3,1*
Жизненная сила (VT)	58,6 ± 3,1	60,2 ± 3,9	56,1 ± 3,5	74,2 ± 3,6*
Эмоциональное здоровье (MH)	64,1 ± 4,2	63,4 ± 3,1	62,4 ± 3,1	76,2 ± 4,7*

* $p < 0,05$ по сравнению с контрольной группой.

В процессе реализации программы социального саногенеза у пожилых людей формировались социальные мотивации, социально здоровые практики их реализации, навыки самопрезентации, эффективной коммуникации, конфликтологические и социальные компетенции; осуществлялась рефлексия их собственных эйджистских стереотипов и практик, а также характеризующих ближайшее окружение; обеспечивались условия для расширения их социального кругозора, увеличения горизонта планирования. В ходе упражнений также решались задачи повышения самооценки в социальных средах, достижения состояния интегративности.

В процессе жизненного стратегирования лиц старших возрастных групп, в основу которого легла идея «SWOT-анализа» (не в традиционном его применении, т. е. в отношении организаций, а для самоанализа личности, ее сильных и слабых сторон, возможностей и угроз для реализации целей и планов), обращалось внимание на развитие отношений в семье, с друзьями и соседями, на инклюзию в различные формы общественной работы и организации. В ходе занятий также проводилась работа, направленная на то, чтобы после их завершения отношения между членами групп сохранились.

Занятие, посвященное проблеме эйджизма, рефлексии эйджистских стереотипов (Колпина, 2015), проводилось совместно с представителями микросоциального окружения пожилых людей (родственники, социальные работники).

В процессе работы использовались активные методы обучения, Интернет-технологии, презентации, информационные буклеты, памятки. Приглашались с выступлениями представители социальных служб, ветеранских общественных организаций.

По окончании работы в каждой группе была осуществлена повторная диагностика качества жизни участников эксперимента посредством опросника SF-36. Анализ показал, что у участников контрольной группы показатели качества жизни за 3 мес. практически не изменились, тогда как в основной они достоверно выросли по следующим шкалам:

– эмоциональное здоровье (MH) ($63,4 \pm 31$ в контрольной группе и $76,2 \pm 4,7^*$ в

основной);

– жизненные силы (VT) ($60,2 \pm 3,9$ и $74,2 \pm 3,6^*$ соответственно);

– эмоционально-ролевое функционирование (RE) ($61,7 \pm 2,5$ и $70,8 \pm 3,1^*$ соответственно);

– социальное функционирование (SF) ($52,9 \pm 2,8$ и $59,4 \pm 3,6^*$ соответственно);

– физическое функционирование (PF) ($67,3 \pm 3,7$ и $72,5 \pm 2,1^*$ соответственно) (см. табл.).

Итак, результаты социальной диагностики, осуществленной среди населения старших возрастных групп, позволили выявить следующие проблемы в сфере социального здоровья их представителей:

– слабая социальная мотивация;

– низкая информированность относительно возможностей и технологий социального активизма;

– превалирование экстернального локус-контроля во всех социальных средах кроме семейной;

– коммуникативные проблемы, особенно в межпоколенческих отношениях.

Реализация программы, разработанной с целью укрепления социального здоровья населения старших возрастных групп, включившей в себя формирующие и обеспечивающие мероприятия, позволила произвести принципиальную положительную коррекцию показателей по шкалам эмоционального здоровья, жизненной силы и эмоционально-ролевого функционирования, и в меньшей мере – социального и особенно физического функционирования. Это доказывает положительное влияние укрепления социального здоровья на повышение качества жизни.

Судя по отзывам участников программы, в их жизни это проявилось, прежде всего, в том, что они стали чувствовать себя бодрее, уменьшились депрессивные настроения, появились мотивирующие и более разнообразные планы, а также силы на их выполнение. Они стали меньше концентрироваться на самочувствии, завели новые знакомства. В некоторых случаях участники программы сообщили о снижении чувства одиночества, появлении ощущения своей нужности.

Результаты проведенной работы показали, что планирование старости, структурирование собственного времени, работа

по развенчанию негативных геронтостереотипов и их выявление как в собственных установках и практиках, так и у окружающих,

Библиографический список

Колпина Л.В. Социальное здоровье населения Белгородской области // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Философия. Социология. Право. 2009. № 10 (65). С. 78–90.

Сапонов Д.И., Смолькин А.А. Социальная эксклюзия пожилых: к разработке модели измерения // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2012. № 5 (111). С. 83–94.

Максимова С.Г., Ноянзина О.Е., Максимова М.М., Щеглова Д.К. Социальная эксклюзия лиц старших возрастных групп: социально-экономические аспекты // Вестник Алтайского государственного аграрного университета. 2015. № 5 (127). С. 180–184.

Азарина М.С. Социальная эксклюзия пожилых людей в условиях постсоветской модернизации // Социосфера. 2012. № 1. С. 75–76.

Колпина Л.В. Потенциал местного сообщества в формировании социального здоровья населения старших возрастных групп: монография. Ульяновск: Зебра, 2018. 143 с.

Колпина Л.В., Вангородская С.А., Реутов Е.В. Барьеры формирования и функционирования социальных сетей: региональный аспект: монография. Белгород: Издательский дом «Белгород», 2013. 284 с.

Реутов Е.В., Колпина Л.В., Реутова М.Н., Бояринова И.В. Социальные сети в региональном сообществе: монография. Белгород: Константа, 2011. 240 с.

Реутов Е.В., Реутова М.Н., Колпина Л.В., Шавырина И.В. Гражданское участие как ресурс социальной солидарности: монография. Saarbrücken: Lambert Academic Publishing, 2015. 189 с.

Колпина Л.В. Эйджизм в обслуживании пожилых граждан учреждениями здравоохранения и социальной защиты: монография. Ульяновск: Зебра, 2015. 128 с.

Ware Jr.J.E., Kosinski M., Bayliss M.S., McHorney C.A., Rogers W.H., Raczek A. Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary

расширение социального кругозора оказывают существенную роль в формировании социального здоровья людей старшего возраста.

References

Kolpina L.V. Social health of Belgorod region population. *Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Filosofiya. Sotsiologiya. Pravo* [Scientific bulletin of Belgorod State University. Series: Philosophy. Sociology. Law], 2009, no. 10 (65), pp. 78–90. (In Russian).

Saponov D.I., Smol'kin A.A. Social exclusion of elderly people: the development of a measurement model. *Monitoring obshchestvennogo mneniya: ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny* [Monitoring public opinion: economic and social changes], 2012, no. 5 (111), pp. 83–94. (In Russian).

Maksimova S.G., Noyanzina O.E., Maksimova M.M., Shcheglova D.K. Social exclusion of senior age groups: social and economic aspects. *Vestnik Altaiskogo gosudarstvennogo agrarnogo universiteta* [Bulletin of Altai State Agrarian University], 2015, no. 5 (127), pp. 180–184. (In Russian).

Azarina M.S. Social exclusion of elderly people in the post-Soviet modernization. *Sotsiosfera* [Sociosphere], 2012, no. 1, pp. 75–76. (In Russian).

Kolpina L.V. *Potentsial mestnogo soobshchestva v formirovanii sotsial'nogo zdorov'ya naseleniya starshikh vozrastnykh grupp* [The potential of the local community in shaping the social health of the population of senior age groups]. Ulyanovsk: Zebra Publ., 2018, 143 p. (In Russian).

Kolpina L.V., Vangorodskaya S.A., Reutov E.V. *Bar'ery formirovaniya i funktsionirovaniya sotsial'nykh setei: regional'nyi aspekt* [Barriers of formation and functioning of social networks: regional aspect]. Belgorod: Izdatel'skii dom "Belgorod" Publ., 2013, 284 p. (In Russian).

Reutov E.V., Kolpina L.V., Reutova M.N., Boyarinova I.V. *Sotsial'nye seti v regional'nom soobshchestve* [Social networks in regional community]. Belgorod: Konstanta Publ., 2011, 240 p. (In Russian).

Reutov E.V., Reutova M.N., Kolpina L.V., Shavyrina I.V. *Grazhdanskoe uchastie kak resurs sotsial'noi solidarnosti* [Civic participation as a resource for social solidarity]. Saarbrücken: Lambert Academic Publishing, 2015, 189 p. (In Russian).

Kolpina L.V. *Eidzhizm v obsluzhivanii pozhi-lykh grazhdan uchrezhdeniyami zdra-vookhraneniya i sotsial'noi zashchity* [Ageism in provision of services for senior citizens by health care and social protection institutions]. Ulyanovsk: Zebra Publ., 2015, 128 p. (In Russian).

Ware Jr.J.E., Kosinski M., Bayliss M.S., McHorney C.A., Rogers W.H., Raczek A. Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary

of results from the Medical Outcomes Study // Medical Care. 1995. Pp. 264–279.

Ware Jr.J.E., Sherbourne C. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection // Medical Care. 1992. No. 30 (6). Pp. 478–483.

Критерии авторства

Колпина Л.В. провела исследование, оформила научные результаты и несет ответственность за плагиат.

Конфликт интересов

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Сведения об авторе

Колпина Лола Владимировна, кандидат социологических наук, доцент, доцент кафедры социальных технологий, Белгородский государственный национальный исследовательский университет, 308015, Российская Федерация, г. Белгород, ул. Победы, 85, e-mail: kolpina@bsu.edu.ru

of results from the Medical Outcomes Study. Medical Care, 1995, pp. 264–279.

Ware Jr.J.E., Sherbourne C. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. Medical Care, 1992, no. 30 (6) pp. 478–483.

Criteria for Authorship

Kolpina L.V. has conducted research, formalized research results and bears responsibility for plagiarism.

Conflict of Interest

The author declares no conflict of interest.

Author Credentials

Lola V. Kolpina, Candidate of Sociological Sciences, Associate Professor of Social Technologies Department, Belgorod State National Research University, 85 Pobeda St., Belgorod, 308015, Russian Federation, e-mail: kolpina@bsu.edu.ru