

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

имени М.В.Ломоносова

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

КАФЕДРА НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ

НАУЧНО_ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА

«Влияние социальных связей пожилых людей на их ментальное и физическое здоровье»

Выполнила студентка

Группы э305:

Цыбина Анна

Научный руководитель:

Доцент, к.э.н. Калмыкова Н.М.

Москва

2020

Оглавление

Введение	3
Глава 1. Обзор литературы	5
1.1. Теории о роли социальных связей в процессе старения.....	5
1.2. Социальный капитал и здоровье пожилых людей.....	9
1.3. Одиночество и социальная изоляция пожилых людей	11
Глава 2. Пожилое население в России	17
2.1. Демографические показатели старения населения.....	17
2.2. Социальная активность пожилого населения и социальная поддержка.....	19
2.3. Модель влияния одиночества на здоровье	22
Глава 3. Эффективность мер по борьбе с социальной изоляцией пожилых людей	26
Заключение	28
Библиография	29
Приложения	32

Введение

Старение населения является мировой тенденцией. Доля пожилых людей в общей численности населения увеличивается во многих странах. ООН относит процесс старения к списку глобальных повесток дня и называет значимой социальной трансформации XXI века. Изменение возрастной структуры населения поставило целый ряд новых вопросов для исследователей. Это затронуло все сферы жизни общества. Вопросы социальной защиты пожилых, взаимоотношения людей разных поколений стали более актуальны в современной действительности. Качество жизни пожилых людей становится приоритетом для развитых государств. Индекс качества жизни пожилых людей (The Global AgeWath Index) используется для исследования благополучия людей старшего поколения в разных странах. В этом исследовании в качестве ключевых факторов, благоприятно влияющих на качество жизни пожилых, выделяют материальную обеспеченность, здоровье, занятость, а также социальные связи пожилых людей. Важность сохранения социальных связей после выхода на пенсию и снижения социальной активности была отмечена политиками и исследователями разных стран.

Актуальность проблемы влияния социальных связей пожилых людей на их здоровье возрастает в развитых обществах. Активное старение и формирование положительного имиджа старшего поколения становятся важнейшими вопросами для современных государств. В приоритетах любого общества, где доля пожилого населения возрастает с каждым годом, здоровье стариков. Пожилые люди часто оказываются немощными, одинокими и брошенными на произвол судьбы. Они оказываются социально изолированными и страдают от нехватки общения. Одиночество и отсутствие постоянных социальных контактов у пожилых людей являются социально важными проблемами. Социальная изоляция пожилых людей может не только негативно сказываться на их эмоциональном состоянии, но и становится причиной различных заболеваний, в том числе и депрессии. Оценка влияния социальных процессов на здоровье пожилых является важным исследовательским вопросом. Глубже понимая природу проблемы, мы сможем предложить эффективные меры для ее решения.

Целью данного исследования является оценка влияния социальных связей пожилых людей на их здоровья

Основные задачи работы:

1. Провести обзор литературы с целью определения основных подходов к оценке влияния социальных связей на здоровье

2. Оценить уровень социальной активности пожилого населения в России, их социальные связи с другими людьми
3. Дать характеристику основных заболеваний пожилых людей в России на основе данных РМЭЗ 2018
4. Предложить методику оценки влияния социальных связей на здоровье пожилого населения
5. Оценить влияние одинокого проживания пожилых людей на их здоровье

Объектом исследования являются социальные связи пожилых людей

Предметом исследования является влияние социальных связей людей пожилого возраста на их здоровье

Информационной базой исследования послужили данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS HSE)», проводимого Национальным исследовательским университетом "Высшая школа экономики" и ООО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН. (Сайты обследования RLMS HSE: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms> и <http://www.hse.ru/rlms>)» и данные, собранные Федеральной службой государственной статистики.

Глава 1. Обзор литературы

Данная часть работы посвящена обзору исторического развития теоретических подходов к проблеме старения и обращению к современным статьям, которые эмпирически проверяют гипотезу о влиянии социальных связей на здоровье пожилого населения. Я рассмотрю работы, связанные с разными подходами к определению социальных связей: с точки зрения социального капитала, социальной изоляции и одиночества. Это поможет сформировать представление о направлениях исследований, которые ведутся в этой сфере, их методологии и основных результатах.

1.1. Теории о роли социальных связей в процессе старения

Старение населения является одной из современных тенденций во многих развитых обществах. Пожилые люди становятся наиболее значимой группой и объектом исследований в поле общественных наук. Социальные связи пожилых людей, их интегрированность в общество, коммуникации возрастного населения – эти темы привлекают особое внимание исследователей.

Данная часть работы посвящена обзору теоретических подходов к социальным связям пожилых людей. Я хочу понять, как исторически формировалось представление о месте пожилых людей в социальной сфере жизни общества, как определяют степень социальности людей, какое влияние может иметь отсутствие социальных связей на жизнь людей старшего возраста.

В ранних работах старение представляют, как процесс отделения человека от общества (Cumming E., Henry W.E, 1961). Согласно такой позиции, с возрастом человек становится лишним элементом в социуме. Он становится обузой, количество его социальных взаимодействий с каждым годом становится все меньше. Пожилые не участвуют в жизни общества, становятся забытыми и никому не нужными. Критически относятся к такому подходу авторы концепции успешного старения (Rowe J.W., Kahn R.L, 1998). Под «успешным старением» понимается удовлетворенность человека старшего возраста различными сферами своей жизни. Согласно данному подходу, активное участие в социальной жизни является одним из главных компонентов полноценной жизни людей в пожилом возрасте. Среди других факторов авторы концепции также выделяют сохранение умственных и физических способностей. Кроме того, авторы замечают, что при старении естественно снижение физических и когнитивных способностей, а также социальных функций. «Успешное» старение отличает именно сведение к минимуму всех этих потерь,

чтобы пожилой человек не ощущал неминуемых потерь в своей жизни из-за своего возраста. Кроме концепции «успешного старения» также широко распространены концепции «здорового старения» и «продуктивного старения», которые несут похожие идеи. Пожилой человек - такой же член общества и должен иметь возможности для введения активной жизнедеятельности.

Авторы некоторых теорий XX века утверждают, что в современном обществе пожилые люди отделяются от остального общества. В обществе с начала XX века наблюдается процесс обесценения традиционных семейных ценностей. Многопоколенные семьи уходят в прошлое. Роль пожилых бабушек и дедушек в семье и в обществе снижается. В связи с всеобщим образованием, появлением средств доступа к информации, исчезает прежнее отношение к старшему поколению, как к источнику мудрости и носителю уникальных знаний. Вместе с этим снижается количество их социальных контактов и увеличивается вероятность оказаться в социальной изоляции. В XX веке процесс отчуждения пожилых людей от общества усиливался и социальной политикой многих государств, которые поддерживали ранний выход на пенсию (Townsend P., 1981). Пожилой человек, утративший работу, терял вместе с ней и многие социальные связи. Он переставал играть одну из своих главных социальных ролей и терял социальный статус в обществе.

Теория разобщения Камминга и Генри (Cumming E., Henry W.E., 1961), которая является одной из первых геронтологических теорий, отмечает неизбежное отделение пожилого человека от общества. Старость авторы теории связывали с психологической усталостью, меньшей социальной активностью, потерей большего количества социальных связей и ухудшением качества существующих социальных контактов. В силу упадка жизненных сил пожилые люди неизбежно выключаются из основных социальных процессов и оказываются изолированными из социальной системы. Таким образом, авторы видят в старости процесс освобождения общества от индивидов. Последним этапом разобщения авторы выделяют принятие неизбежных изменений, подчинении происходящей ситуации. На этом этапе пожилой человек освобождается от всех социальных связей и перестает выполнять свои роли, а больше общается ко внутреннему состоянию, проводит время наедине с собой и готовится к логическому завершению жизненного пути. Авторы пишут, что изоляция из общественной жизни является наиболее логичным и правильным способом принятия старости. Таким образом, главный постулат трудов Камминга и Генри гласит, что старость — это кризисное и негативное состояние, лишенное радости социального контакта.

Авторы других теорий утверждают, что существует то, что интегрирует пожилых людей в общественные процессы. Теория активности (Havighurst R. J. 1963) постулирует,

что люди в преклонном возрасте чувствуют себя более удовлетворенными жизнью, если сохраняют свое участие в социальной жизни. Несмотря на возраст, пожилые люди должны оставаться активными, искать поводы для радости каждый день, продолжать общаться и не выпадать из социума. Такой подход сегодня популярен в развитых западных странах, где старость не является преградой для освоения новых хобби, путешествий и занятий любимым делом. Позитивное отношение к старости предлагает и теория непрерывности жизненного цикла, согласно которой старость каждого конкретного человека – это уникальный опыт, который базируется на прошлом жизненном пути (Atchley R.C., 1989). Старость может открыть человеку новые возможности, предложить новые социальные роли, вовлечь в новые социальные группы, которые будут связаны с его прошлыми занятиями. Например, если человек активно преподавал всю жизнь в школе, то после выхода на пенсию, он может находить особое удовольствие в занятиях с детьми, обучении своих внуков. Человек, привыкший к определенному укладу жизни, стремится сохранить его и в старости, пусть даже в несколько трансформированном виде.

Дж. Коулмен (Coleman J. S., 1988) пишет, что социальные сети являются одним из главных условий успешного старения. Под социальными сетями в данном контексте мы в первую очередь понимаем межличностные отношения. По мнению социологов и психологов, влияние благоприятных социальных отношений на успешное старение обусловлено несколькими факторами. Поддержание большой сети социальных контактов является источником поддержки. Согласно эмпирическим исследованиям, участники разветвленных социальных сетей обладают более хорошими показателями здоровья. (Berkman L., Syme L., 1979). Также чем плотнее связь между участниками социального взаимодействия, тем они лучше друг друга знают, их контакты становятся более частыми и эмоционально насыщенными. Это позволяет обмениваться большим количеством информации и помогать с выполнением повседневных дел. Также близкие отношения, особенно родственные, дарят любовь и позволяют ощутить тепло и заботу, что повышает ценность собственной жизни и улучшает общее самочувствие (Hurlbert J.S., Haines V.A., Beggs J.J, 2000).

Анализ значительного числа исследований позволил выделить основные формы поддержки, которые люди могут получать через социальные контакты (Berkman L. F., 2000). Это четыре типа социальной поддержки, которые приобретают особую актуальность, если мы говорим о пожилых людях.

1. Функциональная поддержка. Это помощь при выполнении повседневных задач, с которыми бывает трудно справиться пожилым людям: купить продукты, приготовить еду, убрать дома.

2. Социальное влияние. Это формирование определенных ценностей и норм под действием социальной группы. Такое влияние может быть как позитивным, так и негативным. Например, здоровое питание в семье, при соблюдении диеты ее членами, станет также стимулом для пожилых людей есть полезную еду. Пример отрицательного влияния – злоупотребление алкоголем в социальной группе, последствия чего могут быть опасны для здоровья индивида, независимо от того пьет он сам или нет. Алкоголь может оказывать как пагубное влияние на здоровье самого индивида, разрушая его организм, так и представлять для него опасность со стороны лиц в состоянии алкогольного опьянения, которые с трудом контролируют свои действия и могут нанести физический ущерб.

3. Социальная вовлеченность. Чувство сплоченности и принадлежности к группе имеет важную роль для психологического состояния человека, его эмоциональной стабильности. Индивид играет определенные социальные роли в семье, малых комьюнити. Сила вовлеченности состоит в подтверждении самооценки человека для него самого, это дает ему некий смысл жизни и положительные эмоции. Такими группами могут выступать семья, клуб по интересам, религиозные объединения и др. При взаимодействии человек получает эмоциональную поддержку, может чувствовать любовь, радость дружбы, проявление заботы, понимания и признания. В группах индивиды могут общаться, а общение является одной из жизненноважных потребностей, согласно пирамиде А. Маслоу.

4. Доступ к материальным источникам. Близкие и родные могут оказывать финансовую помощь старым людям. Семья и близкие друзья часто помогают с покупкой лекарств, оплатой счетов и другими жизненно-необходимыми тратами, которые пожилые люди иногда не могут осилить в силу отсутствия существенного источника заработка.

Кроме семейных отношений, особую роль в социальной функции отводится различным сообществам. К ним относятся соседи, волонтерские организации, религиозные сообщества. Чем более социально активен человек, тем выше вероятность его принадлежности к какой-либо организации. Участие пожилых людей в подобных сообществах не является типичным для всех культур и обществ. При этом есть свидетельства того, что именно пожилые люди наиболее активны в деятельности различных организаций. Например, в США люди третьего возраста являются самыми активными членами религиозных комьюнити, которые там очень распространены. (Beyerlein K., Hipp J.R, 2006). При этом исследователи также отмечают, что пожилые люди смещают фокус своих социальных связей в сторону личных взаимоотношений. Отношения между супругами начинают играть особо важную роль. Поэтому потеря брачного партнера может стать крупным ударом по психоэмоциональному состоянию человека. Так человек теряет один из главных источников его поддержки, положительных эмоций. Некоторые

пытаются заполнить одиночество от потери вступлением в социальные группы, общением с людьми. Другие, наоборот, уходят в себя и отказываются от всех социальных взаимодействий.

Также причиной сокращения социальных взаимодействий может стать плохое здоровье, которое ограничивает человека и его возможности в поддержании социальных контактов. Например, при болезнях опорно-двигательного аппарата даже передвижения пожилых людей могут быть ограничены, им трудно выходить из жилища и социальные контакты снижаются против их воли.

1.2. Социальный капитал и здоровье пожилых людей

Понятие «социальный капитал» ввел П. Бурдьё в статье «Формы капитала» в 1983 году. Он определял его, как совокупность социальных связей, которые могут приносить выгоду. Дружественные отношения между членами группы становятся основой для развития социального капитала. Укрепляя связи между собой, члены группы увеличивают общий социальный капитал. Это помогает в дальнейшем всем участникам сообщества получать выгоды, благодаря доверительным отношениям, избегая транзакционных издержек. Развил идею социального капитала профессор Гарвардского университета Р. Патнэм. Он выделил новые структурные элементы этого понятия: социальные нормы, социальные связи и доверие (Putnam R. D., Leonardi R., 1994). Он писал, что социальный капитал – это способ описания социальных отношений внутри сообществ и групп людей. Социальный капитал – это все социальные сети, в которые включен человек, социальные нормы которых он разделяет, с членами которого он ощущает единство, солидарность, равенство и доверие. В качестве показателей для измерения он предлагает силу контактов, членство в общественных объединениях, электоральную активность, удовлетворенность взаимоотношениями, соблюдение норм взаимности, чувство безопасности, доверие к соседям и социальным институтам.

Эмпирические доказательства влияния социального капитала на здоровье широко распространены в научной литературе. Но исследователи часто переходят к обобщенным показателям здоровья, а не индивидуальным характеристикам (Veenstra G., 2002), т.е рассматривают как уровень социального капитала в обществе в целом влияет на уровень здоровья населения.

Влияние социального капитала на здоровье индивидов старше 50 было проведено было исследовано в Южноафриканских странах (Ramlagan S., Peltzer K., 2013). В данной работе социальный капитал оценивался по шести компонентам: семейное положение,

социальные действия, коммуникабельность, доверие и солидарность, безопасность и гражданское участие. Для переменной здоровья использовались такие показатели, как самооценка здоровья, депрессивные симптомы, когнитивное функционирование и отсутствие физической активности у пожилых южноафриканцев. Были использованы данные SAGE (Study of the Global Ageing and Adults Health) за 2008 год. Для собственного исследования мне интересно понять, как был устроен процесс измерения показателей.

Социальный капитал, как уже было отмечено выше, оценивался по 6 компонентам.

1. Семейное положение оценивалось по ответам (состою в браке, сожительствую, никогда не был женат/а, разведен/а, вдовец/вдова)

2. Социальная активность измерялась такими вопросами, как «Как часто за последние 12 месяцев вы совместно работали с кем-то, чтобы починить или улучшить что-то?» (Ответ от 1-«ни разу» до 5-«ежедневно»)

3. Коммуникабельность оценивалась по вопросам: «Как часто вы за последние 12 месяцев вы были у кого-то дома или кто-то был дома у вас?» (Ответ от 1-«ни разу» до 5-«ежедневно». После ответы разделили на 1= «больше 1 или 2 раз в месяц» и 0= «меньше, чем раз в месяц»)

4. Доверие и солидарность оценивались по таким вопросам, как «Откровенно говоря, можете ли вы сказать, что можно доверять другим людям?» (Ответ отличные от «Да» и «Нет» оценивались по шкале 1= в очень большой степени до 5 = в очень маленькой степени. После все ответы разделяли на 1= «да» и все, что ближе к «да» и 0= «нет» и все, что ближе к «нет»)

5. Безопасность оценивалась по вопросам «Насколько вы чувствуете себя в безопасности от криминала и жестокости, когда находитесь дома одни?» (ответы оценивались по шкале от 1= очень безопасно до 5 =совсем не безопасно. После все ответы разделяли на 1= «очень безопасно» и все, что ближе к «очень безопасно» и 0= «совсем не безопасно» и все, что ближе к «совсем не безопасно»)

6. Гражданское участие оценивалось по таким вопросам, как «Насколько вы имеете право слова, чтобы просить у государства помощи с решением ваших проблем?»

Субъективная оценка собственного здоровья проводилась с помощью одного вопроса: «Как вы можете оценить свое здоровье?» (по шкале от 1 = хорошо до 5=очень плохо. После ответы разделялись на 1=очень хорошо или хорошо и 0=от удовлетворительно до плохо)

Симптомы депрессии оценивались вопросов «В среднем за последние 30 дней как много проблем у вас возникало из-за ощущения грусти или печали?» (Ответы от 1=нисколько до 5=очень много)

Физическая активность оценивалась с помощью специального опросника General Physical Activity Questionnaire (GPAQ), который учитывает активность на работе, при передвижениях до пункта назначения и активность на отдыхе, а также время за сидением.

Была построена многофакторная логистическая регрессия влияния показателей социального капитала на зависимые переменные.

Полученные результаты сообщают о связи самооценки хорошего здоровья, улучшенных когнитивных способностей с более высоким социальным капиталом. Депрессивные симптомы и недостаточная физическая активность связаны с низким социальным капиталом. Однако исследователи не говорят о наличии причинно-следственных связей, только о наличии взаимосвязей.

1.3. Одиночество и социальная изоляция пожилых людей

К значимым социальным проблемам пожилого населения относят одиночество и социальную изоляцию. Авторы большого количества работ в зарубежной литературе рассматривают их влияние на здоровье населения в возрасте. В данной части работы я проведу обзор работ, посвященных этому вопросу, и раскрою понятия «одиночества» и «социальной изоляции» более детально.

Социальная изоляция характеризуется минимальным количеством социальных связей. Проживание в одиночестве, редкие социальные контакты, отсутствие или маленькое количество близких социальных отношений – все это признаки социальной изоляции человека. «Социальная изоляция» может служить объективным, количественным способом определения социальной сети человека. «Одиночество» является более субъективной характеристикой. Термин «одиночество» в научной литературе обычно понимается, как несоответствие между желаемым и реальным уровнем социальных контактов (Perlman D., Peplau L. A., 1984).

Социальная изоляция и одиночество могут быть тесно связаны, но из одного не обязательно следует другое. Для многих людей социальная изоляция связана с чувством глубокого одиночества, однако другие находят такое состояние нормальным и комфортным. При этом можно иметь широкую социальную сеть контактов, не быть изолированным от общества и ощущать себя одиноким. Одиночество связано с внутренними переживаниями и полностью зависит от психоэмоционального состояния человека.

Социальная изоляция и одиночество пожилых людей распространены по всему миру. Согласно докладу ВОЗ¹, все чаще пожилые люди живут отдельно. В Европе свыше 40% женщин старше 65 лет живут в одиночестве. В традиционных восточных семьях совместное проживание нескольких поколений становится более редким явлением. В Индии только пятая часть семей являются расширенными. Такая тенденция негативно сказывается на стариках. Это повышает риск бедности и сокращает возможность взаимной помощи. Отдельное проживание пожилых людей становится причиной для социальной изоляции и часто приводит к самоубийствам.

В Азиатское – Тихоокеанском регионе все чаще возникают межпоколенческие проблемы. Такие страны как Китай, Сингапур, Япония всегда славилась своим отношением к старшему поколению, почитанием старших. Семейные узы в восточной культуре считались нерушимыми. Однако современной проблемой является ослабевание этих связей. Молодые люди больше не видят причин для почитания стариков. Во многих азиатских странах растет трудовая миграция и количество нуклеарных семей, из-за чего дети все реже остаются в своем доме и теряют эмоциональную связь с родителями, бабушками и дедушками. Такая ситуация приводит к социальной изоляции пожилого населения, бедности и даже росту жесткости по отношению к старикам. Некоторые государства были вынуждены на государственном уровне закреплять обязанность детей посещать своих родителей и оказывать им поддержку. Почитание родителей принимает новые формы, с которыми смирились и родители, и дети. Многие дети ограничиваются денежными переводами своим пожилым родителям. В Китае родители гордятся, если дети оплатили им дом престарелых. Многие родители не хотят становиться обузой для детей и предпочитают жить отдельно, не ожидая никакой помощи.

Пожилые люди очень ценят возможность поддерживать отношения со своей семьей, отношения с друзьями, коллегами, соседями, брачными партнерами. Социальные связи пожилых людей являются необходимым компонентом здорового старения. Сильные социальные связи могут увеличивать продолжительность жизни. При этом иногда социальные связи могут становиться бременем для стариков. Например, иногда вынужденный уход за больным супругом может негативно сказываться на психоэмоциональном состоянии. Воспитание внуков кроме радости общения влечет дополнительные эмоциональные, физические и финансовые издержки

По различным оценкам около 40% пожилых людей чувствуют себя одинокими. Одиночество, социальная изоляция, проблемы со здоровьем часто сопровождают друг

¹ World Report on Ageing and Health. — Geneva: WHO, 2015. — 246 p

друга, но установить причинно-следственные связи сложно. Однако совершенно точно можно утверждать, что вместе они усиливают риск развития функциональных ограничений, инвалидности и смерти. Пожилые люди в социальной изоляции имеют повышенный риск смерти по сравнению с социально-активными ровесниками. (Stephoe A, 2013)

В исследованиях выявляется связь между социальной изоляцией и разными болезнями: хронической сердечной недостаточностью (Friedmann, Erika, 2006), ишемической болезнью сердца (Brummett, Beverly H., 2001) и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями. Также выявляют взаимосвязь между одиночеством и болезнями сердца (Kamiya, Yumiko, 2010).

Одиночество связано с ментальными заболеваниями, в первую очередь, с депрессией. Исследования показали, что одиночество выступает фактором риска при развитии этой болезни (Theeke, Laurie A., 2012; Cascioppo, 2010). Также в отдельных работах делается вывод о том, что одинокие пожилые люди находятся в группе риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и диабета (Foti S. A., 2020).

Авторы отдельных работ доказывают, что именно одиночество, а не социальная изоляция оказывает негативное влияние на здоровье. (Tilvis, R. S., 2012). Т.е. на плохое здоровье оказывает большее влияние именно субъективное мнение человека о том, что он одинок, а не объективное количество связей. В исследованиях ученых на основе данных по Великобритании были получены абсолютно противоположные результаты (Stephoe, Andrew, 2013).

Гипотеза о значимости именно качества социальных связей, а не их количества также подтверждается в статье группы ученых, опубликованной в 2016 году. (Holtfreter K., Reisig M. D., Turanovic J. J., 2016). Авторы исследовали влияние различных типов социальных связей (брачных и родительских) на здоровье и их связь с чувством одиночества. Они показали, что люди, сообщающие о плохом здоровье, реже испытывали одиночество, если у них были близкие отношения с супругом. Привязанность к детям и просто наличие семейных связей как таковых не оказывает подобного эффекта. Полученные результаты подтверждают тезис о том, что благотворное влияние на здоровье оказывают именно качественные социальные связи, а не любые социальные взаимодействия.

В последнее время появляются исследования, в которых исследуется, связь со здоровьем хронического одиночества и транзитного (временного). (Martín-María N. et al., 2020). Авторы данной статьи использовали данные опросов двух волн и следили, как меняется состояние одиночества респондентов. Если у респондентов отмечалось

одиночество только в одном из двух периодов, то их одиночество считалось транзиторным, а если в обоих, то хроническим. Было установлена отрицательно значимая связь со здоровьем для обоих типов одиночества. При этом люди с хроническим одиночеством имели более плохое здоровье. Исследование проводилось на основе данных по всем возрастным группам. Интересно было бы проверить наличие такого эффекта для пожилых людей.

В другой работе по исследованию влияния социальной изоляции и одиночества на показатели здоровья Койл и Дуган (Coyle, Dugan, 2012) приходят к выводу, что одиночество связано с большей вероятностью возникновения ментальной болезни, а социальная изоляция - плохого физического здоровья. Авторы проводили исследования на основе данных глубинных интервью выборки населения в США в размере 11825 человек. В качестве зависимых переменных использовались самооценка физического и ментального здоровья респондентов. Самооценка здоровья может выступать надежным измерителем объективных показателей здоровья (Idler E. L., Benyamini, 1997). Для определения ментального здоровья использовался вопрос: «Говорил ли вам когда-нибудь ваш доктор о наличии эмоциональных или психиатрических проблем?». Такой вопрос является глобальным индикатором ментального здоровья. По уровню физического здоровья респондентов разделяли на две группы: которые утверждают, что у них хорошее здоровье и плохое.

Социальная изоляция измерялась по 10-ти бальной шкале. Учитывалось количество детей, родственников и друзей, а также частота взаимодействия с ними (3 и более раз в неделю, 1 или 2 раза в неделю, 1 или 2 раза в месяц, 1 или 2 раза в год, реже 1 раза в год, никогда). Чтобы учесть социальную активность были добавлена частота посещения церкви, участие в мероприятиях, проводимых организациями, в которых состоит индивид, а также участие в волонтерской деятельности. Все эти социальные связи позволяли получить средний уровень социального участия.

Для оценки переменной одиночества использовалась 3-бальная шкала (Hughes M.E., 2004). Учитывались ответы респондентов на вопросы: «Как часто вы ощущаете недостаток общения?», «Как часто вы чувствуете себя покинутым?», «Как часто вы чувствуете себя изолированным от других?». Ответы на вопросы были: «часто» (3 балла), «иногда» (2 балла), «почти никогда или никогда» (1 балл). Конечная переменная являлась суммой баллов по этим ответам и для каждого респондента принимала значение от 3 до 9. Большой балл соответствовал большей степени одиночества.

Возраст и индекс массы тела использовался в качестве контрольной переменной. Гендер, брачный статус, раса являлись фиктивными переменными в модели. Эти

переменные необходимо учитывать в модели, так как каждая из них может оказывать влияние на здоровье. При наличии брачного партнера отмечается меньшая вероятность ведения нездорового образа жизни и более высокая вероятность обращения за медицинской помощью. (Uchino V. N., 2006). Женщины хоть и имеют более высокую продолжительность жизни, чаще подвержены хроническим заболеваниям и инвалидности. (Orfila F. 2006). Также в качестве фиктивных переменных в модель включали курение, употребление алкоголя и посещение работы.

Исследователи выявили что вероятность оценить свое здоровье, как «плохое» выше на 39% выше для людей, которые имеют больше баллов по шкале социальной изоляции. Люди, которых по методике, относили к одиноким на 17% вероятнее имели проблемы с ментальным здоровьем. Эти выводы подтверждают теоретические представления о связи одиночества и ментального здоровья.

В более свежих статьях также поднимается эта проблема. Исследователи К.Смит и К.Виктор (Smith K. J., Victor C, 2019) изучают связь между одиноким проживанием, одиночеством и социальной изоляцией, а также то, как они связаны со здоровьем пожилых людей. Для оценки одиночества они используют распространённую шкалу UCLA Loneliness Scale, состоящую из трех вопросов («Как часто вы ощущаете недостаток общения?», «Как часто вы чувствуете себя покинутым?», «Как часто вы чувствуете себя изолированным от других?»). Для подсчета индекса социальной изоляции учитывают 5 характеристик: живет человек в домохозяйстве один или вместе с другими людьми; участвует ли в социальных активностях, включая спортивные клубы, политические партии и волонтерскую деятельность; как часто он взаимодействует с семьей; как часто общается с родственниками; как часто общается с друзьями. Интересно, что авторы статьи при работе с данными разделили всех респондентов на 6 групп, которые различались по степени одиночества и социальной изоляции, и проводили дальнейший анализ для таких групп. Они охарактеризовали группы так: группа 1 – без признаков одиночества или изоляции, группа 2 – умеренное одиночество, группа 3 - проживающие в одиночестве, группа 4 – умеренная изоляция, группа 5 – умеренное одиночество и проживают одни, группа 6 – высокий уровень одиночества, умеренная изоляция, высокая вероятность проживания в одиночестве. Для учета здоровья использовалась самооценка здоровья (Self-rated health), количество хронических заболеваний, симптомы депрессии согласно шкале CES-D 8 и наличие проблем с выполнением ежедневных активностей (встать с кровати, одеться, поесть и др.). Также учитывались социально-демографические характеристики индивидов (возраст, доход, пол и другие).

Авторы получили следующие результаты. Группа 1, которая не испытывала одиночества и не находилась в социальной изоляции, оказалась группой с более молодыми, обеспеченными, образованными, женатыми индивидами. Эта группа обладала самым хорошим здоровьем. Это наблюдение подтверждает идею о связи социальных связей со здоровьем в пожилом возрасте. Может быть два объяснения этого факта. Большое количество социальных контактов, действительно, может помогать группе поддерживать хороший уровень здоровья. Либо же связь обратная, и группа не одинока, потому что не имеет проблем со здоровьем и может активно участвовать в социальной жизни.

Также авторы сравнили результаты для группы 3 (проживающие в одиночестве) и группы 5 (проживающие в одиночестве и при этом отмечающие признаки одиночества). Главное, что и те, и другие жили одни, но одни считали себя одинокими, а другие нет. Средний возраст для обеих групп был выше, чем для остальных групп и количество вдовцов в них было больше. При этом для группы 5 (с признаками одиночества) отмечается большая вероятность возникновения депрессии и плохого здоровья, по сравнению с группой 3. Таким образом, именно одиночество респондентов может быть решающим фактором, влияющим на здоровье. Однако исследователи замечают, что этот факт требует дополнительного изучения.

Также авторы исследования пишут, что группа 3, т.е. группа, которая живет в одиночестве, но при этом не показывает признаков социальной изоляции и одиночества, является интересным объектом для исследования. Открытым остается вопрос, почему при одиноком проживании, вдовстве в преклонном возрасте, эти индивиды не считают себя одинокими, не показывают признаков социальной изоляции и имеют более хорошее здоровье.

Группа 6, обладающая наиболее тяжелой формой одиночества и социальной изоляции, а также с большим количеством одиноко проживающих, имела большую вероятность наличия как физических, так и ментальных заболеваний. Также авторы показали, что любая группа, с признаками социальной изоляции и одиночества, с большей вероятностью сообщает о плохом здоровье, по сравнению с «неодинокой» группой. Таким образом, взаимосвязь между социальными связями и здоровьем, действительно, наблюдается.

Глава 2. Пожилое население в России

2.1. Демографические показатели старения населения

В России наблюдается рост численности населения старшего возраста. По данным Росстата, с 2002 года доля населения возраста выше трудоспособного (мужчины старше 60 лет и женщины старше 55 лет) выросла на 5 процентных пунктов (с 21% до 26%) (рис1).

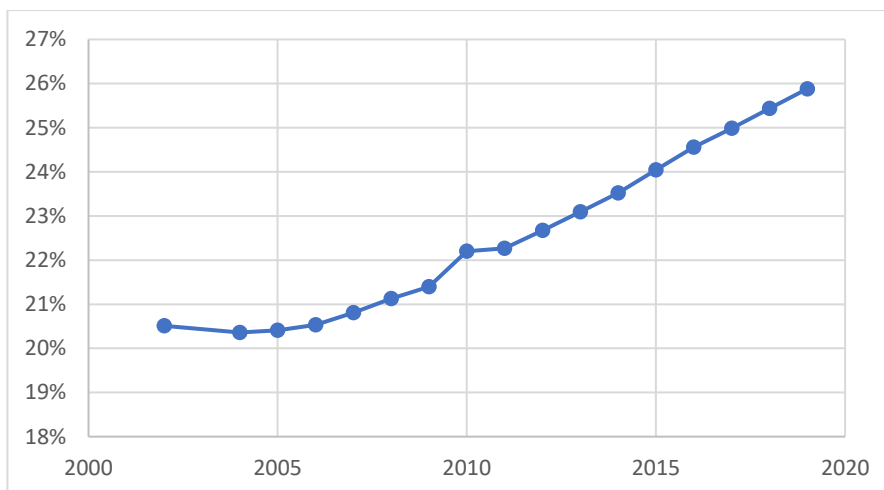


Рисунок 1. Доля населения возраста выше трудоспособного (55+ женщины, 60+ мужчины) в общей численности населения России. Источник данных: Росстат - www.gks.ru - дата обращения: 09.04.2020.

По данным на 1 января 2019 года в России числилось 37,989 млн. человек возраста выше трудоспособного.

Росстат предлагает три варианта прогноза изменения численности трудоспособного возраста (рис. 2). На графике заметно снижение доли к 2028, так как с каждым годом Росстат сдвигает определение трудоспособного возраста для мужчин и женщин на 1 год, в соответствии с пенсионной реформой 2019 года. С 2028 года после установления новых границ трудоспособного возраста – 65 лет для мужчин и 60 лет для женщин – наблюдается постоянный рост для всех вариантов прогноза.

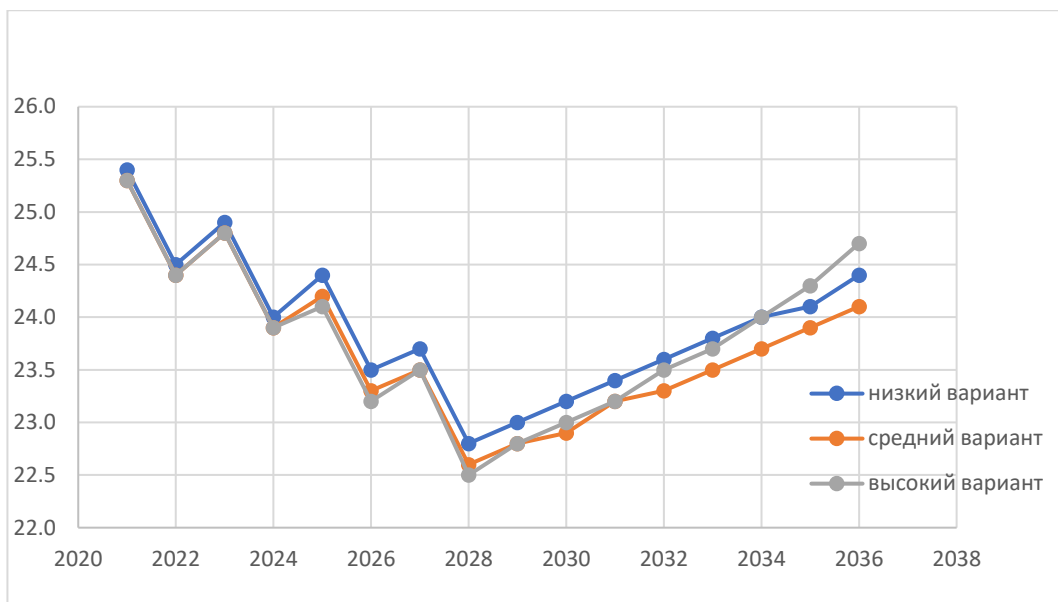


Рисунок 2. Прогноз доли численности населения возраста старше трудоспособного (на 1 января 2020 женщины 55+, мужчины 60+. С каждым годом сдвигание трудоспособного возраста 2028. С 1 января 2028 для женщин – 60+, для мужчин – 65+) в общей доли населения. Источник данных: Росстат - www.gks.ru - дата обращения: 09.04.2020.

Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни также растет (рис.3). В 2018 году для женщин, достигших 55 лет, она составила 26,3 года; для мужчин, достигших 60 лет, она составила 16,6 лет.

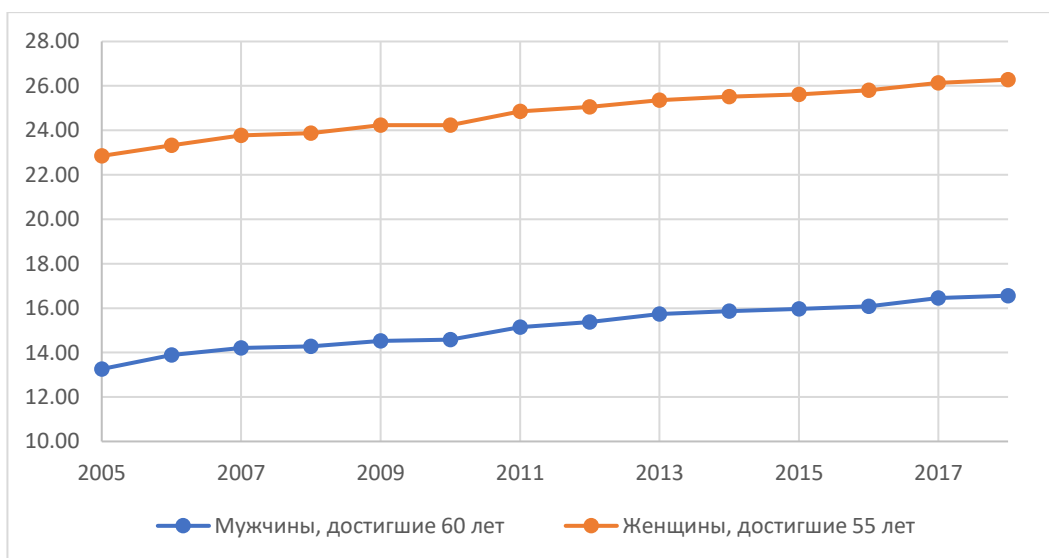


Рисунок 3. Динамика ожидаемой продолжительности предстоящей жизни для мужчин и женщин старше трудоспособного возраста. Источник данных: Росстат - www.gks.ru - дата обращения: 17.04.2020.

Старение населения наблюдается во всех округах РФ (рис.4). При этом наиболее молодым остается Северо-Кавказский Федеральный округ. Это связано прежде всего с

высокой рождаемостью в регионах Северного Кавказа. Доля населения старшего возраста в 2018 году составляла там 18,9%. Самым молодым регионом является Чеченская республика, где доля населения возраста старше трудоспособного составила только 10,4%. Наибольшая доля пожилого населения проживает в Центральном Федеральном Округе. Самыми старыми регионами являются Тульская область (30,6%), Тамбовская область (30,5%) и Рязанская область (30,3%).

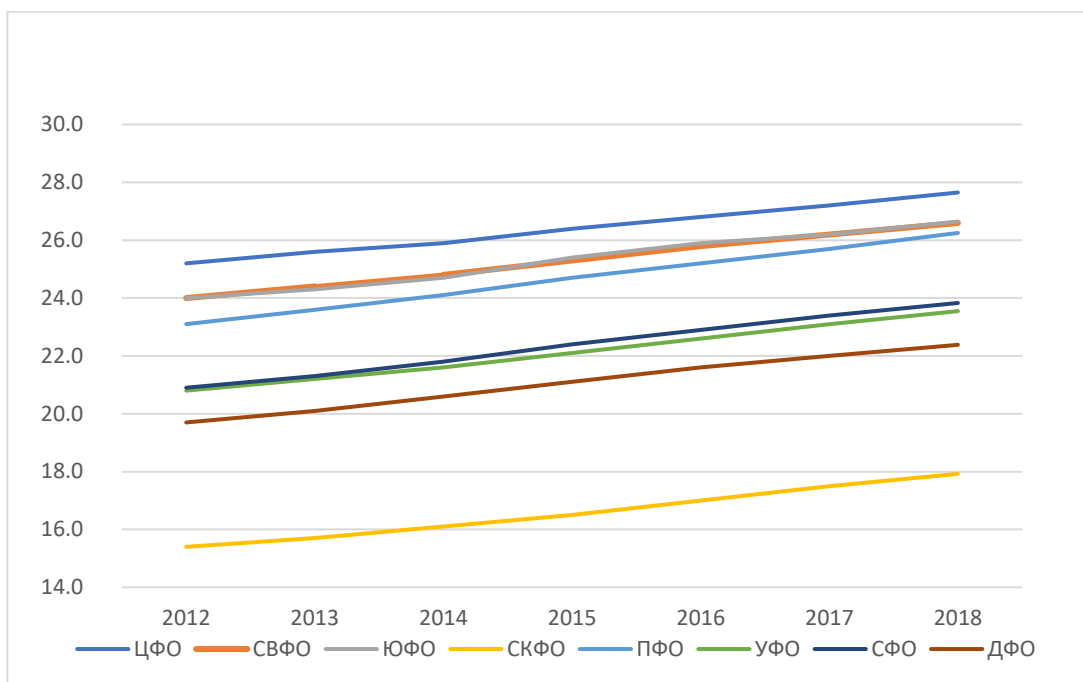


Рисунок 4. Динамика доли населения возраста старше трудоспособного по всем округам РФ (в процентах).

Источник данных: Росстат - www.gks.ru - дата обращения: 17.04.2020.

2.2. Социальная активность пожилого населения и социальная поддержка

Многочисленные исследования показывают важность социальной активности пожилых людей для их здоровья и субъективного благополучия. На основе данных комплексного наблюдения условий жизни населения, проведенного Росстатом, попытаемся понять, уровень социальной активности населения старшего возраста в России.

Старшее поколение в России является далеко не самой активной группой. Только 1,7% населения возраста старше трудоспособного в течение года регулярно ходят в кинотеатр. Еще менее активно данная группа посещает спортивные мероприятия в качестве зрителей (1,4%). Более предпочтительны для людей пожилого возраста театры (3,0%) и концерты (3,2%). При этом в религиозные учреждения и на встречи верующих регулярно ходят 20% населения старшего возраста. Всего 32,4% респондентов посетили хотя бы одно культурно-развлекательное мероприятие за прошедшие 12 месяцев.

Только 5,8% граждан пожилого возраста в 2018 году были способны вести активный образ жизни и заниматься активным отдыхом. Для остальных же это было затруднительно в силу проблем со здоровьем и других возрастных проблем. Из них только 25,4% реально занимались какой-то активной жизнедеятельностью. Из тех, кто все же предпочитал активный отдых, только 1,3% посещали организованные занятия в спортивных школах и 11,4% занимались силовыми тренировками, спортивными танцами, хоккеем, футболом.²

Таким образом, пожилое население России не слишком активно. Большинство, в основном, проводят время дома. Они мало общаются с другими людьми на различных мероприятиях. У многих просто нет таких возможностей из-за ограничений здоровья. Поэтому важнейшим вопросом остается, наличие поддержки и социального окружения дома.

По данным переписи населения 2010 года, 22% населения старше 55 лет проживали в одиночестве. Большая часть (38%) проживали в домохозяйствах из двух человек.



Рисунок 5. Количество человек в домохозяйствах, в которых живут люди 55+ лет. Источник данных: Росстат - www.gks.ru (Перепись населения 2010) - дата обращения: 17.04.2020.

По данным микропереписи населения 2015 года, 31% опрошенных старше 60 лет жили в одиночестве (рис 6.). При этом очень сократилась доля больших домохозяйств, в которых проживают 4-5 человек (с 11% до 6-7%). Таким образом, около трети пожилых людей живут одни. А значит находятся в группе риска возникновения социальной изоляции.

² По данным Федеральной службы государственной статистики (www.gks.ru/folder/13877 дата обращения : 17.04.2020)

Домохозяйства, в которых проживают люди 60+, по количеству человек (2015г.)



Рисунок 6. Количество человек в домохозяйствах, в которых живут люди 60+ Источник данных: Росстат - www.gks.ru (Микроперепись населения 2015) - дата обращения: 17.04.2020.

Микроперепись 2015 года также показала, что 64% людей старше 60+ лет, страдающих от хронических заболеваний, нуждаются в помощи. И, к сожалению, в силу того, что многие остаются одни, не все эту помощь получают. Большинство (58%) получают помощь от родных и знакомых, с которыми вместе проживают. При этом 30% получают помощь от отдельно проживающих знакомых и родственников, а также соседей.



Рисунок 7. Получение помощи лицами с хроническими заболеваниями (60+). Источник данных: Росстат - www.gks.ru (Микроперепись населения 2015) - дата обращения: 17.04.2020.

2.3. Модель влияния одиночества на здоровье

Изученная литература позволила выделить два основных подхода к оценке социальных связей: с точки зрения социального капитала (Ramlagan S., Peltzer K., 2013) и с точки зрения социальной изоляции и одиночества (Coyle, Dugan, 2012). Социальный капитал является очень широким понятием и позволяет оценить проблему с точки зрения самых различных коммуникаций. Данные, которые используются в данной работе не позволяют оценить все социальные взаимодействия, их частоту и качество.

С использованием эконометрического пакета Gretl построим модель влияния одинокого проживания на самооценку здоровья и ментальное здоровье.

По данным опроса РМЭЗ 2018, в котором приняли участие 3995 человек старше 60 лет (как мужчин, так и женщин), 1034 человека проживали в одиночестве. Таким образом, доля живущих в одиночестве пожилых людей составляет 26%, 74% - живут в семье. 1286 респондентов являются мужчинами, среди них 275 живут в одиночестве. Таким образом, в одиночестве живут 21,4% мужчин. Из 2709 респондентов женского пола 768 живут не в семье. Доля семейных женщин – 71,65%, доля одиноких – 28,4%. В общем, из 1034 одиноких людей большая доля – женщины (74%).

Средний возраст одиноких респондентов (71,2 года) выше среднего возраста семейных (70,07 лет). Одной из причин такого различия может быть то, что с возрастом больше людей остаются одни в связи со смертью партнера.

Доля людей, которые оценивали свое здоровье скорее, как хорошее, составила 63%. Ответ о «плохом» и «совсем плохом здоровье» дали 37% респондентов. При этом и среди людей, живущих в одиночестве, и среди семейных людей эта доля также составляет 63%, что может говорить о том, что нет никакой взаимосвязи между этими событиями.

Все респонденты с отсутствием четкого ответа на вопросы опросника и отказами от ответов были исключены из выборки. Всего выборка составила 3652 наблюдения. Из них 962 человека проживали одни.

В данных РМЭЗ нет многих характеристик, которые могут оказывать влияние на здоровье. Мы не имеем возможности вслед за Койлом и Дуганом (Coyle, Dugan, 2012) использовать данные по расширенным социальным связям (участие в волонтерской деятельности, религиозных организациям и др.) и самооценке одиночества.

В данных имеется информация об основных хронических заболеваниях индивидов. Респондентам задавался вопрос: «Есть ли у Вас хронические заболевания сердца/почек/печени и т.д.?», на который они отвечали: «Да» или «Нет». Всего учли 16

различных заболеваний. Также в данных имеется информация о наличии инвалидности у респондентов.

Самыми распространенными проблемами среди людей пожилого возраста оказались повышенное давление (65%), проблемы с сердцем (37%), заболевания суставов (54%), проблемы с позвоночником (33%), заболевания ЖКТ (32%). Какую-либо группу инвалидности имеют 23% респондентов.

Таблица 1. – Количество больных хроническими заболеваниями и имеющих инвалидность пожилых людей по данным опроса РМЭЗ 2018

Проблемы со здоровьем	Количество	Доля больных
хронические заболевания сердца	1357	37%
хронические заболевания легких, бронхов	443	12%
хронические заболевания печени	539	15%
хронические заболевания почек	560	15%
хронические заболевания желудочно-кишечного тракта	1164	32%
хронические заболевания позвоночника	1212	33%
хронические заболевания эндокринной системы, диабет или повышенный сахар крови	755	21%
хроническая гипертоническая болезнь, повышенное артериальное давление	2375	65%
хронические заболевания суставов	1955	54%
хронические заболевания ЛОР-органов	366	10%
хронические неврологические заболевания	576	16%
хронические заболевания глаз	1132	31%
хроническая аллергия	318	9%
варикозное расширение вен	798	22%
хронические заболевания кожного покрова	136	4%
хронические онкологические заболевания	190	5%
инвалидность	843	23%

В эконометрическом пакете Gretl была построена логит-модель, с зависимой переменной Health и регрессорами Marriage, W_age, Income, Sex, Alko, Smoke, One, Mental, Sum_disease, Disable. Модель учитывает основные социо-демографические характеристики, вредные привычки, которые оказывают губительное влияние на здоровье, хронические заболевания и инвалидность.

Используемые переменные:

- Marriage – брачный статус (=1 для лиц состоящих в браке и проживающих вместе, но не зарегистрированных, =0 для вдовых, никогда не состоящих в браке и разведенных) (w_marst в РМЭЗ)
- W_age – возраст (годы) (W_age в РМЭЗ)

- Income – суммарное количество денежных средств, полученных за последние 30 дней (wj60 в РМЭЗ)
- Sex – пол (0=мужской, 1=женский) (wm5 в РМЭЗ)
- Alko – употребление алкоголя (1- употребляет алкоголь, 0- не употребляет алкоголь) (wm80.0 в РМЭЗ)
- Smoke – курение (1-курит, 0- не курит) (wm71 в РМЭЗ)
- One – проживание в одиночестве (1-живет один в семье, 0 – живет не один в семье)
- Health – самооценка здоровья (=1 для ответов «очень хорошее», «хорошее», (среднее, не хорошее, но и не плохое», =0 для ответов «плохое», «совсем плохое») (wm3 в РМЭЗ)
- Mental – ментальное здоровье (=1 при ответе «Да» на вопрос: «В течение последних 12 месяцев у Вас были серьезные нервные расстройства, депрессии?» =0 при «нет») (wm131 в РМЭЗ)
- Sum_disease – количество хронических заболеваний (сколько основных хронических заболеваний отметил у себя индивид. Принимает значение от 0 до 16)
- Disable – группа инвалидности (=1 при ответе «Да» на вопрос: «Назначена ли Вам какая-нибудь группа по инвалидности?» , =0 при ответе «Нет») (wm 20.7 в РМЭЗ)

Модель не показала значимости одинокого проживания при оценке его влияния на здоровье. Значимыми на 1% уровне оказались переменные возраста (W_age), потребления алкоголя (Alko), ментального здоровья (Mental), количества хронических заболеваний (Sum_disease), инвалидности (Disable). На 10% уровне значимой также оказалась переменная дохода (Income).

Согласно модели с каждым годом жизни вероятность хорошего здоровья снижается на 1,2 процентных пунктов. Потребление алкоголя положительно связано с вероятностью хорошего здоровья. При потреблении алкоголя вероятность хорошего здоровья увеличивается на 13,5 процентных пунктов. Это связано скорее, с тем, что люди с плохим здоровьем, которые заботятся о нем, не будут пить алкоголь. Каждое новое хроническое заболевание снижает вероятность хорошего здоровья на 4,3 процентных пункта. Чем больше хронических заболеваний у человека, тем ниже его самооценка здоровья. Наличие группы инвалидности снижает вероятность хорошего здоровья на 25,6 процентных пунктов.

В нашей модели учтено крайне мало важных параметров и пропущены существенные характеристики. При этом модель правильно предсказывает 74,9% исходов.

Значимой взаимосвязи между проживанием в одиночестве и здоровьем выявлено не было. Во-первых, проживание в одиночестве – не лучший показатель для определения социальной изоляции пожилых. Недостаточно информации о реальных социальных взаимодействиях, участии в социальной жизни. Во-вторых, не учтены факторы объективного самоощущения. Можно жить в одиночестве, но при этом не чувствовать нужды в общении и не видеть в этом никакой проблемы. Таким образом, проживание в одиночестве в домохозяйстве не является показателем, влияющим на здоровье. Этой информации недостаточно для определения социальной изолированности.

Глава 3. Эффективность мер по борьбе с социальной изоляцией пожилых людей

Социальная изоляция и одиночество являются сложными социальными феноменами, которые оказывают негативное влияние на жизнь пожилых людей. Для обеспечения здоровой и активной старости необходимо принимать меры, направленные на борьбу с социальной изоляцией пожилых людей. Статистические данные показывают, как много в России одиноких людей старшего возраста. В группе риска возникновения одиночества, в первую очередь, находятся те, кто только вышел на пенсию и внезапно лишился большей части своих социальных связей, или те, кто потеряли своего партнера или других близких людей.

Ряд исследований направлен на изучение эффективности вмешательств и каких-либо действий по борьбе с социальной изоляцией пожилых людей. Была доказана роль различных коллективных сообществ и организаций для пожилых, в которых они могут общаться, встречаться и находить новых друзей (Hemingway, Ann, and Eleanor Jack. (2013)). Трехлетний эксперимент по вовлечению пожилых людей в сообщества по интересу показал позитивное влияние участия в таких встречах на общее благосостояние, физическое и ментальное здоровье.

Объективным ограничением к посещению различных собраний является плохое здоровье многих пожилых. Однако сегодня цифровые коммуникация способны заменить живое общение. Развитие онлайн-общения среди пожилых людей является одним из перспективных вариантов борьбы с одиночеством. Были проведены эксперименты, которые показывали эффективность видеоконференций при борьбе с одиночеством и депрессией. (Tsai, Hsiu-Hsin, 2010). Эксперимент проводился в доме престарелых. Раз в неделю группе проживающих старше 60 лет устраивали видеоконференции с их родственниками. Даже такое минимальное общение с близкими положительно влияло на общее состояние стариков. При переходе сегодня в онлайн такой большой части коммуникаций необходимо позаботиться о пожилых людях, провести с ними социальную работу по знакомству с компьютерными системами. Это открыло бы много возможностей для общения, как друг с другом, так и с членами семьи. Эффективность упрощения доступа к информационным системам и повышение компетенции пожилых людей при использовании компьютера была доказана и в других работах. (Cotten SR, Anderson W, McCullough B., 2012). Цифровизация пожилого населения – один из ключей к решению проблемы их социальной изоляции и обеспечения здорового и активного старения.

В развитых странах распространены различные психотерапевтические группы. Во многих странах Европы, в США и Японии, в целом, ценится забота о своем психологическом здоровье. В Японии были проведены обследования, которые доказали эффективность совместных психотерапевтических групп для пожилых людей (Saito, Tami, Ichiro Kai, and Ayako Takizawa., 2012). На таких сеансах они могли совместно обсуждать свои переживания, получать поддержку не только от квалифицированного специалиста, но и от других участников. Результаты наблюдений показали улучшение общего благосостояния посещавших сеансы и улучшение их ментального здоровья.

Волонтерские программы оказания поддержки пожилым людям по телефону показали свою эффективность в разных странах. В Великобритании в 2007-2008 году проводилась программа «Call in Time»: пожилым людям звонили волонтеры, разговаривали с ними по телефону, интересовались их здоровьем, поддерживали (Cattan, Mima, Nicola Kime, 2011). Такая программа показала положительный эффект на здоровье пожилых людей, их уверенность в себе, чувство безопасности и сопричастности к социальной жизни. Такие меры не являются дорогостоящими и доказывают свою эффективность.

Привязанность не только к людям, но и к домашним животным может оказывать влияние на общее удовлетворение жизнью и снижение чувства одиночества. Исследования показали, что пожилые люди, живущие в одиночестве, но имеющие питомцев чувствуют себя менее одинокими (Krause-Parello, Cheryl A., 2012). Собаки и кошки дома являются для одиноких пожилых людей ближайшими друзьями. Люди старшего поколения ценят возможность заботиться о ком-то, кто будет благодарен им и радовать своим присутствием и верностью. Это позволяет старикам чувствовать себя нужными и снижает вероятность возникновения депрессии.

Таким образом, совершенно различные меры могут быть эффективными при борьбе с социальной изоляцией пожилых. Это одна из задач развитого современного общества - оказывать заботу о пожилых и предоставить им возможности для проживания активной старости. Если пожилые не будут ощущать себя одинокими и отделенными от социума, это будет позитивно влиять на их ментальное и физическое здоровье.

Заключение

Проведя обзор литературы, посвященной влиянию социальных связей пожилых людей на их здоровье, мы выделили основные подходы к рассмотрению социальных связей. Социальные связи могут быть определены в рамках понятия «социального капитала». Такие показатели, как семейное положение, социальные действия, коммуникабельность, доверие и солидарность, безопасность и гражданское участие в совокупности определяют уровень социального участия пожилых людей. Большой уровень социального участия положительно взаимосвязан с уровнем физического и ментального здоровья.

Более распространен подход к социальным связям с точки зрения социальной изоляции и одиночества. Количество детей, родственников и качество контактов с ними, участие в различных мероприятиях и причастность к тематическим организациям – всё это рассматривалось в качестве факторов социальной изоляции. Высокий уровень социальной изоляции связан с низким уровнем здоровья.

Одиночество менее объективный показатель. Каждый индивид сам определяет, насколько он одинок. При этом эмпирические исследования показывают отрицательное влияние чувства одиночества и на физическое, и на ментальное здоровье. Одинокие люди находятся в группе риска развития депрессии и различных хронических заболеваний.

Социальная активность пожилых людей в России находится на низком уровне. Люди старшего поколения редко посещают культурно-развлекательные мероприятия. Большую часть времени они проводят дома. При этом около трети пожилых людей живут в одиночестве. Одинокие пожилые часто страдают от хронических заболеваний и при этом не имеют возможности получить качественную помощь и поддержку от родных и близких. Им приходится обращаться за помощью к соседям, знакомым. Немногие в России пользуются услугами сиделок. Отсутствие социальных контактов и помощи у больных хроническими заболеваниями может быть дополнительным фактором, негативно влияющим на здоровье.

Модель влияния социальных связей пожилых людей на их здоровье, построенная на основе индивидуальных данных РМЭЗ, не показала значимого влияния одинокого проживания на самооценку здоровья. Сам факт отдельного проживания не является достаточным для утверждения социальной изоляции индивида. Важны объективные количественные контакты с другими людьми, а также качество этих контактов.

Бібліографія

1. Atchley R. C. A continuity theory of normal aging //The gerontologist. – 1989. – Т. 29. – №. 2. – С. 183-190.
2. Berkman L. F., Syme S. L. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents //American journal of Epidemiology. – 1979. – Т. 109. – №. 2. – С. 186-204.
3. Beyerlein K., Hipp J. R. From pews to participation: The effect of congregation activity and context on bridging civic engagement //Social Problems. – 2006. – Т. 53. – №. 1. – С. 97-117.
4. Brummett, Beverly H., et al. "Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality." Psychosomatic medicine 63.2 (2001): 267-272.
5. Cacioppo, John T., Louise C. Hawkley, and Ronald A. Thisted. "Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study." Psychology and aging 25.2 (2010): 453.
6. Cattani, Mima, Nicola Kime, and Anne-Marie Bagnall. "The use of telephone befriending in low level support for socially isolated older people—an evaluation." Health & social care in the community 19.2 (2011): 198-206.
7. Coleman J. S. Social capital in the creation of human capital //American journal of sociology. – 1988. – Т. 94. – С. S95-S120.
8. Cotten SR, Anderson W, McCullough B. The impact of ICT use on loneliness and contact with others among older adults. Gerontechnology (Valkenswaard). 2012;11(2):161.
9. Coyle, Caitlin E., and Elizabeth Dugan. "Social isolation, loneliness and health among older adults." Journal of aging and health 24.8 (2012): 1346-1363.
10. Cumming E., Henry W. E. Growing old, the process of disengagement. – Basic books, 1961.
11. Foti S. A. et al. Loneliness, cardiovascular disease, and diabetes prevalence in the hispanic community health study/study of latinos sociocultural ancillary study //Journal of Immigrant and Minority Health. – 2020. – Т. 22. – №. 2. – С. 345-352.
12. Friedmann, Erika, et al. "Relationship of depression, anxiety, and social isolation to chronic heart failure outpatient mortality." American heart journal 152.5 (2006): 940-e1.
13. Havighurst R. J. Successful aging //Processes of aging: Social and psychological perspectives. – 1963. – Т. 1. – С. 299-320.

14. Hemingway, Ann, and Eleanor Jack. "Reducing social isolation and promoting well being in older people." *Quality in ageing and older adults* (2013).
15. Holtfreter K., Reisig M. D., Turanovic J. J. Self-rated poor health and loneliness in late adulthood: Testing the moderating role of familial ties // *Advances in Life Course Research*. – 2016. – T. 27. – C. 61-68
16. Hughes M. E. et al. A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies // *Research on aging*. – 2004. – T. 26. – №. 6. – C. 655-672.
17. Hurlbert J. S., Haines V. A., Beggs J. J. Core networks and tie activation: What kinds of routine networks allocate resources in nonroutine situations? // *American Sociological Review*. – 2000. – C. 598-618.
18. Kamiya, Yumiko, et al. "The differential impact of subjective and objective aspects of social engagement on cardiovascular risk factors." *BMC geriatrics* 10.1 (2010): 81.
19. Krause-Parello, Cheryl A. "Pet ownership and older women: The relationships among loneliness, pet attachment support, human social support, and depressed mood." *Geriatric Nursing* 33.3 (2012): 194-203.
20. Martín-María N. et al. Differential impact of transient and chronic loneliness on health status. A longitudinal study // *Psychology & Health*. – 2020. – T. 35. – №. 2. – C. 177-195.
21. Orfila F. et al. Gender differences in health-related quality of life among the elderly: the role of objective functional capacity and chronic conditions // *Social science & medicine*. – 2006. – T. 63. – №. 9. – C. 2367-2380.
22. Putnam R. D., Leonardi R., Nanetti R. Y. *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*. – Princeton university press, 1994.
23. Ramlagan S., Peltzer K., Phaswana-Mafuya N. Social capital and health among older adults in South Africa // *BMC geriatrics*. – 2013. – T. 13. – №. 1. – C. 100.
24. Rowe J. W. and RL Kahn, *Successful Aging*. – 1998.
25. Saito, Tami, Ichiro Kai, and Ayako Takizawa. "Effects of a program to prevent social isolation on loneliness, depression, and subjective well-being of older adults: a randomized trial among older migrants in Japan." *Archives of gerontology and geriatrics* 55.3 (2012): 539-547.
26. Smith K. J., Victor C. Typologies of loneliness, living alone and social isolation, and their associations with physical and mental health // *Ageing & Society*. – 2019. – T. 39. – №. 8. – C. 1709-1730.
27. Steptoe A. et al. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women // *Proceedings of the National Academy of Sciences*. – 2013. – T. 110. – №. 15. – C. 5797-5801.

28. Theeke, Laurie A., et al. "Loneliness, depression, social support, and quality of life in older chronically ill Appalachians." *The Journal of psychology* 146.1-2 (2012): 155-171.
29. Tilvis, R. S., et al. "Social isolation, social activity and loneliness as survival indicators in old age; a nationwide survey with a 7-year follow-up." *European Geriatric Medicine* 3.1 (2012): 18-22.
30. Tsai, Hsiu-Hsin, et al. "Videoconference program enhances social support, loneliness, and depressive status of elderly nursing home residents." *Aging and Mental Health* 14.8 (2010): 947-954.
31. Uchino B. N. Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes // *Journal of behavioral medicine*. – 2006. – Т. 29. – №. 4. – С. 377-387.
32. Veenstra G. Social capital and health (plus wealth, income inequality and regional health governance) // *Social science & medicine*. – 2002. – Т. 54. – №. 6. – С. 849-868.
33. Бурдые П. Формы капитала // *Западная экономическая социология: Хрестоматия современной классики* // М.: РОССПЭН. – 2004. – С. 519-536.
34. Щербакова Е.М. Старшие поколения населения России // *Демоскоп Weekly*. 2019. № 797-798. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2019/0797/barom01.php>
35. <https://www.who.int/ru/>
36. <https://www.gks.ru/>

Приложения

Модель : Логит, использованы наблюдения 1-3652

Зависимая переменная: health

Стандартные ошибки - QML

	<i>Коэффициент</i>	<i>Ст. ошибка</i>	<i>z</i>	<i>P-значение</i>	
	<i>m</i>				
const	5,41873	0,454848	11,91	<0,0001	***
one	0,117917	0,0930160	1,268	0,2049	
w_age	-0,0589500	0,00559353	-10,54	<0,0001	***
income	1,16530e-05	7,08307e-06	1,645	0,0999	*
mental	-0,992472	0,119116	-8,332	<0,0001	***
smoke	-0,128182	0,136851	-0,9367	0,3489	
alko	0,644514	0,0853707	7,550	<0,0001	***
sex	0,171833	0,108964	1,577	0,1148	
sum_disease	-0,202632	0,0169798	-11,93	<0,0001	***
disable	-1,11781	0,0961312	-11,63	<0,0001	***
marrige	0,0726121	0,0966448	0,7513	0,4525	
Среднее зав. перемен	0,659639	Ст. откл. зав. перемен	0,473896		
R-квадрат Макфаддена	0,208135	Испр. R-квадрат	0,203438		
Лог. правдоподобие	-1854,498	Крит. Акаике	3730,996		
Крит. Шварца	3799,229	Крит. Хеннана-Куинна	3755,295		

Количество 'корректно предсказанных' случаев = 2736 (74,9%)

f(beta'x) для среднего значения независимых переменных = 0,474

Критерий отношения правдоподобия: Хи-квадрат(10) = 974,876 [0,0000]