

**ПРОБЛЕМЫ И ПРОТИВОРЕЧИЯ ТРАНСФОРМАЦИИ ПРАКТИК  
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ПОЖИЛЫХ РОССИЯН**

**С.В. Цветов<sup>1</sup>**   
e-mail: tsvetov\_86@mail.ru  
eLibrary SPIN: 7030-7407, AuthorID: 969596  
ORCID 0000-0002-8054-6913

<sup>1</sup>Белгородский юридический институт имени И.Д. Путилина,  
адрес: 308024, Россия, г. Белгород, ул. Горького, 71

Поступила в  
редакцию  
17.08.2024

Поступила  
после рецензирования  
26.10.2024

Принята  
к публикации  
05.12.2024

**Аннотация.**

Цель исследования – выявить проблемы и противоречия позитивной трансформации практик здорового образа жизни у пожилых россиян для совершенствования целенаправленной работы по продлению профессиональной и общественной активности граждан старшего возраста.

Методы исследования. Теоретической основой стали исследования социальных практик, рассматривающих интеграцию моделей поведения в области здорового образа жизни. Эмпирическое исследование проводилось в 2024 г. в Белгородской области методом анкетного опроса пожилых людей (N = 697). Выборка квотная, многоступенчатая, формировалась по месту жительства, возрасту, полу, совместно или одиночному проживанию.

Научная проблема состоит в целесообразности совершенствования целенаправленной работы по продлению профессиональной и общественной активности граждан старшего возраста, но отсутствии научного обоснования специфических проблем и противоречий позитивной трансформации практик здорового образа жизни у пожилых россиян.

В результате исследования построена двухуровневая система проблем, имеющих в ЗОЖ у представителей старшего поколения: 1) социальный уровень; 2) индивидуально-групповой уровень. Обнаружены противоречия: 1) многие имеющиеся у пожилых людей проблемы, с одной стороны, являются следствием отсутствия ЗОЖ, а с другой – его несформированность оказывается причиной объективного ухудшения состояния здоровья и субъективного самочувствия граждан; 2) сложившиеся социокультурные нормы вступают в серьезное несоответствие с интересами современных пожилых россиян.

**Ключевые слова:** здоровый образ жизни, трансформация здорового образа жизни, практики здорового образа жизни, пожилые люди

**Информация о финансировании:** данное исследование выполнено без внешнего финансирования.

**Для цит.:** Цветов С.В. Проблемы и противоречия трансформации практик здорового образа жизни у пожилых россиян // Среднерусский вестник общественных наук. – 2024. – Том 19. – №6. – С. 94-110. – DOI: 10.22394/2071-2367-2024-19-6-94-110. – EDN: PVJQOU.

© Цветов С.В., 2024г.

Original article

**PROBLEMS AND CONTRADICTIONS OF TRANSFORMATION PRACTICE  
OF HEALTHY LIFESTYLE IN ELDERLY RUSSIANS**

S. V. Tsvetov<sup>1</sup> 

e-mail: tsvetov\_86@mail.ru,

eLibrary SPIN: 7030-7407, AuthorID: 969596,

ORCID 0000-0002-8054-6913

<sup>1</sup>Belgorod Law Institute of the Ministry of Internal Affairs of Russia named after I.D. Putilin;  
Russian Federation, Belgorod

Received  
17.08.2024

Revised  
26.10.2024

Accepted  
05.12.2024

**Abstract.** The purpose of the study is to identify the problems and contradictions of the positive transformation of healthy lifestyle practices among elderly Russians in order to improve targeted work to extend the professional and social activity of older citizens.

**Research methods.** The theoretical basis was the study of social practices that consider the integration of behavior models in the field of healthy lifestyle. The empirical study was conducted in 2024 in the Belgorod region using a questionnaire survey of older people (N = 697).

The sample was a multi-stage quota sample, formed according to the place of residence, age, gender, cohabitation or single residence.

The scientific problem is the feasibility of improving targeted work to extend the professional and social activity of older citizens of the study, but the lack of scientific substantiation of specific problems and contradictions of the positive transformation of healthy lifestyle practices among older Russians.

As a result of the study, a two-level system of problems existing in a healthy lifestyle among representatives of the older generation was built: 1) social level; 2) individual-group level. Contradictions were found: 1) many problems that elderly people have, on the one hand, are a consequence of the lack of a healthy lifestyle, and on the other hand, its lack of formation is the cause of an objective deterioration in the health and subjective well-being of citizens; 2) established socio-cultural norms are in serious conflict with the interests of modern elderly Russians.

**Keywords:** healthy lifestyle, transformation of healthy lifestyle, healthy lifestyle practices, elderly people.

**Funding information:** the study was done by the authors with-out external funding.



**For citations:** Tsvetov, S.V. (2024) Problems and contradictions of transformation of practices healthy lifestyle among elderly Russians. *Central Russian Journal of Social Sciences*. Volume 19, no. 6, P.94-110. DOI: 10.22394/2071-2367-2024-19-6-94-110. – EDN: PVJQOU.

## ВВЕДЕНИЕ

Процесс постепенного старения населения является одной из основных глобальных тенденций. По сравнению с другими социально-демографическими группами доля пожилых людей среди населения всего мира постоянно увеличивается<sup>1</sup>. Для России также характерна данная тенденция, поэтому перед государством стоит сложная практическая задача. Речь идет не только о фактическом увеличении продолжительности жизни людей, но и о ее качестве, о здоровом старении и об активном долголетии. Потребность государства и общества в распространении практик здорового образа жизни среди пожилых граждан обозначена в национальных проектах «Демография»<sup>2</sup> и «Здравоохранение»<sup>3</sup>, которые в 2024 г. передают эстафету новым документам, вступающим в действие с 2025 г.

Старение населения в современных условиях носит неоднородный, гетерогенный характер (Vermeiren, 2016), поэтому единый подход к формированию здорового образа жизни становится нецелесообразным. Общественная потребность состоит в пролонгировании здорового старения на основе интеграции разноуровневых воздействий на граждан старших возрастов, отличающихся по объективному состоянию здоровья, субъективному самочувствию, мотивам и другим персональным характеристикам. В связи с этим необходим комплекс мер, направленных на результативную трансформацию практик здорового образа жизни у пожилых людей.

Становятся очевидными недостатки в социальной политике, функционировании социальных институтов, работе системы здравоохранения (Bull, 2011), оказывающие негативное влияние на здоровое и активное старение граждан. Тема позитивной трансформации практик здорового образа жизни у пожилых людей приобретает всё большую актуальность. Однако исследователи предлагают учитывать, что способы формирования здорового образа жизни и пути его поддержания следует подбирать в соответствии с возрастом, половой принадлежностью, а особенно с индивидуальными характеристиками человека (Lindle, 1997).

Научная проблема состоит в целесообразности совершенствова-

<sup>1</sup> Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: World Health Organization (WHO), 2017. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513500> (access date: 06.08.2024).

<sup>2</sup> Демография: паспорт национального проекта (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16). – URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 06.09.2024).

<sup>3</sup> Здравоохранение: паспорт национального проекта (утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16). – URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 06.09.2024).

ния целенаправленной работы по продлению профессиональной и общественной активности граждан старшего возраста, но в отсутствие научного обоснования специфических проблем и противоречий позитивной трансформации практик здорового образа жизни у пожилых россиян.

Объект исследования – здоровый образ жизни людей старшего возраста. Сконцентрируем исследовательский интерес на специфических проблемах и противоречиях, сопровождающих позитивную трансформацию практик здорового образа жизни у пожилых россиян.

Цель исследования – выявить проблемы и противоречия позитивной трансформации практик здорового образа жизни у пожилых россиян для совершенствования целенаправленной работы по продлению профессиональной и общественной активности граждан старшего возраста.

#### **ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА РАБОТЫ**

В основу данного исследования положена социологическая теория социальных практик П. Бурдье. В рамках данной теории практикой является «всё то, что социальный агент делает сам и с чем он встречается в социальном мире» (Бурдье, 1990, С. 67). Кроме того, в исследовании использована теория социальных практик, согласно которой (по У. Э. Гидденсу) практика рассматривается как «основа формирования и субъекта, и социального объекта» (Гидденс, 2005, С. 15).

Методологическую основу представили работы авторов И. Ким, К. Су и И. Чхве, изучающих современные теории старения, которые вскрывают социальные проявления стигматизации и дискриминации людей по возрасту (Choi, 2009) в разных обществах.

Отметим, что теоретико-методологическую основу исследования представляет идея интеграции моделей поведения в области здорового образа жизни (Э. Лоуренс, С. Моллборн и Дж. Сент-Онж), «объединяющих структурный и деятельностный подходы к изучению данного феномена, и «события индивидуальной жизни человека, сочетающиеся с социально-демографическими процессами (на уровне группы)» (Mollborn, 2021, С. 388). В данной работе использована социально-экологическая модель формирования здорового образа жизни (Д. Бибо, К. Гланц, К. Маклерой и К. Стеклер), согласно которой воздействие социума на пожилых граждан происходит на нескольких уровнях: индивидуальном, межличностном, организационном, общественном, социально-политическом (McLeroy, 1988).

В данной исследовательской работе использованы идеи неoinституционализма (Дж. Мейер, Б. Роуэн и П. ДиМаджио, В. Пауэлл) (Meyer, 1977; DiMaggio, 1991), поскольку такой неoinституциональный научный подход позволяет определять наличие и соотношение формального и неформального в формировании поведенческих практик. А обострение ситуации может привести к развитию социальной напряженности (Алексеев, 2021).

Эмпирическое исследование проводилось в 2024 г. в Белгородской области методом анкетного опроса пожилых людей (N = 697). Выборка квотная, многоступенчатая, формировалась по месту жительства, возрасту, полу, совместному или одиночному проживанию. Ошибка выборки – 2,2 %; доверительная вероятность – 0,96.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Обратимся к общему обзору результатов эмпирического исследования и анализу ответов респондентов на конкретные вопросы, сформулированные в соответствии с измеряемыми параметрами. В итоге осуществления интерпретации первичных данных в целом можно говорить о выделении двух уровней проблем, имеющих в ЗОЖ представителей старшего поколения.

Как демонстрируют результаты исследования, образ жизни респондентов нельзя назвать в полной мере здоровым. В универсальном понимании здоровьенесберегающее поведение не только оказывается причиной возникновения и осложнения заболеваний, наступления инвалидности, преждевременной смерти пожилых людей, но и усугубляет жизненную ситуацию в целом.

Так, мы можем говорить о двух уровнях проблем: первом (социальном) и втором (индивидуально-групповом). К первому уровню проблем отнесем следующие группы: 1) социально-экономические проблемы, связанные с нагрузкой на бюджет и сокращением налоговых поступлений в него и в фонды страхования; 2) социозащитные проблемы, включающие повышенную обращаемость в организации системы социальной защиты населения и развитие иждивенчества в семьях; 3) проблемы общественного здоровья, заключающиеся в изменении демографических показателей по заболеваемости, инвалидизации, смертности, нагрузки на стационарные и поликлинические учреждения здравоохранения. В целом первый уровень проблем включает непосредственно проблемы всего общества.

Второй (индивидуально-групповой) уровень проблем, обусловленных нездоровым образом жизни пожилых граждан, включает

трудные жизненные ситуации конкретных пожилых людей и их семей. Второй уровень проблем (трудных жизненных ситуаций) составляют следующие их группы: 1) материальные и финансовые проблемы, включающие снижение доходов, сокращение потребления товаров и услуг, ухудшение качества жизни; 2) проблемы социального обслуживания и самообслуживания пожилых граждан, в том числе повышение потребности в оказании помощи, развитие иждивенчества в отношении государства и семьи; 3) проблемы физического, социального и психического здоровья, а также субъективного плохого самочувствия (обострение имеющихся заболеваний, снижение иммунитета, получение инвалидности, повышение потребности в медицинских услугах, усугубление неправильного питания, сохранение вредных привычек, возрастание угрозы преждевременной смерти); 4) проблемы социальной эксклюзии (социального исключения) пожилых людей, связанные с ослаблением профессиональных, родственных, дружеских связей, одиночеством.

Интерпретируя результаты, мы предполагаем наличие противоречия: многие имеющиеся у пожилых людей проблемы, с одной стороны, являются следствием отсутствия ЗОЖ, а с другой – его несформированность оказывается причиной объективного ухудшения состояния здоровья и субъективного самочувствия таких граждан. И этот процесс можно назвать циклическим, замкнутым.

Кроме того, само субъективное эмоциональное отношение пожилых респондентов к людям, которые ведут ЗОЖ, достаточно неоднозначное и противоречивое. Так, 57,7 % респондентов положительно оценивают данные практики, а 42,3 % суммарно (29,4 % + 12,9 %) не придерживаются позитивного взгляда на них. На вопрос о том, какие изменения произошли бы в жизни пожилых граждан в случае успешного формирования и поддержания ЗОЖ, были получены следующие ответы (в порядке убывания): надеются, что состояние здоровья стало бы лучше – 56,5 %; полагают, что окружающие стали бы над ними подшучивать – 37,7 %; считают, что стало бы лучше самочувствие – 33,2 %; думают, что появились бы новые знакомые – 32,1 %; предполагают, что им было бы чем занять свое время – 24,2 %. Таким образом, и здесь мы обнаруживаем некоторое противоречие, а именно, с одной стороны, многие имеющиеся у пожилых людей проблемы являются следствием отсутствия ЗОЖ, а с другой – его несформированность оказывается причиной объективного ухудшения состояния здоровья и субъективного самочувствия этих граждан. И такой процесс можно назвать циклическим,



замкнутым.

Пожилые люди дают неоднозначную оценку своим доходам. Им хватает средств, чтобы оплатить (варианты размещены в порядке убывания): проживание в благоустроенном и удобном жилье (76,4 %); качественные продукты питания (67,7 %); инвентарь для ведения ЗОЖ (27,5 %); платные медицинские услуги согласно диагнозам (11,9 %); санаторно-курортное лечение (10,5 %); занятия в спортивном зале (6,5 %). Вероятно, такие неоднозначные оценки связаны с иерархией потребностей и с культурно-историческими событиями в стране, так как современные пожилые люди в молодости не получали высокую зарплату и во многом привыкли экономить.

В целом то же самое можно сказать о результатах измерения социологических показателей, которые характеризуют поведенческие практики респондентов-белгородцев: 1) практики ЗОЖ, связанные с профилактическим медицинским обследованием и самоконтролем; 2) практики ЗОЖ, связанные с социальными коммуникациями; 3) практики ЗОЖ, связанные с физической нагрузкой; 4) практики ЗОЖ, связанные с социальной активностью; 5) практики ЗОЖ, связанные с питанием; 6) практики ЗОЖ, связанные с отказом от вредных привычек. Однако, как отмечают исследователи, все эти поведенческие проявления с возрастом становятся всё более характерными именно для тех, кто посещает общественные организации медико-социальной направленности (Волкова, 2022).

Проходят профилактическое медицинское обследование ежегодно 10,6 % опрошенных, реже одного раза в год – 18,6 %, а 71,4 % обращаются в медицинские учреждения только при необходимости, что подтверждает незначительную направленность жителей на раннюю диагностику и предотвращение тяжелых последствий для здоровья. Если рассмотреть данное явление в динамике, то картина получается отнюдь не позитивная. Вероятно, более частое прохождение профилактических осмотров ранее (в трудоспособный период жизни) было связано с участием людей в трудовой деятельности. А в настоящее время профилактические медосмотры в большей степени характерны для работающих пенсионеров или для проживающих в стационарах.

Определена динамика, характеризующаяся объективным снижением нагрузки, связанной с профессиональной деятельностью и повышением некоторых других видов физической активности. В

настоящее время пожилые люди чаще практикуют труд на приусадебном участке (73,3 %), работу по дому (72,4 %), прогулки длительностью более 30 минут (61,2 %). Корреляционный анализ показал, что у жителей стационаров наиболее низкие значения в опросе набрали ответы, связанные с работой по дому и на приусадебном участке. Показательным является то, что 9,5 % всех респондентов не имеют вообще физической нагрузки, такой гиподинамии вообще (то есть 0,0 %) в их жизни не было в трудоспособном возрасте.

Рассмотрим особенности социальной активности, устойчивости социальных связей. Речь идет как о формальной, так и о неформальной активности (табл.).

Таблица 1– Формальная социальная активность пожилых граждан, % опрошенных

Table 1– Formal social activity of senior citizens, % of respondents

Виды	Ранее, в трудоспособном возрасте	В настоящее время	Разница
Осуществляете профессиональную деятельность	98,6	16,2	- 82,4
Обучаетесь в образовательном учреждении	100,0	1,9	- 98,1
Занимаетесь самообразованием	100,0	53,4	- 46,6
Участвуете в работе общественных организаций, советов	73,5	16,5	- 57,0
Работаете в составе добровольческих/волонтерских групп	5,7	18,9	+ 13,2
Занимаетесь в группах/клубах/секциях по интересам	17,2	69,5	+ 52,3

Формальная социальная активность связана в основном с занятиями в группах/клубах/секциях по интересам, в меньшей степени – с работой в составе добровольческих/волонтерских групп, общественных организаций, советов, а также с продолжением профессиональной деятельности. Примечательно, что более половины респондентов занимаются самообразованием. Динамика вполне объяснима. Но при этом число получающих образование, участвующих в деятельности общественных структур остается всё еще невысоким.

Как отмечают современные социологи-эмпирики, помимо официальной трудовой занятости (продолжения оплачиваемой



профессиональной деятельности), пожилые граждане нашей страны принимают некоторое, хотя не очень активное участие в деятельности общественных структур (Мозговая, 2021).

Результаты опроса белгородцев показали, что в пожилом возрасте контакты людей концентрируются на семейной сфере: с супругами или партнерами (30,7 %), внуками (25,3 %) и детьми (23,1 %).

Согласно данным опроса практики, связанные с неформальной социальной активностью, в подавляющем большинстве случаев проявляются в общении с семьей и близкими. Выход из трудоспособного возраста, прекращение профессиональной деятельности, взросление детей, потеря родственников обуславливают изменение общей структуры контактов. Это является естественно и социально обусловленным процессом.

Пищевые практики также могут быть связаны с нарушениями ЗОЖ, в первую очередь ошибки вызваны несбалансированным питанием (46,2 %), перееданием (45,9 %) и некачественными продуктами (32,3 %), нерегулярностью, несоблюдением режима приема пищи (25,2 %).

Рассматривая общую позитивность пожилых людей, во многом определяющую субъективное самочувствие, приходим к следующим данным. Респонденты так оценивают свое самочувствие: хорошее – 10,3 %; скорее хорошее, чем плохое – 23,2 %; среднее – 30,1 %; скорее плохое, чем хорошее – 25,1 %; плохое – 11,3 %. То есть примерно одинаковое количество опрошенных оценили свое самочувствие как преимущественно хорошее, среднее и по большей части плохое. Это демонстрирует разнородность состава социально-демографической группы.

При этом субъективно самочувствие и настроение пожилых россиян становится лучше, если они: общаются с близкими людьми и оказывают им помощь (69,5 %); общаются с близкими людьми и получают от них помощь (26,8 %); принимают участие в общественно полезной деятельности (36,2 %); выполняют физические упражнения (24,2 %); полностью выполняют рекомендации врачей (22,6 %); принимают участие в работе секций, кружков (22,4 %); продолжают заниматься профессиональной деятельностью (14,3 %); посещают культурные мероприятия (7,6 %); следуют правилам правильного питания (6,4 %). То есть на первый план по значимости вышли пункты, связанные с признанием полезности и нужности окружающим.

Относительно удовлетворенности собственной жизнью получены следующие результаты: 49,8 % полностью довольны; 22,4 % скорее удовлетворены, чем нет; 14,3 % скорее не удовлетворены, чем да; 13,5 % полностью не удовлетворены. Подавляющее большинство респондентов продемонстрировали достаточно высокую степень удовлетворенности собственной жизнью, и лишь десятая часть – низкую.

Степень доверия пожилых белгородцев людям и организациям можно оценить как высокую по отношению к членам семьи, как среднюю – к друзьям и врачам. Тревожным фактом является то, что десятая часть респондентов не доверяет никому. Представители старшего поколения доверяют (по убыванию значимости): членам своей семьи (78,7 %), медицинским работникам (76,8 %), диетологам (53,4 %), друзьям и знакомым (20,3 %), тренерам по физической культуре (19,2 %), никому (11,3 %), представителям организаций, осуществляющих добровольное медицинское страхование (1,2 %). То есть приоритет в основном отдан семье и близким.

Наиболее важными жизненными ценностями респонденты-белгородцы назвали: 100,0 % – физическое здоровье; 81,2 % – общение с внуками; 76,3 % – общение с детьми; 69,2 % – ощущение нужности; 27,2 % – общение с родственниками, друзьями, знакомыми; 12,6 % – спокойную жизнь с минимумом стрессов; 12,3 % – продолжение профессиональной деятельности; 12,0 % – участие в общественной жизни.

Рассмотрим недостатки и препятствия в установлении и поддержании практик ЗОЖ пожилыми людьми. Респонденты не могут в полной мере считать свой образ жизни здоровым, так как он связан: «ни с чем», потому что образ жизни здоровый (48,2 %); с однообразным проведением времени изо дня в день (32,3 %); с редким профилактическим медицинским осмотром и посещением врачей (27,4 %); с лишним весом (25,6 %); с бессонницей (23,4 %); с частыми стрессами (16,7 %); с неправильным питанием (15,7 %); с малоподвижным образом жизни и отсутствием физической нагрузки (14,3 %); с плохой экологией (12,1 %). Объясняется такой разброс во мнениях тем, что здесь очень силен индивидуальный фактор в оценках, данных людьми старшего возраста.

Итак, факторами (барьерами) для формирования практик ЗОЖ по преимуществу можно считать: 65,5 % – плохое здоровье и самочувствие; 49,6 % – отсутствие партнера или единомышленника; 47,1 % – нехватку денег; 26,3 % – отсутствие времени; 18,5 % –

неверие в пользу ЗОЖ (у каждого человека своя судьба); 17,3 % – нет желания.

Респондентами назван перечень основных препятствий для продолжения профессиональной деятельности: 67,4 % – состояние здоровья; 54,6 % – нежелание переходить на должность, требующую более низкой квалификации; 36,4 % – недостаточная оплата труда по имеющимся вакансиям; 34,1 % – осознание, что почти все ровесники не работают; 32,5 % – необходимость помогать семье по домашней работе; 12,3 % – отсутствие возможностей реализовать свои знания и опыт. То есть, помимо наличия заболеваний, здесь видны в основном объективные причины, связанные с условиями осуществления трудовой деятельности.

Наиболее уязвимыми категориями пожилых граждан для ведения ЗОЖ являются: имеющие ограничения в передвижении (71,4 %); мигранты (22,5 %); одинокие люди, ограниченные в доступе к срочной помощи (6,5 %).

Обратимся к рассмотрению особенностей внутренней и внешней мотивации формирования практик ЗОЖ у пожилых людей. И здесь возникают вопросы идентификации (сопоставления) собственного образа жизни и поведенческих практик с мнениями и поведением других людей. Итак, образ жизни респондентов во многом схож с образом жизни: 69,4 % – членов семьи, с которыми они совместно проживают; 32,1 % – друзей и знакомых; 31,7 % – пожилых людей, с которыми они незнакомы лично; 21,6 % – родственников, которые живут отдельно от них. Это основные субъекты влияния на формирование, трансформацию и долговременное поддержание практик ЗОЖ.

Выделяется контролируемый и автономный вид мотивации, характерный для трансформации практик ЗОЖ представителей старшего поколения. В связи с этим трансформация практик ЗОЖ может быть преимущественно связана: с личным выбором конкретного человека, с его индивидуальными особенностями (17,4 %); с поведением, которое характерно для большинства пожилых людей (28,3 %); с традициями в семье (54,3 %).

Представители старшего поколения меняют привычки в своем поведении в следующих случаях: новые действия являются подходящими для личности конкретного человека (54,2 %); новое поведение приводит к значительным положительным результатам по сравнению со старым (25,4 %); новое поведение освоить достаточно легко, это не требует значительных усилий (20,4 %). Здесь про-

демонстрировано превалирование индивидуального фактора. То есть наблюдается противоречивая картина: мотивация и реальные практики кардинально разнятся.

Противоречивость сложившейся ситуации состоит еще и в том, что белгородцы предпочли бы заниматься: индивидуально, выполнять упражнения, которые подходят индивидуально (44,1 %); в группе, где люди всех возрастов занимаются тем видом физической нагрузки, которая нравится лично (23,2 %); в «Программе адаптивной физкультуры для пациентов» (17,4 %); в «Программе физических упражнений для пожилых» (15,3 %). Здесь прослеживается та же тенденция персонализации желаний и намерений.

В формировании и трансформации практик ЗОЖ присутствуют специфические стимулы и страхи. Опрошенные изменили бы свой образ жизни, если бы авторитетные лица им сказали, что они будут лучше себя чувствовать, если начнут поддерживать ЗОЖ (65,3 %); в скором времени умрут, если не изменят свой образ жизни (18,4 %); серьезно заболеют, если проигнорируют рекомендации (16,3 %).

Определим перечень факторов, способствующих поддержанию у пожилых людей хорошего или хотя бы удовлетворительного состояния здоровья. Среди них выделены следующие: 88,4 % – уровень дохода, позволяющий поддерживать здоровье; 36,4 % – наличие комфортного, благоустроенного жилья; 25,4 % – благоприятная экологическая, природная среда; 24,2 % – хорошее психологическое состояние; 18,2 % – возможность трудоустройства в зависимости от индивидуальной ситуации; 12,6 % – образование, квалификация, позволяющие продолжать работать.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Во-первых, в результате исследования построена двухуровневая система проблем, имеющих в ЗОЖ представителей старшего поколения. К первому (социальному) уровню отнесены группы проблем: а) социально-экономические, связанные с нагрузкой на бюджет и сокращением налоговых поступлений в него и в фонды страхования; б) социозащитные, включающие повышенную обращаемость в организации системы социальной защиты населения и развитие иждивенчества в семьях; в) общественного здоровья, заключающиеся в изменении демографических показателей по заболеваемости, инвалидизации, смертности, нагрузки на стационарные и поликлинические учреждения здравоохранения. Второй

уровень (индивидуально-групповой) составляют группы проблем: а) материальные и финансовые, включающие снижение доходов, сокращение потребления товаров и услуг, ухудшение качества жизни; б) социального обслуживания и самообслуживания пожилых граждан, в том числе повышение потребности в оказании помощи, развитие иждивенчества в отношении государства и семьи; в) физического, социального и психического здоровья, а также субъективного плохого самочувствия (обострение имеющихся заболеваний, снижение иммунитета, получение инвалидности, повышение потребности в медицинских услугах, усугубление неправильного питания, сохранение вредных привычек, возрастание угрозы преждевременной смерти); г) социальной эксклюзии (исключения из общественной жизни) пожилых людей, связанные с ослаблением профессиональных, родственных, дружеских связей, одиночеством.

Во-вторых, материалы исследования показали противоречия: многие имеющиеся у пожилых людей проблемы, с одной стороны, являются следствием отсутствия ЗОЖ, а с другой – его несформированность оказывается причиной объективного ухудшения состояния здоровья и субъективного самочувствия таких граждан. И этот процесс можно назвать циклическим, замкнутым, он демонстрирует социальную закономерность. Традиционные ожидания окружающих людей в отношении пожилых выступают в качестве либо предписываемого принуждения, либо серьезного барьера для трансформации поведенческих практик ЗОЖ, поскольку сложившиеся социокультурные нормы вступают в серьезное противоречие с интересами современных россиян старшего возраста. В целом степень информированности пожилого населения относительно ЗОЖ можно оценить как высокую. Однако субъективное отношение респондентов к людям, которые ведут ЗОЖ, достаточно неоднозначное и противоречивое, поскольку лишь около половины опрошенных положительно оценивают людей, ведущих ЗОЖ. Обнаружено некоторое противоречие в оценивании экономических параметров, поскольку большинство считает свои доходы достаточными для них, но при этом не могут позволить себе приобрести товары и услуги для трансформации практик ЗОЖ. Объясним такое положение дел культурно-историческими событиями, так как современные пожилые люди в молодости преимущественно получали невысокую зарплату и привыкли экономить.

**Список литературы:**

1. Vermeiren, S. Frailty and the prediction of negative health outcomes: a meta-analysis / S. Vermeiren, R. Vella-Azzopardi, D. Beckwee et al. *Journal of the American Medical Directors Association*. – 2016. – №17(12). – P.1163-1170. – URL: <https://biblio.ugent.be/publication/8166915> (access date: 06.09.2024).
2. Bull, F.C. Physical inactivity: the «Cinderella» risk factor for non-communicable disease prevention / F.C. Bull, A.E. Bauman // *Journal of Health Communications*. – 2011. – № 16. – P. 13-21.
3. Lindle, R.S. Age and gender comparisons of muscle strength in 654 women and men aged 20-93 yr. / R.S. Lindle, E.J. Metter, N.A. Lynch et al. *Journal of Applied Physiology*. – 1997. – № 83 (5). – P. 1581-1594. DOI: 10.1152/jappl.1997.83.5.1581.
4. Бурдьё, П. Избранные произведения / Пер. с нем. сост., общ. ред. и послесл. Ю.Н. Давыдова; предисл. П.П. Гайденко. – Москва: Прогресс, 1990. – 808 с.
5. Гидденс, Э. Устроение общества: Очерк теории структуризации. 2-е изд. – Москва: Академический проект, 2005. – 385 с.
6. Choi, I. The Psychosocial Factors Affecting Suicidal Ideation of the Elderly / I. Choi, Y. Kim, K. Suh. *Association of Korean Medicine*. – 2009. – Vol. 25. – P. 33–56. DOI: 10.1177/2158244020957027.
7. Mollborn, S. Contributions and Challenges in Health Lifestyles Research / S. Mollborn, E. Lawrence, J. Onge. *Journal of Health and Social Behavior*. 2021. Vol. 62 (3). P. 388-403. DOI: 10.1177/0022146521997813.
8. McLeroy, K. An ecological perspective on health promotion programs / K. McLeroy, D. Bibeau, A. Steckler, K. Glanz. *Health Education Quarterly*. – 1988. – Vol. 15. – P. 351–377. – DOI: 10.1177/109019818801500401 URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3068205> (access date: 06.09.2024).
9. Meyer, J.W. Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony / J.W. Meyer, B. Rowan. *American Journal of Sociology*. – 1977. – Vol. 83. – N 2. – P. 340-363. Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340–363. doi:10.1086/226550 .



10. DiMaggio P. Introduction / P. DiMaggio, W. Powell. The New Institutionalism in Organizational Analysis / Ed. by W. Powell, P.J. DiMaggio. – Chicago: Chicago University Press, 1991. – P. 1-38.

11. Алексеенок, А. А. Влияние экономической и политической ситуации в регионе на уровень социальной напряженности / А. А. Алексеенок, Ю. В. Каира // Среднерусский вестник общественных наук. – 2021. – Т. 16, № 2. – С. 196-209. – DOI 10.22394/2071-2367-2021-16-2-196-209. – EDN JYUOHJ.

12. Волкова, О. А. Деятельность некоммерческих организаций, оказывающих медико-социальную помощь мигрантам в условиях COVID-19 / О. А. Волкова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, № 4. – С. 537-542. – DOI 10.32687/0869-866X-2022-30-4-537-542. – EDN ATFKNW.

13. Мозговая, Е.И. Здоровый образ жизни населения в условиях пандемии: экспертные мнения исследователей и представителей некоммерческих организаций / Е.И.Мозговая, Ж.М. Водолазова, А.А. Горский, О.А. Волкова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № S1. – С. 763-767. DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-s1-763-767. – EDN IASTDH.

**Сведения об авторе:**

**Цветов Сергей Викторович**, старший преподаватель кафедры, e-mail: tsvetov\_86@mail.ru, eLibrary SPIN: 7030-7407, AuthorID: 969596, ORCID 0000-0002-8054-6913.

<sup>1</sup>Белгородский юридический институт имени И.Д. Путилина, адрес: 308024, Россия, г. Белгород, ул. Горького, 71.

**References:**

1. Vermeiren, S. Vella-Azzopardi, R., Beckwee, D. et al. (2016) Frailty and the prediction of negative health outcomes: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*. no.17 (12), P. 1163-1170. – URL: <https://biblio.ugent.be/publication/8166915> (access date: 06.09.2024). (In Eng.)

2. Bull, F.C. and Bauman, A.E. (2011) Physical inactivity: the «Cinderella» risk factor for non-communicable disease prevention. *Journal of Health Communications*. no. 16, P. 13-21. (In Eng.)

3. Lindle, R.S., Lindle, R.S., Metter, E.J. and Lynch, N.A. et al. (1997) Age and gender comparisons of muscle strength in 654 women and men aged 20-93 yr. *Journal of Applied Physiology*. no. 83 (5), P. 1581-1594. DOI: 10.1152/jappl.1997.83.5.1581. (In Eng.)
4. Burd'e, П. (1990) *Izbrannye proizvedeniya / Per. s nem. sost., obshch. red. i poslesl. YU.N. Davydova; predisl. P.P. Gajdenko*. Moskva: Progress. – 808 p. (In Russ.)
5. Giddens, E. (2005) *Ustroenie obshchestva: Ocherk teorii strukturacii*. 2-e izd. Moskva: Akademicheskij proekt. – 385 p. (In Russ.)
6. Choi, I., Kim, Y. and Suh, K. (2009) The Psychosocial Factors Affecting Suicidal Ideation of the Elderly. *Association of Korean Medicine*. – Vol. 25. P. 33–56. DOI: 10.1177/2158244020957027. (In Eng.)
7. Mollborn, S., Lawrence, E. and Onge, J. (2021) Contributions and Challenges in Health Life-styles Research. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 62 (3), P. 388-403. DOI: 10.1177/0022146521997813. (In Eng.)
8. McLeroy K. D. Bibeau, A. Steckler, and K. Glanz (1988) An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*. Vol. 15, P. 351–377. DOI: 10.1177/109019818801500401. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3068205> (access date: 06.09.2024). (In Eng.)
9. Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340–363. doi:10.1086/226550. (In Eng.)
10. DiMaggio P. W. and Powell (1991) *Introduction The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Ed. by W. Powell, P.J. DiMaggio. Chicago: Chicago University Press. – P. 1-38. (In Eng.)
11. Alekseenok A.A., and Kaira Ju.V. (2021) Vlijanie jekonomicheskoy i politicheskoy situacii v regione na uroven' social'noj naprazhennosti. *Srednerusskij vestnik obshhestvennyh nauk* . T. 16. no. 2, P. 196-209. – DOI 10.22394/2071-2367-2021-16-2-196-209. – EDN JYYOHJ. (In Russ.)
12. Volkova O.A. (2022) Dejatel'nost' nekommercheskih organizacij, okazyvajushhih mediko-social'nuju pomoshh' migrantam v uslovijah COVID-19 *Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny*– T. 30.– no.4. – P. 537-542. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-4-537-542>. (In Russ.)
13. Mozgovaja E.I., Vodolazova Zh.M., Gorskij A.A., and Volkova O.A. (2021) Zdo-rovyy obraz zhizni naselenija v uslovijah pandemii: jekspertnye mnenija is-sledovatelej i predstavitelej nekommercheskih or-

ganizacij. *Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny*. T. 29. – no. S1. – P. 763-767. DOI: <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-s1-763-767>. – EDN IASTDH. (In Russ.)

**About the author:**

**Sergey V. Tsvetov**<sup>1</sup>, Senior Lecturer, Department of Tactical and Special Training, e-mail: [tsvetov\\_86@mail.ru](mailto:tsvetov_86@mail.ru), SPIN: 7030-7407, AuthorID: 969596, ORCID 0000-0002-8054-6913.

<sup>1</sup>Belgorod Law Institute named after I.D. Putilin, Russian Federation, Belgorod.

**Конфликт интересов:** автор заявил об отсутствии потенциальных конфликтов интересов в отношении исследования, авторства и/или публикации данной статьи.

**Conflict of interests:** The authors declared no potential conflicts of interests regarding the research, authorship, and / or publication of this article.

© Цветов С.В., 2024 г.