

Департамент образования города Москвы Государственное автономное
образовательное учреждение высшего образования города Москвы
«Московский городской педагогический университет»
Институт специального образования и психологии
Кафедра общей и практической психологии

прямоугольник

На правах рукописи

Сомова Наталья Геннадьевна

«Психологические основы сопровождения людей пожилого возраста
(На материале программы «Активное долголетие»)»

Направление подготовки 37.06.01- «Психологические науки»

Направленность (профиль) образовательной программы «Педагогическая
психология»

**Научный доклад об основных результатах научно-квалификационной
работы (диссертации)**

Научный руководитель


доктор психологических наук, профессор

Романова Евгения Сергеевна

Москва 2023

Содержание

1. Введение.....	3-6
2. Основное содержание.....	7-26
3. Заключение.....	27-31
4. Список опубликованных работ.....	32

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Увеличение продолжительности жизни населения наблюдается во всем мире, что ставит перед обществом новые проблемы, связанные с улучшением качества жизни в пожилом и преклонном возрасте. Исследование факторов, оказывающих влияние на качество жизни, позволяют рассмотреть потребности пожилого и преклонного возраста как систему и по-новому увидеть эмоциональные переживания личности.

По данным Министерства Здравоохранения РФ, в 2022 году средняя продолжительность жизни женщин составила 79,29 лет, мужчин - 69,86 лет. По данным ВОЗ Россия в мировом рейтинге по продолжительности жизни заняла 96 место в 2020 году. При этом разница между мужчинами и женщинами на протяжении долгого времени составляет около 10 лет. Причинами такого состояния дел в России является развал экономики после развала СССР, что привело к коррупции, безработице, нищете и тотальной депрессии во всех сферах жизни рядовых россиян. Ухудшение экологии, которая связана с вырубкой леса, бесконтрольной раскопкой земель и загрязнением водоемов.

ВОЗ выделила 5 причин небольшой по сравнению с другими европейскими странами продолжительности жизни в России [17].

1. Состояние экономики после развала СССР привело к нищете, безработице, тотальной депрессии во всех сферах жизни рядовых россиян и многие по разным причинам лишились жилья.

2. Наличие коррупции, которая весьма тесно связана с состоянием психического и физического здоровья граждан.

3. Относительное благополучие и продолжительность жизни зависят от уровня образования, что показала статистика в девяностых, когда смертность выросла на 57% у мужчин с низким уровнем образования и 35% – с высшим.

У женщин смертность в те годы выросла на 30% (с низким образованием) и 8% (высокообразованных).

4. Высокий уровень курящих, который по данным ВОЗ составляет более 60% относительно всех курильщиков Европы.

5. Ухудшение экологии, которая связана с вырубкой леса, бесконтрольной раскопкой земель и загрязнением водоемов.

Если государство будет реализовывать планы по действительному увеличению доходов населения, развитию науки, медицины, образования, повышению культуры общества реализуются, то и продолжительность жизни будет расти. Следовательно, и проблема качества жизни пожилых и стариков будет более актуальной, однако последствия 90-х еще долго будут сказываться на жизни граждан России.

Гипотезы исследования:

Эмоциональное восприятие жизни связано с возрастом, образованием, физическим здоровьем, наличием близких и друзей, интересных занятий и интереса к жизни в целом.

Объект исследования – качество жизни в пожилом и преклонном возрасте.

Предмет исследования – психофизиологическое состояние участников программы «Активное долголетие».

В соответствии с целью исследования были поставлены следующие **задачи**.

Теоретические: исследование социально-психологических характеристик пожилого и старческого возраста, анализ биологических теорий старения и основных проблем пожилого и старческого возраста, оценка качества жизни пожилых в контексте зарубежных и национальных показателей, социально-экономические и психологические факторы качества жизни в пожилом и преклонном возрасте.

Методические.

Разработать комплексный анализ психологического сопровождения программы «Активное долголетие» в учреждениях социального обслуживания Московской области».

Эмпирические: оценка результативности программы «Активное долголетие» для повышения качества жизни ее пожилых участников.

Теоретико-методологическую основу работы составили теории идентичности, биологические теории старения, анализ понятия качество жизни с точки зрения различных подходов.

В работе были использованы следующие **психодиагностические методики:**

1) краткая форма оценки здоровья MOS SF-36, направленная на измерение неспецифического качества жизни, включающая в себя оценку физического и психологического компонентов здоровья;

2) шкала тревоги Спилбергера – Ханин, измеряющая тревожность как свойство личности, обуславливающее поведение субъекта;

3) опросник Басса – Дарки предназначен для выявления уровня агрессивности респондентов;

4) методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова для выявления изменений отношения к жизни и деятельности под воздействием депрессивных настроений;

5) анкета участников программы.

Достоверность и обоснованность результатов обеспечивалась теоретической и методологической обоснованностью общего замысла исследования, репрезентативностью выборки.

Научная новизна работы состоит в том, что

а) показана целесообразность использования выбранных методик для определения качества жизни пожилых;

б) выявлены факторы, обеспечивающие повышение качества жизни, в том числе и в рамках программы «Активное долголетие»;

в) выявлены особенности связи качества жизни от личностных особенностей испытуемых;

г) впервые показана корреляционная связь между личными качествами пожилого человека и качеством его жизни.

Положения, выносимые на защиту

1) Механизм адаптации в условиях зависимости пожилых людей от медицинских и социальных служб частично способствует низкому уровню агрессивности и среднему уровню враждебности, обиды и подозрительности.

2) Уровень депрессии, подозрительности и физической агрессии связан с тем, находится ли человек в социальной изоляции или имеет социальные связи: участники программы «Активное долголетие» менее депрессивны и подозрительны, чем обслуживаемые на дому.

3) Уровень физического компонента качества жизни существенно выше у участников программы «Активное долголетие», в то время как разница в психологическом компоненте качества жизни не столь заметна.

4) У человека, находящегося в социальной изоляции, уровень образования отрицательно связан с самоощущением: чем выше образование, тем хуже самоощущение.

Теоретическая значимость работы заключается в комплексном анализе факторов и их связи с качеством жизни в пожилом и старческом возрасте.

Практическое значение исследования. Результаты диссертационного исследования используются для оценки эффективности составляющих программы «Активное долголетие», а также могут быть использованы в СМИ и рекламе для формирования положительного образа активного пожилого гражданина. Предложенные методики могут быть использованы как для практических, так и исследовательских целей психологического состояния пожилых в домах престарелых, а полученные данные - в учебных курсах по психологии развития и геронтопсихологии.

Апробация результатов исследования

Материалы диссертации докладывались на VIII аспирантской научно-практической конференции «Междисциплинарные практики в научном исследовании»; круглом столе со всероссийским и международным участием №2 «Медико-биологические и психолого-педагогические аспекты адаптации, социализации и реабилитации человека».

Структура диссертационной работы

Диссертационная работа состоит из введения, основной части (трех глав, разделенных на подразделы), заключения и библиографического списка, включающего 111 наименований на русском и английском языках.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во Введении обосновываются выбор темы, актуальность и новизна исследования, освещается актуальность проблемы, ставятся цель и задачи, определяется методология, раскрывается научная ценность исследования, приводятся положения, выносимые на защиту, указываются выступления и публикации автора, в которых отражены результаты исследования.

Анализировалось социально-психологическое понимание феномена старости. Приведены основные периодизации возрастов, которые несколько отличаются в названии периодов и диапазонов. В диссертационной работе используется международная периодизация, по которой пожилой возраст считается с 56(61) до 74, старческий возраст - 75-90. Долгожители - люди старше 90.

В отношении к старости было выделено три основные точки зрения:

1) негативное отношение из-за ухудшения когнитивных способностей, и ухудшения характера у пожилых: консерватизма и скупости, сварливости, пассивности, сужения интересов;

2) позитивное отношение, потому что возрастает духовный и интеллектуальный потенциал; формируются новые ценностные установки, в которых человек приходит к полному согласию с самим собой и с внешним миром;

3) наличие как отрицательных, так и положительных моментов: отмечая психологическое и физическое старение, наблюдаются также и компенсаторные или приспособительные сдвиги в новых условиях жизни, когда проявляется реальная возможность развивать многие свои способности.

Описаны основные социально-психологические характеристики пожилого и старческого возраста, включающие физиологические и психологические компоненты. Физиологические компоненты рассмотрены с точки зрения теорий старения, а психологические - с точки зрения основных проблем пожилого и старческого возраста.

Утверждение И.Мечникова «Продление жизни должно идти рука об руку с сохранением сил и способности к труду» не только не потеряло своей актуальности, но стало основным направлением поисков продления жизни при сохранении физической и умственной активности [45,68]. При этом вопрос ставится не только о проблемах старения пожилых, но и будущих поколений. Ряд авторов видит решение данной проблемы в сохранении ДНК, которое заключается в снижении уязвимости генома соматических клеток человека, которое будет предупреждать преждевременное старение и болезни.

Анцыферова Л.И.- советский и российский психолог, специалист в области методологии, теории и истории психологии, психологии развития и геронтопсихологии [8,9], анализируя теории старения, выделяет основные три основных подхода:

1) биолого-медицинский подход, объясняющий психологическую деградацию людей в поздние годы и ухудшение их умственных возможностей естественными органическими поражениями мозга [8], которая была раскритикована рядом ученых, как не соответствующих имеющимся фактам;

2) деятельностный подход, суть которого заключается в том, что люди своими продуктивными и содержательными действиями изменяют собственное окружение и способствуют развитию личности;

3) умение противостоять распространенным в обществе негативным стереотипам старости (понимание мудрости как «погружение в мысли о вечном», проживание «маленькой» жизни и т.п.). В данном подходе Анцыферова Л.И., используя концепцию Э.Эриксона, выделяет условия, помогающие личности эффективно интегрировать свою жизнь, включая кризисы и конфликты, адаптивные личностные свойства. Эриксон считал это конечным

Теории старения с той или иной степенью точности отвечают на следующие вопросы:

1) факторы, вызывающие в организмах прогрессирующее и необратимое уменьшение физиологических функций к концу жизни [8];

2) причины различия внутривидовой и межвидовой ожидаемой продолжительности жизни или скорости старения[8];

3) каким образом экспериментальные воздействия в виде ограничения калорийности питания и умеренные физические нагрузки замедляют начало многих возрастных физиологических и патологических изменений и увеличивают среднюю и максимальную продолжительность жизни животных[8];

4) связано ли влияние факторов старения на старение и заболевания друг с другом [8];

5) связаны ли возрастные изменения в организме с болезнями или заболеваниями развиваются независимо и усугубляет проявления старения [8];

б) можем ли мы реально повлиять на старение человека.

Американские исследователи [102] показали, что вариации биологического старения можно измерить в среднем возрасте, но последствия этих вариаций плохо изучены. Ученые проверили связь между биологическим старением среднего возраста и показателями риска раннего старения. В работе описан лонгитюдный эксперимент, в котором были выбраны 1037 младенцев, родившихся в том же году и наблюдаемых до 45 лет. «Темп старения» участников был количественно определен путем отслеживания снижения функций 19 биомаркеров, индексирующих сердечно-сосудистые, метаболические, почечные, иммунные, стоматологические и легочные системы в возрасте 26, 32, 38 и 45 лет. В возрасте 45 лет в 2019 году участники с более быстрым темпом старения имели более выраженные когнитивные трудности, признаки ускоренного старения мозга, снижение сенсомоторных функций, более старую внешность и более пессимистическое восприятие старения. Люди, которые стареют быстрее, чем их сверстники в среднем возрасте, могут преждевременно нуждаться в поддержке, чтобы выжить, как будто они уже пожилые люди, не соответствующие своему паспортному возрасту.

Теломерная теория старения Л. Хейфлика заключается в том, что человеческие клетки кожи, способные к делению, с возрастом прекращаются делиться [89]. Данная теория не имеет однозначной поддержки среди научного сообщества, потому что раковые клетки могут делиться до бесконечности, что противоречит этой теории [88].

Элевационная (онтогенетическая) Дильмана. Дильман В.М. (д.м.н.) считал, что у высших организмов, в том числе и у человека, те же самые факторы, которые обеспечивают развитие организма, являются одновременно и причиной старения [29]. Раз механизмы развития реализуются по жесткой генетической программе, то и признаки нормального старения единообразны у всех особей каждого вида, включая человека. По Дильману старение и связанные с ним болезни – это побочный продукт реализации генетической программы онтогенеза [29].

Адаптационно-регуляторная теория В.В. Фролькиса. Теория основана на широко распространенном представлении о том, что смерть и старость генетически запрограммированы. В данной теории можно выделить два основных момента: 1) наряду со старением существует и антистарение, которое направлено на поддержание жизнеспособности организма, его адаптацию, увеличение продолжительности жизни; 2) генорегуляторная гипотеза, по которой возрастные нарушения генной регуляции могут привести не только к изменению соотношения синтезируемых белков, но и к интенсивности работы ранее не работавших генов и появлению ранее не синтезировавшихся белков и, соответственно, к старению и гибели клеток. По данной теории болезни Паркинсона и Альцгеймера, атеросклероза, рака и диабета связаны с нарушением генорегуляторных механизмов, а причины этих нарушений носят многофакторный и вероятностный характер [69].

Апоптоз и старение. Скулачев В.П. выдвинул предположение о существовании некой генетической программы самоуничтожения, которая постепенно и разрушает организм. Согласно теории Скулачева, клетка, совершив свой жизненный цикл и подвергшись действию неблагоприятных

факторов, трансформируется в раковую клетку и должна сама себя уничтожить, т.е. вступить на путь апоптоза (запрограммированная гибель клеток) [74]. По мнению Скулачева В.П. одним из способов замедлить старение являются ограничения в питании, в это время отключается программа старения, потому что организму надо выживать и еще потому, что процесс пищеварения сам по себе отнимает очень много энергии [74].

Новая иммунная теория старения

Развивающаяся в настоящее время иммунная теория старения, основанная на самых современных научных данных, говорит о том, «что иммунитет является не только «борцом с инфекциями», но и важнейшей регуляторной системой организма». Аутоиммунные реакции на фоне иммунодефицита способствуют повреждению и гибели клеток и целом старению организма. Иммунологическую теорию старения подтверждают некоторые иммуномодуляторы. Существует огромное количество теорий старения, но единой теории нет [18].

Психология развития проблемами пожилого и старческого возраста стала заниматься сравнительно недавно. Кроме того, в отличие от психиатрии, которая в основном имеет дело с деградацией личности, психология развития предполагает, что человек в зрелом возрасте может достигнуть вершины своего развития. Этот раздел психологии называется акмеология (высшая точка, вершина).

Проблемы пожилого и старческого возраста можно выделить в три основные группы: проблемы здоровья, социально-экономические и психологические.

Проблемы здоровья

По статистическим данным [79-80] почти 80% пожилых людей имеют хронические заболевания. На ухудшение здоровья очень сильно влияют такие факторы, как ригидность, тревожная мнительность и потери близких. Одной из главных задач в отношении пожилых граждан является поддержание их

физической активности и способности к самообслуживанию. По данным валеологии физическое здоровье человека зависит от генетических факторов (15-20%), состояния окружающей среды (20-25%), медицинского обеспечения (10-15%) и условий и образа жизни людей (50-55%). Наличие 80% хронически больных пенсионеров говорят о неготовности большинства населения прилагать усилия для сохранения своего физического здоровья, хотя именно они в большей степени определяют его уровень [10].

В работе [101] показано, что причин для депрессии может быть несколько.

1) Физическое нездоровье. В соответствии с исследованиями, описанными в [101], существует сложная взаимосвязь между физическим заболеванием, инвалидностью и депрессией. Многие физические болезни также вызывают депрессию через разнообразные биологические механизмы. Физические заболевания, которые могут вызвать депрессию в пожилом возрасте, включают рак, заболевания щитовидной железы, дефицит витаминов и инфекции. Появляется все больше доказательств того, что цереброваскулярные заболевания также являются важным фактором риска депрессий в пожилом возрасте. Поэтому очень важно, чтобы любой пожилой человек, впервые впадающий в депрессию, проходил тщательное медицинское обследование. Многие физические болезни в пожилом возрасте приводят к стойкой инвалидности, которая может ограничивать подвижность человека и он часто нуждается в помощи по уходу за собой. Подобное состояние дел может привести к потере достоинства и возникновению чувства страха быть обузой для других [68].

2) Социальная изоляция и одиночество. Многие люди испытывают социальную изоляцию и одиночество в пожилом возрасте, либо в результате того, что они живут в одиночестве, либо у них отсутствуют тесные семейные связи или неспособность участвовать в общественной жизни. Это особенно тяжело, когда сочетается с инвалидностью [68].

3) Потери в старости. Символические и реальные потери составляют психологическую основу много депрессий. К старости обычно накапливается много потерь, таких как смерть их партнера, братьев и сестер, друзей и домашних животных, а также потерю независимости, здоровья, дома и привычного образа жизни [68]. Многие пожилые люди хорошо справляются с такими потерями. Однако у некоторых эти потери могут спровоцировать развитием депрессивного состояния.

Социально-экономические проблемы

Социально-экономические проблемы российских пенсионеров обусловлены слабой поддержкой со стороны государства, особенно на периферии. Минимальная пенсия чуть больше потребительской корзины, в которой основные продукты -это хлеб и молоко. В потребительской корзине практически не учитываются средства на лекарства, а медицинское обслуживание ниже всякой критики, особенно в маленьких городах и сельской местности, где ликвидированы даже медпункты и аптечные пункты, а общественный транспорт до райцентров или областного города ходит очень редко и нерегулярно или вообще отсутствует [68]. По уровню пенсионного обеспечения российские пенсионеры находятся на 41 месте, меньше только в Чили, Иране, Белоруссии и Аргентине [41].

Психологические проблемы

Когда старость ощущается как психологически неблагополучная, наблюдается отчаяние, чувство одиночества, депрессия, уход в прошлое, обвинения в сторону общества и родственников и т.п. Есть еще вариант неблагополучной старости, когда пожилой человек полностью зависит от родственников, от своего самочувствия, да и от условий жизни вообще, тогда он теряет полностью ответственность за себя и свою жизнь [68]. Одиночество обусловлено дисгармоничностью межличностных отношений с близкими людьми, либо они конфликтны, либо отсутствует понимание и поддержка [37]. Жизненный путь и конкретные исторические и социальные условия определяют типичный образ жизни и особенности личности [2].

Подводя итоги проведенного анализа феномена старости, отметим следующие основные выводы.

1) Возрастные периоды пожилых определяются в соответствии с Международной периодизацией, по которой пожилой возраст соответствует периоду с 56 до 74 лет, старческий - с 75 до 90 лет.

2) Население земного шара и в том числе в России стареет, что делает проблему пожилых людей актуальной для определения их места в социально-экономической жизни общества [68].

3) В отношении к старости существует три точки зрения:

а) старики составляют проблему для себя и для других, ждать ничего хорошего от них не приходится;

б) старость – это время мудрости, когда знания необычайно широки, глубоки и сбалансированы и могут применяться в любых ситуациях, как ради личного благополучия, так и для пользы человечества;

в) различные сочетания факторов биологического, социального и психологического возраста приводят к неоднородности пожилых и старых людей, к чему добавляются и личностные особенности, развитая личность даже в пожилом возрасте умеет сочетать удовлетворение своих потребностей с потребностями своих близких, интересуясь тем, что происходит в окружающем мире, а неразвитая руководствуется больше эгоцентрическими мотивами.

4) Особенности личности в пожилом возрасте обусловлены жизненным путем самого человека и конкретными исторически - социальными условиями и соответствующего им типичного образа жизни [68].

5) В позднем возрасте нормативные социальные кризисы не играют такой роли, как кризисы личные, потому что в смысловой сфере пожилого человека чаще всего преобладают эгоцентрические и прагматические, ситуационные смыслы, определяемые самой предметной логикой достижения цели в данных конкретных условиях.

6) Большое число теорий старения во многом пересекаются, они все взаимосвязаны, потому что у них один объект-живой организм, но единой теории нет. Все теории сходятся в том, что старение вызывается повреждением ДНК, связанное с окислением (оксидативным стрессом), которое усиливается при повреждении ДНК и снижении выработки антиоксидантных ферментов, то есть одно усиливает другое. Однако какой процесс первичен в данной цепочке, не выяснено. Также не понятно, что запускает процесс повреждения клетки в случае связи нейроиндокринной и иммунной системы. Повреждения клеток, в конце концов, приводят к запуску процесса апоптоза (генетически запрограммированной смерти клеток в живом организме). Когда этот источник запуска апоптоза найдется, будет сформулирована единая теория старения и найдено лекарство против него.

7) Проблемы пожилого и старческого возраста можно выделить в три основные группы: проблемы здоровья, социально-экономические проблемы и психологические проблемы [68].

8) Проблемы здоровья включают в себя соматические и психические заболевания. Почти 80% пожилых людей имеют хронические заболевания: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, сосудистые поражения головного мозга, хронические неспецифические заболевания легких, поздний сахарный диабет, новообразования. уменьшается работа анализаторов мозга, ухудшаются острота слуха и зрения и двигательная активность[68]. К психическим заболеваниям геронтологическую психиатрии относят шизофрению, маниакально-депрессивное поведение, эпилепсию, симптоматические и органические психозы.

9) Социально-экономические проблемы российских пенсионеров обусловлены слабой поддержкой со стороны государства, особенно на периферии. Минимальная пенсия чуть больше потребительской корзины, в которой основные продукты -это хлеб и молоко. В потребительской корзине практически не учитываются средства на лекарства, а медицинское обслуживание ниже всякой критики, особенно в маленьких городах и сельской

местности, где ликвидированы даже медпункты и аптечные пункты, а общественный транспорт до райцентров или областного города ходит очень редко и нерегулярно [68].

10) Психологические проблемы пожилого возраста как неблагоприятной старости – это отчаяние, чувство одиночества, депрессия, уход в прошлое, обвинения в сторону общества и родственников, а также сильная зависимость от своего самочувствия, от условий жизни вообще, потеря ответственности за себя и свою жизнь. Среди психологических проблем выделяется суицидальное поведение и его мотивы [68]. Факторами риска суицидального поведения выступают наличие хронических заболеваний, депрессии, тревоги, отсутствие адекватной «социальной» поддержки. Отдельно отмечается «тихий суицид», когда человек перестает принимать лекарства, еду, потому что смерть регистрируется как по соматическим причинам.

Категория «качество жизни» включает совокупность биологического, психологического, социального, а также духовного понимания здоровья. Под качеством жизни мы понимаем системное единство объективных и субъективных факторов. «Системный анализ понятия качества жизни позволяет утверждать, что ключевой аспект повышения качества жизни в пожилом и преклонном возрасте связан с понятиями социальной вовлеченности и социальной интеграции» [1, с.25].

Положение пожилых и стариков в обществе характеризуется уровнем их социального благополучия, которое представлено различными системами показателей и не определяется только уровнем пенсионного и медицинского обеспечения. Нашим пенсионерам довольно сложно в старости проявлять социальную активность, поскольку найти себе работу по специальности достаточно сложно, а работать уборщицей или грузчиком не все могут по состоянию здоровья. Если говорить про участие наших пенсионеров в каких-то общественных организациях, так их нет в большинстве населенных

пунктов. Так что наши пенсионеры в основном выживают, да и средняя продолжительность жизни в России меньше, чем в странах Запада.

Однако во многом адаптация зависит от самого человека: чем разнообразнее интересы, тем лучше адаптация.

С 2018 года в Москве для пенсионеров Москвы реализуется проект «Московское долголетие». Основная цель проекта – помочь людям, достигшим пенсионного возраста и вышедшим на заслуженный отдых, продолжать активный образ жизни. Основными задачами являются формирование здорового образа жизни, получение новых навыков путем обучения иностранным языкам, компьютерной грамотности, танцам, рисованию, рукоделию. Все занятия для пенсионеров бесплатны. Программа включает 30 направлений занятий различного рода. Эти занятия представляют собой как физическую нагрузку, так и интеллектуальную и проводятся как очно, так и онлайн.

В 2019 году в рамках национального проекта «Демография» и регионального проекта «Старшее поколение» для женщин от 55 лет и мужчин от 60 лет начался проект «Активное долголетие в Подмосковье».

Этот Проект позволяет пенсионерам Московской области бесплатно посещать занятия в кружках и спортивных секциях и ездить на экскурсии. Они могут заниматься скандинавской ходьбой, плавать в бассейне, участвовать в туристических поездках, повышать компьютерную грамотность, заниматься физкультурой, дыхательной гимнастикой, танцами, йогой, пением, творчеством, могут посетить 62 экскурсии и 77 музеев региона.

Эффективность программы «Активное долголетие» исследовалась на базе ГАУСО МО «Московский областной центр реабилитации инвалидов. Целью исследования было выявление связи эмоционального восприятия жизни с возрастом, образованием, физическим здоровьем, наличием близких и друзей, интересных занятий пожилых, участвующих в программе «Активное долголетие» в учреждениях социального обслуживания Московской области».

Исследование осуществлялось в 2 этапа:

1 этап. Испытуемые являлись получателями услуг ГАУСО МО «Московский областной центр реабилитации инвалидов. Было 2 группы – 1 группа 20 человек в возрасте от 78 до 83, не посещающие Центр. 20 человек обслуживаются на дому социальными работниками, из них 11 человек имеют инвалидность.

2 группа - 22 человека, посещающие центр и участвующие в программе «Активное долголетие» в возрасте от 72 до 90 лет, из которых 10 человек имеют инвалидность.

Социальный портрет испытуемых, обслуживаемых на дому. Вдовы в возрасте около 80 лет и старше, проживающие одни, большинство имеет высшее и средне-специальное образование, 50% имеет инвалидность.

Социальный портрет испытуемых, участвующих в программе «Активное долголетие». Примерно поровну одиноких и имеющих семью женщин (мужчин всего двое) в возрасте около 70 и чуть больше, имеющих средне-специальное и высшее образование, и половина проживающих с детьми и их семьями. Основными различиями между двумя группами является возраст и наличие или отсутствие родственников и проживание: отдельное или с семьей. Так участвующие в программе в среднем моложе на 10 лет и проживающих в одиночестве существенно меньше.

2 этап. На втором этапе принимали участие 2 мужчин и 67 женщин в возрасте от 55 до 86 лет, участвующие в программе «Активное долголетие».

Социальный портрет испытуемых 2-го этапа. Две трети - одинокие женщины в возрасте около 70 лет и старше, имеющие хронические заболевания, высшее образование, детей и внуков, любящие классическую и народную музыку, читать, имеющие любимые занятия вне программы и не имеющие домашних питомцев.

На обоих этапах тестирование проводилось по четырем методикам:

методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова, шкала тревоги Спилбергера – Ханина, опросник Басса – Дарки

для выявления уровня агрессивности респондентов, краткая форма оценки здоровья MOS SF-36.

Некоторые результаты первого этапа приведены в работе [1], второго этапа и сравнительный анализ двух этапов – в работе [3]. Для обработки полученных результатов использовались Excel и статистическая программа STATISTICA 7.

Исследование, проведенное на 3-х выборках испытуемых доказало выдвинутую гипотезу «Эмоциональное восприятие жизни связано с возрастом, образованием, физическим здоровьем, наличием близких и друзей, интересных занятий и интереса к жизни в целом» можно считать доказанной на 2-х выборках испытуемых.

На первом этапе исследования было установлено, что характер связей в соответствии с гипотезой, носит разный характер для пенсионеров, которые не участвуют в программах центра и для тех, которые участвуют.

Результаты оценки уровня депрессивных состояний показали, что посещающие мероприятия в центре реабилитации не имеют умеренного и выраженного уровня депрессии, а у 15,8 % ее нет вообще. В то же время среди обслуживаемых на дому 25% имеют умеренный уровень депрессии и уровень выраженной - 5 %, отсутствует депрессия всего у 5 %. Применение U-критерия Манна-Уитни к средним значениям уровня депрессии позволило выявить статистически значимые различия (при $p < 0,001$) у пожилых людей, посещающих реабилитационные мероприятия и обслуживаемыми на дому для среднего балла легкой и минимальной депрессии [1,3]. Таким образом, уровень депрессии зависит от того, находится ли человек в социальной изоляции или имеет социальные связи. Среди обслуживаемых на дому половина испытуемых имеет инвалидность, которая может быть одной из причин депрессии.

Таблица 1.1.

Уровень депрессии у пожилых людей, %

Группы	Депрессия отсутствует	Минимальный уровень депрессии	Легкий уровень депрессии	Умеренный уровень депрессии	Выраженная депрессия
Группа № 1 (обслуживаемые на дому), %	5,0	35,0	30,0	25,0	5,0
Группа № 2 (проходящие реабилитационные мероприятия в РЦ), %	15,8	52,6	31,6	0	0

Таблица 1.2

Средний балл уровня депрессии у пожилых людей по группам

Группы	Уровень депрессии, средний балл	Характеристика депрессии	Уровень значимости различий по критерию Манна-Уитни, <i>p</i>
Обслуживаемые на дому	35,4±3,2	легкая	< 0,001
Посещающие РЦ	18,3±2,8***	минимальна	

Для пожилых характерна также проблема агрессивности, которая проявляется на эмоциональном, поведенческом и когнитивном уровнях. Критерий Манна-Уитни показал, что статистически значимые различия (при $p < 0,05$) имеются в уровне подозрительности и физической агрессии между посещающими реабилитационные мероприятия и гражданами, обслуживаемыми на дому. Средние значения уровней индексов враждебности и агрессивности в обеих группах характеризуются как средний уровень нормы, а средний индекс агрессии - низким уровнем в обеих группах. Также для обеих групп характерен средний уровень обиды, подозрительности, негативизма, раздражения и вербальной агрессии и низкий уровень

физической и косвенной агрессии. Частично это можно объяснить действием механизма адаптации в условиях зависимости пожилых людей от медицинских и социальных служб.

Таблица 1.3

Средний балл уровня агрессивности у пожилых людей по группам

Компоненты агрессивности	Группа № 1 обслуживаемые на дому	Группа № 2 посещающие РЦ	Уровень значимости различий по критерию Манна-Уитни, р
Индекс враждебности	9,8±1,9	8,6±1,6	не достоверно
Индекс агрессивности	15,2±2,0	13,7±1,4	не достоверно
Обида	4,3±1,1	3,7±1,6	не достоверно
Подозрительность	5,6±0,6	4,9±0,9*	<0,05
Негативизм	2,4±1,7	2,5±1,3	не достоверно
Чувство вины	5,8±0,8	6,0±1,0	не достоверно
Физическая агрессия	2,2±0,2	3,2±0,3*	<0,05
Косвенная агрессия	2,9±0,5	3,3± 0,4	не достоверно
Раздражение	4,0±1,2	3,8±1,0	не достоверно
Невербальная агрессия	6,0±1,7	5,2± 1,9	не достоверно

Средний балл тревожности в обеих группах как по шкале «ситуативная тревожность», так и по шкале «личностная тревожность» характеризуются высоким уровнем тревожности, но личностная тревожность у получателей услуг, посещающих реабилитационные мероприятия в центре реабилитации, достоверно ниже, чем у граждан, обслуживаемых на дому.

Таблица 1.4

Уровень ситуативной тревожности у пожилых людей, обслуживаемых на дому и посещающих мероприятия в реабилитационном центре, %

Группы	Уровень ситуативной тревожности
--------	---------------------------------

	низкая	умеренная	высокая
Группа № 1 обслуживаемые на дому, %	0	25,0	75,0
Группа № 2 посещающие РЦ, %	5,3	52,6	42,1

Таблица 1.5

Ситуативная и личностная тревожность у пожилых людей, обслуживаемых на дому и посещающих мероприятия в реабилитационном центре. Средний балл по группам

Тип тревожности	Группа № 1 обслуживаемые на дому	Группа № 2 посещающие РЦ	Уровень значимости различий, p
Средний балл ситуативной тревожности	48,4±2,50	48,2± 3,7	Не достоверны
Средний балл личностной тревожности	51,9±2,00	47,8±1,3**	p<0,01

У пенсионеров, посещающих центр, депрессия и тревожность как ситуативная, так и личностная, связаны прямо: чем больше депрессия, тем больше тревожность и наоборот, а вот депрессия и все типы функционирования связаны обратно: чем больше депрессия, тем хуже функционирование и наоборот - чем хуже функционирование, тем больше депрессия [67].

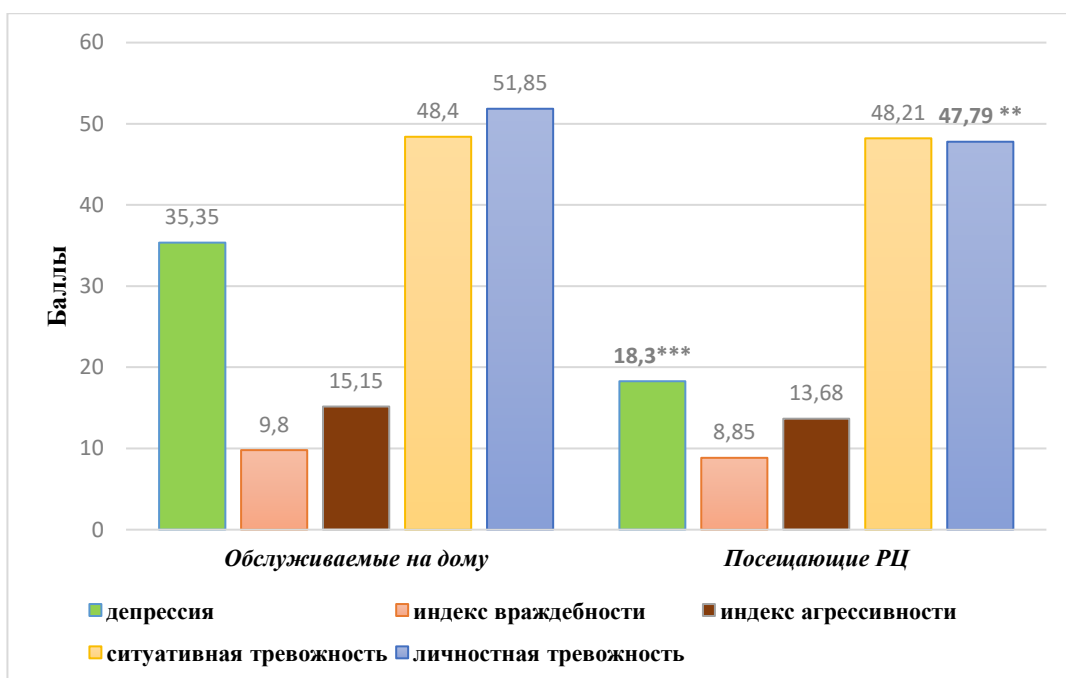


Рисунок 1. Сравнение средних уровней депрессии, агрессивности и тревожности у лиц, посещающих реабилитационный центр и находящихся на обслуживании на дому

Результаты, полученные по краткой форме оценки здоровья MOS SF-36, измеряющей неспецифическое качество жизни, приведены в табл. 1.6 – 1.7 и на рис.3.6;

Таблица 1.6

Результаты исследования физического компонента качества жизни.
Средний балл по группам

Компоненты	Группа №1 обслуживаемые на дому	Группа № 2 посещающие РЦ	Уровень значимости различий, p
Общий	27,3±3,0	38,2±2,3***	< 0,001
PF	20,3±2,6	59,2±4,2***	< 0,001
RP	8,8±3,8	30,3± 3,2***	< 0,001
BP	37,3±2,7	54,4±2,9***	< 0,001
GH	37,2±3,0	47,9± 2,8***	< 0,001

Таблица 1.7

Результаты исследования психологического компонента качества жизни.
Средний балл по группам

Компоненты	Группа № 1 обслуживаемые на дому	Группа № 2 посещающие РЦ	Уровень значимости различий, p
Общий	39,6±2,8	44,5±2,1**	<0,01
VT	43,0±3,0	55,5±3,4***	< 0,001
SF	46,4±4,3	71,1±4,9***	< 0,001
RB	18,3±2,0	42,1± 3,1***	< 0,001
MH	50,6±3,3	60,2±4,0**	<0,01

Факторный анализ для пожилых, обслуживаемых на дому, позволил выделить 2 фактора. Один фактор показал связь враждебности с физическим и психическим состоянием: чем хуже физическое и психическое состояние, тем больше враждебности и наоборот. Второй фактор показал связь чувства одиночества, нездоровья, тревоги и враждебности. Скорее всего, такого рода связи соответствует таким пожилым, про которых говорят, что они недовольны всем на свете. Таким образом, корреляционные связи по Спирмену и представляют собой факторы, определяющие характер взаимодействия пожилого человека с окружающим миром [67].

Таблица 1.8

Коэффициенты корреляции Спирмена для характеристик пожилых,
обслуживаемых на дому ($p < 0,05$)

	Образование	Семейный статус
Индекс враждебности		-0,46
RF (физическое функционирование)	-0,56	
RP (ролевое функционирование)	-0,47	
BP (боль)	-0,56	
GH (общее здоровье)	-0,50	
VT (жизнеспособность)	-0,60	
SF (социальное функционирование)	-0,55	

Для пенсионеров, посещающих центр, было выделено также 2 фактора: первый фактор показал связь возраста, тревоги, физического и психическое состояния. Чем выше тревога, тем меньше внимания человек уделяет своему физическому и психическому состоянию. То есть тревога и возраст как бы заглушают восприятие физического и психического состояния.

Таблица 1.9

Коэффициенты корреляции Спирмена для характеристик пожилых, посещающие центр

	Шкала депрессии
Тревожность ситуативная.	0,50
Тревожность личностная	0,61
RF(физическое функционирование)	-0,48
RP (ролевое функционирование)	-0,61
BP (боль)	-0,62
GH (общее здоровье)	-0,49
VT(жизнеспособность)	-0,53
MH (психологическое здоровье)	-0,72

Таблица 1.10

Результаты факторного анализа для пожилых, обслуживаемых на дому

		F1	F2
	Семейный статус		-0,72
Тест Басса Дарки	Индекс враждебности	0,71	
Шкала тревожности Спилбергера Ханина	Тревога ситуативная		-0,76
	Тревога личностная		-0,78
Качество жизни	RF (Физическое функционирование)	-0,71	
Физический компонент	GH (Общее состояние здоровья)	-0,71	
Качество жизни Психологический компонент	MH((Психологическое здоровье))	-0,85	

Factor Analisis (Multivariate Exporatory Tecniques)

В табл. 1.11 приведены результаты факторного анализа для пожилых, посещающих центр.

Таблица 1.11

Результаты для пожилых, посещающих центр

		F1	F2
	Возраст		0,87
Шкала тревожности Спилбергера Ханина	Тревога личностная	0,77	
Качество жизни Физический компонент	Общий балл		- 0,75
	RF (Физическое функционирование)	- 0,86	
	RP (Ролевое физическое функционирование)	- 0,87	
	BP (Шкала боли)	- 0,87	
Качество жизни Психологический компонент	Общий балл	- 0,89	
	VT (Шкала жизнеспособности)	- 0,90	
	SF (Шкала социального функционирования)	- 0,80	
	RE (Ролевое эмоциональное функционирование)	- 0,78	
	MH (Психологическое здоровье)	- 0,89	
	Expl.Var	8,73	
	Prp.Totl	0,49	

Сравнение полученных результатов показывает, что для обслуживаемых на дому чем хуже физическое и психическое состояние, тем больше враждебность, а для посещающих центр – тем больше тревога. Семейный статус как фактор больше важен для пожилых, которые обслуживаются на дому. Значимым фактором для второй группы является возраст, который больше всего ощущается при физических нагрузках.

Есть отличия в значимости составляющих физического и психологического компонентов в двух группах пожилых: для первой группы для качества жизни важно физическое функционирование, общее состояние физического и психического здоровья, а для второй группы кроме этих показателей важны ролевое физическое и социальное функционирование, наличие болевых симптомов и ролевое эмоциональное функционирование. Совершенно очевидно, что жизнь пожилых, посещающих центр, более разнообразна с точки зрения восприятия ими качества жизни.

Сравнение средних показателей депрессии, агрессивности и тревожности позволяет отметить, что наиболее характерными отличиями двух групп можно считать достоверно более высокий уровень депрессии у тех, кто обслуживается на дому, общим в обеих группах можно считать высокий уровень личностной тревожности.

Таким образом, приведенные выше результаты доказывают первые три положения, выносимые на защиту:

1) Механизм адаптации в условиях зависимости пожилых людей от медицинских и социальных служб частично способствует низкому уровню агрессивности и среднему уровню враждебности, обиды и подозрительности».

2) Уровень депрессии, подозрительности и физической агрессии связан с тем, находится ли человек в социальной изоляции или имеет социальные связи: участники программы «Активное долголетие» менее депрессивны и подозрительны, чем обслуживаемые на дому.

Для проверки третьего положения «Уровень физического компонента качества жизни существенно выше у участников программы «Активное долголетие», в то время как разница в психологическом компоненте качества жизни не столь заметна», выносимого на защиту, анализировались результаты, полученные по краткой форме оценки здоровья.

Анализ показал, что по всем шкалам у пожилых людей, находящихся на социальном обслуживании на дому, параметры ниже, чем у лиц, посещающих реабилитационные мероприятия в центре реабилитации. Однако общий

средний балл по шкале «психологический компонент» у лиц, посещающих реабилитационный центр, не намного выше, тогда как средний балл по шкале «физический компонент» имеет существенное различие, что и доказывает третье положение, выносимое на защиту.

На 2 этапе для более детального исследования роли различных факторов и полной проверки гипотезы и четвертого положения «У человека, находящегося в социальной изоляции, уровень образования отрицательно связан с самооощением: чем выше образование, тем хуже самооощение» были сделаны классификаторы для показателей, которые позволили использовать корреляционный и дисперсионный анализ.

Таблица 1.12

Классификаторы

Образование	Код	Семейный статус	Код	Наличие детей и внуков	Код	С кем проживает	Код
Среднее	1	Одна не замужем	11	Нет	1	одна	1
Средне-техническое	2	Одна разведена	12	Есть дети	2	с мужем (женой)	2
Высшее	3	Одна вдова	13	Есть дети и внуки	3	с мужем (женой) и взрослым ребенком	3
		Замужем (женат)	20	Есть дети, внуки и правнуки	4	Со взрослым ребенком (с родителями)	4
						С семьей взрослого ребенка	5

Таблица 1.13

Любимое занятие вне программы	Код	Любимое занятие по программе АД	Код
Рукоделие	1	Рукоделие	1
Садоводство	2	Английский язык	2
Чтение	3	Литература	3
Путешествия	4	Экскурсии	4

Любимое занятие вне программы	Код	Любимое занятие по программе АД	Код
Велосипедные прогулки	5	Компьютерная грамотность	5
Хотьба, прогулки	6	Скандинавская хотьба	6
Искусство (посещение выставок, театров и музеев)	7	Искусство	7
Спорт и физкультура, танцы	8	Спорт и физкультура, танцы	8
Музыка и пение	9	Музыка и пение	9
Рисование	10	Рисование	10
Фотография, кроссворды, ТВ	11	Несколько	11
Занятия с детьми	12	Ничего	12
Несколько	13		

Таблица 1.14

Наличие вредных привычек	код	Наличие хронических заболеваний	Код	Наличие друзей	Код
нет	1	Нет	1	Нет	1
да	2	Немного заболеваний	2	Есть	2
		Много заболеваний	3	Много	3

Таблица 1.15

Есть ли дома животные	код	Любит ли музыку	код	Любит ли читать	код	Считаете ли вы свою жизнь интересной	код
нет	1	нет	1	да	1	нет	1
да	2	да	2	нет	2	да	2
		классику	3			не очень интересная	3

Анализ корреляционных связей по Спирмену между анкетными данными испытуемых приведен в табл. 1.16.

Таблица 1.16

Корреляции для выборки посещающих программу «Активное долголетие»

	Возраст	Семейное положение	Наличие детей внуков	Наличие друзей
Любимое занятие вне программы				0,29
Наличие вредных привычек до пенсии		-0,27		

Считаете ли вы свою жизнь интересной	-0,33			
Есть ли дома животные			0,25	0,37
Любите ли читать	-0,32	0,26		

Корреляции Спирмена между анкетными данными и тестами приведены в табл. 1.17.

Таблица 1.17

Корреляции Спирмена между результатами тестирования и анкетными данными испытуемых. Уровень значимости $p < 0,05$

	Образование	Наличие друзей	Есть ли дома животные
Индекс агрессии		0,25	
Физическое функционирование			-0,34
Ролевое функционирование			-0,29
Боль			-0,31
Жизнеспособность	0,29		-0,33
Социальное функционирование	0,30		
Эмоциональное функционирование	0,24		
Психологическое здоровье	0,23		

Результаты второго этапа исследования показали, что, чем старше человек, тем менее интересной он считает свою жизнь и меньше всего любит читать. Привлекает внимание наличие обратной связи между семейным положением и наличием вредных привычек, т.е. семейный человек меньше подвержен плохим привычкам и любит читать. Наличие внуков связано с наличием животных, а наличие друзей прямо связано с любимыми занятиями вне программы и наличие животных дома. Интересно отметить, что наличие друзей прямо связано с индексом агрессии, возможно, в данном случае имеет место возможность проявления вербальной агрессии по разным поводам с друзьями, скорее всего в виде сплетен или негативных высказываний. Образование прямо связано с жизнеспособностью, социальным и

эмоциональным функционированием и психологическим здоровьем. Наличие животных обратно связано с физическим и ролевым функционированием, а также болью и жизнеспособностью. То есть можно сказать, чем хуже перечисленные характеристики, тем большая нужда в домашних питомцах, которые выполняют некоторую терапевтическую функцию[68].

Значимых связей с занятиями по программе «Активное долголетие» с анкетными данными не выявлено. Скорее всего, это говорит о мотивации к занятиям по программе, не связанной непосредственно с возрастом, семейным положением, или образованием. Факторный анализ позволил выявить 2 фактора: Первый фактор включает прямую связь с личностной тревожностью и обратно – с физическим, ролевым, социальным и эмоциональным функционированием, болью и психологическим здоровьем. То есть чем больше личностная тревожность, тем хуже все типы функционирования личности. Второй фактор включает отношение к своей жизни (считает ли интересной или нет) и отношение к чтению. Оба эти фактора носят обратный характер, т.е. их влияние тем сильнее, чем они меньше: то есть чем меньше человек считает свою жизнь интересной и чем меньше любит читать, тем больше их влияние на жизнь человека. Полученные результаты доказывают достоверность выдвинутой гипотезы «Эмоциональное восприятие жизни связано с возрастом, образованием, физическим здоровьем, наличием близких и друзей, интересных занятий и интереса к жизни в целом» можно считать доказанной на 2-х выборках испытуемых[68].

1) Исследование, проведенное в 2 этапа на 3-х выборках испытуемых доказало выдвинутую гипотезу «Эмоциональное восприятие жизни связано с возрастом, образованием, физическим здоровьем, наличием близких и друзей, интересных занятий и интереса к жизни в целом» можно считать доказанной на 2-х выборках испытуемых [68].

2) На первом этапе исследования было установлено, что характер связей в соответствии с гипотезой, носит разный характер для пенсионеров, которые не участвуют в программах центра и для тех, которые участвуют. Для

пенсионеров, обслуживаемых на дому, индекс враждебности обратно связан с семейным статусом. Поскольку надо ситуацию более подробно рассматривать, данную связь можно объяснить следующим образом: чем более одинок пожилой человек, тем более он враждебен, причем образование отрицательно связано с самооощущением (так сказать, горе от ума) [68].

У пенсионеров, посещающих центр, депрессия и тревожность как ситуативная, так и личностная, связаны прямо: чем больше депрессия, тем больше тревожность и наоборот, а вот депрессия и все типы функционирования связаны обратно: чем больше депрессия, тем хуже функционирование и наоборот - чем хуже функционирование, тем больше депрессия [68].

3) Факторный анализ для пожилых, обслуживаемых на дому, позволил выделить 2 фактора. Один фактор показал связь враждебности с физическим и психическим состоянием: чем хуже физическое и психическое состояние, тем больше враждебности и наоборот. Второй фактор показал связь чувства одиночества, нездоровья, тревоги и враждебности. Скорее всего, такого рода связи соответствует таким пожилым, про которых говорят, что они недовольны всем на свете. Таким образом, корреляционные связи по Спирмену и представляют собой факторы, определяющие характер взаимодействия пожилого человека с окружающим миром [68].

4) Для пенсионеров, посещающих центр, было выделено также 2 фактора: первый фактор показал связь возраста, тревоги, физического и психического состояния. Чем выше тревога, тем меньше внимания человек уделяет своему физическому и психическому состоянию. То есть тревога и возраст как бы заглушают восприятие физического и психического состояния [68].

5) Сравнение полученных результатов показывает, что для обслуживаемых на дому чем хуже физическое и психическое состояние, тем больше враждебность, а для посещающих центр – тем больше тревога. Семейный статус как фактор больше важен для пожилых, которые

обслуживаются на дому. Значимым фактором для второй группы является возраст, который больше всего ощущается при физических нагрузках [68].

Есть отличия в значимости составляющих физического и психологического компонентов в двух группах пожилых: для первой группы для качества жизни важно физическое функционирование, общее состояние физического и психического здоровья, а для второй группы кроме этих показателей важны ролевое физическое и социальное функционирование, наличие болевых симптомов и ролевое эмоциональное функционирование. Совершенно очевидно, что жизнь пожилых, посещающих центр, более разнообразна с точки зрения восприятия ими качества жизни [68].

б) Результаты второго этапа исследования показали, что, чем старше человек, тем менее интересной он считает свою жизнь и меньше всего любит читать. Привлекает внимание наличие обратной связи между семейным положением и наличием вредных привычек, т.е. семейный человек меньше подвержен плохим привычкам и любит читать. Наличие внуков связано с наличием животных, а наличие друзей прямо связано с любимыми занятиями вне программы и наличие животных дома. Интересно отметить, что наличие друзей прямо связано с индексом агрессии, возможно, в данном случае имеет место возможность проявления вербальной агрессии по разным поводам с друзьями, скорее всего в виде сплетен или негативных высказываний. Образование прямо связано с жизнеспособностью, социальным и эмоциональным функционированием и психологическим здоровьем. Наличие животных обратно связано с физическим и ролевым функционированием, а также болью и жизнеспособностью. То есть можно сказать, чем хуже перечисленные характеристики, тем большая нужда в домашних питомцах, которые выполняют некоторую терапевтическую функцию [68].

7) Значимых связей с занятиями по программе «Активное долголетие» с анкетными данными не выявлено. Скорее всего, это говорит о мотивации к занятиям по программе, не связанной непосредственно с возрастом, семейным положением, или образованием. Факторный анализ позволил выявить 2

фактора: Первый фактор включает прямую связь с личностной тревожностью и обратно – с физическим, ролевым, социальным и эмоциональным функционированием, болью и психологическим здоровьем. То есть чем больше личностная тревожность, тем хуже все типы функционирования личности. Второй фактор включает отношение к своей жизни (считает ли интересной или нет) и отношение к чтению. Оба эти фактора носят обратный характер, т.е. их влияние тем сильнее, чем они меньше: то есть чем меньше человек считает свою жизнь интересной и чем меньше любит читать, тем больше их влияние на жизнь человека [68].

8) Полученные результаты доказывают достоверность выдвинутой гипотезы «Эмоциональное восприятие жизни связано с возрастом, образованием, физическим здоровьем, наличием близких и друзей, интересных занятий и интереса к жизни в целом» можно считать доказанной на 2-х выборках испытуемых [68].

\

Заключение

Рост доли пожилых людей становится мировой демографической тенденцией, и в то же время социальной проблемой. Население земного шара и в том числе в России стареет, что делает проблему пожилых людей актуальной для определения их места в социально-экономической жизни общества. В связи с этим исследование факторов, обуславливающих качество жизни, социальную адаптацию и активность в пожилом возрасте с каждым годом становится все более актуальным [68].

Существующие в обществе точки зрения на стариков как на бесполезных членов общества или полезных для всего человечества представляют две крайние точки зрения, которые не соответствуют действительности. Различные сочетания факторов биологического, социального и психологического возраста приводят к неоднородности пожилых и старых людей. Личностные особенности тоже играют большую роль. Так развитая личность даже в пожилом возрасте умеет сочетать удовлетворение своих потребностей с потребностями своих близких, а неразвитая руководствуется больше эгоцентрическими мотивами. Жизненный путь человека в конкретных исторических и социальных условиях во многом определяет его особенности в пожилом возрасте [68].

Попытки прояснить роли биологических факторов привели к разработке большого числа взаимосвязанных теорий старения, во многом пересекающихся, но единой теории нет. Все теории сходятся в том, что старение вызывается повреждением ДНК.

Качество жизни определяется уровнем здоровья, социально-экономические обеспечения и наличием психологических проблем. Большинство пожилых не достаточно уделяли внимания поддержанию своей физической и умственной активности, поэтому почти 80% пожилых людей имеют различные соматические и психические заболевания. Наличие подавляющего количества хронически больных в пожилом возрасте показывает, что большинство пожилых людей не способны прилагать усилия

для поддержания собственного здоровья. Качество жизни таких людей гораздо ниже, чем у тех, для которых важны такие ценности как добро, истина и справедливость, хотя и эти люди могут не заниматься физической культурой и тоже поддерживать свое состояние с помощью таблеток. Социальные факторы включают в себя уровень социальной адаптивности к новым социальным условиям, в том числе и конструктивное восприятие реальности. Здоровый образ жизни обеспечивает нормальная экология, соответствующая государственная политика, направленная на сохранение и поддержание здоровья населения, поддерживаемая соответствующими мерами. Привычку к здоровому образу жизни надо воспитывать с детства[68].

Слабая поддержка пенсионеров со стороны государства обуславливает их социально-экономические проблемы. Минимальная пенсия чуть больше потребительской корзины, в которой основные продукты -это хлеб и молоко и практически не учитываются средства на лекарства, а медицинское обслуживание ниже всякой критики, особенно в маленьких городах и сельской местности. Наши пенсионеры по сравнению с европейскими пенсионерами просто нищие, что давно уже неоднократно отмечалось в СМИ [68].

Психологическими проблемами пожилого возраста можно считать чувство одиночества, депрессия, уход в прошлое, обвинения в сторону общества и родственников, а также сильная зависимость от своего самочувствия, от условий жизни вообще, потеря ответственности за себя и свою жизнь, а также суицидальное поведение [68].

Поскольку психологическое благополучие человека определяется в первую очередь отношением к себе и позитивными отношениями с окружающими, потребности пожилого и преклонного возраста надо рассматривать как единую систему вместе с эмоциональными переживаниями личности[68]. В настоящее время понятие «качество жизни» объединяется философским пониманием и научно-техническим прогрессом, а также теми ценностями, которые значимы для человека. Жизненная ситуация и ценностные ориентации человека определяют отношение к собственному

старению. Мужчины чаще переживают свой выход на пенсию, потому что больше идентифицируют себя с профессиональной деятельностью, которая заканчивается с выходом на пенсию. А для женщин, для которых важна внешняя привлекательность, ее потеря становится трагедией. Пожилые люди с разнообразными интересами чувствуют себя социально более адаптивно, чем те, у которых этих интересов меньше.

Одним из важнейших показателей качества жизни выступает ее продолжительность, по которой Россия находится на одном из последних мест в мире.

Еще одной из проблем не только пожилых является пенсионный возраст, который имеет тенденцию к увеличению практически во всех странах в связи с ростом продолжительности жизни и общим старением населения. В разных странах мира существуют свои особенности пенсионного законодательства, связанные с возрастом, гендером, стажем и системой начисления пенсионных платежей. Уровень социального благополучия отражается в различных системах показателей, которые в России носят более социозащитный характер по сравнению с другими странами, но уровень реализации этих показателей пенсионеров не удовлетворяет.

Государство должно обеспечивать пожилым людям помимо медицинской помощи социально-психологическую поддержку путем реализации соответствующих программ, а средства массовой информации должны способствовать формированию уважительного отношения к старости. Кроме того, надо использовать опыт других стран, когда активному долголетию способствует не просто занятость, а продуктивная работа, которая помогает пожилому человеку еще и получать удовольствие от того, чем он занимается. Для достойного продолжения трудовой деятельности часто требуется переобучение по государственным программам или хотя бы его компенсация в случае собственной инициативы. В Москве и Подмосковье реализуются проекты «Московское долголетие» и «Активное долголетие в Подмосковье». В этих проектах пожилым предлагаются разнообразные

занятия как очно, так и он-лайн. Эти включают физическую и интеллектуальную активность человека, что помогает как физически себя поддержать, так и реализовать свои интересы [68].

В результате проведенного исследования была доказана выдвинутая гипотеза «Эмоциональное восприятие жизни связано с возрастом, образованием, физическим здоровьем, наличием близких и друзей, интересных занятий и интереса к жизни в целом». В качестве испытуемых были пожилые люди, которые обслуживались на дому и те, которые принимали участие в проекте «Активное долголетие в Подмосковье». В результате исследования было показано, что одиночество человека, который обслуживается на дому и не посещал Программу, прямо связано с его враждебностью к окружающим, при этом, как ни странно, образование скорее мешает позитивному самоощущению. Для посещающих центр больше характерна прямая связь депрессии с тревожностью, что отрицательно сказывается на всех типах функционирования. Семейный статус как фактор больше важен для пожилых, которые обслуживаются на дому. Значимым фактором для второй группы является возраст, который больше всего ощущается при физических нагрузках [68].

Есть отличия в значимости составляющих физического и психологического компонентов в двух группах пожилых: для первой группы для качества жизни важно физическое функционирование, общее состояние физического и психического здоровья, а для второй группы кроме этих показателей важны ролевое физическое и социальное функционирование, наличие болевых симптомов и ролевое эмоциональное функционирование. Совершенно очевидно, что жизнь пожилых, посещающих центр, более разнообразна с точки зрения восприятия ими качества жизни, что подтверждает эффективность проекта «Активное долголетие в Подмосковье»[68].

На втором этапе исследования, в котором испытуемым предлагался расширенный список вопросов, получились следующие результаты.

Семейный человек меньше подвержен плохим привычкам и любит читать, у тех, кого есть внуки, есть домашние питомцы, а те, кто отметил наличие друзей, имеет любимые занятия вне программы. Для данной группы испытуемых образование способствует жизнеспособности, социальному и эмоциональному функционированию и психическому здоровью[68]. Интересно отметить и психотерапевтическую роль домашних питомцев, наличие которых тем вероятнее, чем хуже физическое и ролевое функционированием. Поскольку значимых связей с занятиями по программе «Активное долголетие» с анкетными данными не выявлено, можно предположить, что мотивация к занятиям по программе носит характер, не связанный непосредственно с возрастом, семейным положением, или образованием и требует дальнейшего исследования.

Список опубликованных работ

1. Романова Е. С., Сомова Н. Г. Системное исследование качества жизни в пожилом и преклонном возрасте // Системная психология и социология. 2020. № 4 (36). С. 22–33. DOI: 10.25688/2223-6872.2020.36.4.2
2. Сомова Н.Г. Социально-психологическое понимание феномена старости //Живая наука. Серия: Познание. 2022. № 9. С.69-79. DOI 10.37882/2500-3682.2022.09.18
3. Романова Е.С., Сомова Н.Г. Факторы качества жизни по результатам психологического сопровождения программы «Активное долголетие» в учреждениях социального обслуживания Московской области. //Живая психология. 2022. Том 9№ 5. С.49-64. DOI 10.58551/24136522_2022_9_5_49.

Список литературы

1. Активное долголетие в Подмосковье <https://dolgoletie.mosreg.ru/>
2. Алмакаева А. М. Субъективное восприятие качества жизни: теоретико-методологические и методические аспекты анализа: дис. ... канд. социол. наук: 22.00.01. Самара, 2007. 143 с.
3. Альмуханов К. Г. Благополучное старение: ретроспективный анализ и современное состояние // Фундаментальные исследования. 2014. № 8-1. С. 212–216.
4. Амирджанова В.Н., Горячев Д. В., Коршунов Н.И., Ребров А .П., Сороцкая В.Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ»)//Научно-практическая ревматология No 1, 2008, с.36-48
Режим доступа <https://cyberleninka.ru/article/n/populyatsionnye-pokazateli-kachestva-zhizni-po-oprosniku-sf-36-rezultaty-mnogotsentrovogo-issledovaniya-kachestva-zhizni-mirazh/viewer> (Дата обращения 4.07.22)
5. Амосов Н.М. Раздумья о здоровье. – М.: Физкультура и спорт, 2011. – 230 с.
6. Анисимов В. Н. 1, А. А. Редько 2, А. В. Финагентов 3, В. Х. Хавинсон 4, А. В. Шабров Создание региональной системы оказания комплексной медико-социальной помощи гражданам старшего поколения: Опыт Санкт-Петербурга с.809УСПЕХИ ГЕРОНТОЛОГИИ • 2020 • Т. 33 • № 5 с.809-824
7. Анисимов В.Н. Приоритетные направления фундаментальных исследований в геронтологии: вклад России. Успехи геронтологии. 2003; Т.12. С.9-27
8. Анцыферова Л. И. Новые стадии поздней жизни: время теплой осени или суровой зимы? // Психологический журнал. — 1994. — Т. 15. — № 3. — С. 99— 104.
9. Анцыферова Л. И. Развитие личности и проблемы геронтопсихологии / Л. И. Анцыферова — Издание 2-е, исправленное и дополненное. М., издательство "Институт психологии РАН", 2006, 512 с. (серия: «Достижения в психологии»)
10. Афтеньев А. В., Архипов И. В., Баранова И. Д., Лебедева И. С., Симонова А. В., Кузьменко Л. Г. Иммунная теория старения: от теории к практике режим [Электронный ресурс] доступа <https://www.lvrach.ru/2013/04/15435671> 2013-04-17
11. Баринаова Ж. В. Медико – социальная помощь и социально – психологическая адаптация пожилых людей 14.00.33 - общественное здоровье и здравоохранение АВТОРЕФЕРАТ диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Уфа 2001

12. Бек Аарон, А. Раш, Брайан Шо, Гэри Эмери. Когнитивная терапия депрессии / Аарон Бек, А. Раш, Брайан Шо, Гэри Эмери. - СПб.; Питер, 2003. – 304 с.: ил. – (Серия Золотой фонд психотерапии)
13. Бобков В. Н., Бобков Н. В. Ноосферное социальное качество: от теорий к проектированию//Уровень жизни населения регионов России. 2014. № 2 (192). С. 7–21.
14. Бойцов Б. В. Качество жизни. М.: Изд-во МАИ, 2007. 350 с.
15. Бойцов Б. В., Крянев Ю. В., Кузнецов М. А.. Качество жизни Издательство: МАИ, 2014 г., 268 с. 978-5-7035-1455-9
16. Братусь Б.С. «Аномалия личности» в кн. Психология личности, т.2, Изд.Дом «Барах», Самара, 1999
17. Бреслав Лев Андреевич Рейтинг регионов РФ по продолжительности жизни населения: свежая статистика Росстат / <https://opensii.info/answers/prodolzhitelnost-zhizni-muzhchin-i-zhenshhi/>
18. Бутенко Г.М., В. П. Войтенко Генетические и иммунологические механизмы возрастной патологии Издат.Киев Здоров'я 1983, с.144
19. Вайнер Э.Н. Валеология: Учебник для вузов. 2001. - М.: Флинта: Наука, 2021. - 416 с.
20. Виленчик М.М. / Биологические основы старения и долголетия. / М.: Медицина, 1986
21. Галуцинская Ю. О. К проблеме повышения качества жизни лиц пожилого возраста // Вестник Шадринского государственного педагогического университета. 2015. № 2 (26). С. 101–107
22. Геворкян Е. Н., Романова Е. С., Шалашова М. М. Психолого-педагогическое сопровождение активного долголетия. М.: Неолит, 2020. 264 с.
23. Головной мозг пожилого человека 22/04/2021 ИСТОЧНИК: Медицинский журнал Новой Англии. Материал предоставил Леонид Травицкий...takprosto.cc/golovnoy-mozg-pozhilogo-cheloveka <https://risonim.info/golovnoy-mozg-pozhilogo-cheloveka/>
24. Грановская Р.М. «Элементы практической психологии», Санкт-Петербург, Изд. «Свет»,1997
25. Григорьева И.А. Пожилые женщины: «вниз по лестнице» возраста и гендера // Женщина в российском обществе. 2018. № 1 (86). С. 5—18
26. Декларация по проблемам старения. Принята резолюцией 47/5 Генеральной Ассамблеи от 16 октября 1992 года. [Электронный ресурс]. URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declold.shtml (дата обращения: 25.03.2019)
27. Джеймс У. Личность с.20-38-//Психология личности. Т. 1. Хрестоматия. Издание второе, дополненное.-Самара. Издательский Дом «БАХРАХ», 1999.-448 с.

28. Дильман В.М.. Большие биологические часы (введение в интегральную медицину) Издательство "Знание" Москва 1982 (208 с)
29. Донцов В.И. Иммунобиология постнатального развития. М.:РАН, МОИП. Наука. 1990
30. Донцов В.И., Крутько В.Н., Труханов А.И. Медицина антистарения. Фундаментальные основы. URSS. М., 2009.
31. Дьяченко И. А. Социально-психологические факторы переживания одиночества в пожилом возрасте Специальность: 19.00.13 – психология развития, акмеология АВТОРЕФЕРАТ диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук Санкт-Петербург 2014
32. Единый план о достижению национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 ГОДА и на плановый период до 2030 года 1 октября 2021 года
33. Ерзин А. И., Ковтуненко А. Ю. Нейропсихология антиципации – II. Нейропсихологические синдромы. Психические расстройства. Геронтопсихология: монография. М.: Академический Проект, 2020. 212 с.
34. Ермолаева М. В. Психолого-педагогическое сопровождение пожилого человека: субъектный подход. Специальность 19.00.07 - Педагогическая психология Диссертация на соискание ученой степени доктора психологических наук Москва 2010
35. Ермолаева М.В. Практическая психология старости Эксмо-Пресс Серия Как стать психологом 2002, 320 с.// <https://www.academia.edu/38273273>.
36. Закон Государство и право. Пенсионный возраст в разных странах мира (таблица). Пенсия в разных странах: сравнение /<https://visasam.ru/emigration/vybor/pensiya-v-stranah-mira.html> /article/266495/pensionnyiy-vozzrast-v-raznyih-stranah-mira-tablitsa-pensiya-v-raznyih-stranah-sravnienie
37. Зарковский Г. М. Качество жизни населения России. М.: Смысл, 2009. 319 с. 34
38. Ижванова Е.М. Проблемы мотивации здоровья как мотивация развития личности// Психология зрелости и старения. 2013. № 1. С. 57-88
39. Ижванова Е.М. Развитие полоролевой идентичности в юношеском и зрелом возрасте Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова. Москва, 2004
40. Карвасарский Б. Д. Психотерапия: учеб. для вузов / Изд. 2-е, перераб.. — СПб.: Питер, 2002. – 672
41. Кашина О. П. Единство и разнообразие жизненного пути человека зрелого возраста в современном обществе 09.00.11 – Социальная

- философия Диссертация на соискание ученой степени кандидата философских наук Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского» Нижний Новгород 2016
42. Клёцина И.С. Гендерная социализация в пожилом возрасте // Социальная психология и общество. 2020. Том 11. №3. С. 22—34. doi:10.17759/sps.2020110302// [электронный ресурс] – режим доступа <https://bib.convdocs.org/>
 43. Коломиец П. Н. «СЕРЕБРЯНАЯ ЭКОНОМИКА» – НОВЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ СТАРЕНИЯ, магистр медицинских наук, аспирант департамента экономической теории, Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации, г. Москва, e-mail: kolomijecs@gmail.com СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ с.89-101
 44. Колосницына М.Г., Герасименко М.А. Экономическая активность в пожилом возрасте и политика государства. Вопросы государственного и муниципального управления. 2014. №4 с.47-68
 45. Конев В.С. Энциклопедия долгожительства, Конев В.С., 2003 г., СПб.: Издательский Дом «Нева», 384 стр., ISBN 5-7654-3026-0. 9
 46. Коробкова С.Н. Философский реализм в русском естествознании второй половины XIX в. Специальность 09.00.03 история философии Диссертация на соискание ученой степени доктора философских наук, Санкт-Петербург 2016
 47. Крайг Г. Психология развития Питер, Санкт-Петербург, Москва – Харьков- Минск, 2000. -992 с .
 48. Краснова О.В., Козлова Т.З. Старшее поколение: гендерный аспект. М.: ИС РАН, 2007. 220 с.
 49. Крянев Ю.В., Кузнецов М.А., Бойцов Б.В. «Качество жизни» Издательство: МАИ, 2014 г., 268 с. ISBN:978-5-7035-1455-9
 50. Кузнецов О. Н. Психология и психопатология одиночества. М.: Медицина, 1972. 335 с.
 51. Лига М. Б., Щеткина И. А., Захарова Е. Ю. Оценка качества жизни населения как условие обеспечения социальной безопасности (по материалам социологического исследования) // Гуманитарный вектор. 2018. Т. 13. № 3. С. 27–33.
 52. Малыхин Ф. Т. Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возраста (обзор литературы) // Качественная клиническая практика. 2011. № 1. С. 11–18.
 53. Массен П., Конгер Дж., Каган Дж., Гивитц Дж. Развитие личности в среднем возрасте // Психология личности. Тексты. / Под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, А. А. Пузыря. — М: Изд-во МГУ, 1982. С. 182-186

54. Материалы сайта Ростата [Электронный ресурс]. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/generation/# (дата обращения: 13.03.2019).
55. Мелехин А. И. Качество жизни в пожилом и старческом возрасте: проблемные вопросы // Современная зарубежная психология. 2016. Т. 5. № 1. С. 53–63. DOI: 10.17759/jmfp.2016050107
56. Михаил Казиник о старости, пенсии и о том, как перестать бояться смерти
<https://www.izbrannoe.com/news/video/mikhail-kazinik-o-starosti-pensii-i-o-tom-kak-perestat-boiyatsya-smerti/> Одноклассники 21 июля 2020.
57. Москалев А.А., Прошкина Е.Н., Белый А.А., Соловьев И.А. Генетика старения и долголетия. Вавиловский журнал генетики и селекции. 2016;20(4):426440. DOI 10.18699/VJ16.171
58. Москалев АА Генетика и эпигенетика старения и долголетия/ Экологическая генетика, 2013. Т.11, N1. С.3-11// [Электронный ресурс]. – режим доступа <https://aging-genes.livejournal.com/60941.html>?
59. Неопси Центр здоровья психики
<https://www.neopsy.ru/diseases/organic/>
60. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику, МГУ, 1987 г. – 168 с.// <https://www.klex.ru/fla>
61. Нормы хлеба в блокадном Ленинграде: паек блокадников
<https://fb.ru/article/243961/normyi-hleba-v-blokadnom-leningrade-paek-blokadnikov>
62. Пенсионный возраст в разных странах мира таблица на 2021 год/
<http://mir-krasotint.ru/sovety-yurista/8682-pensionnyu-voznrast-v-raznykh-stranakh-mira-tablica-na-2021-god.html>
63. Потребительская корзина: что входит в 2019-2020 году, состав и стоимость
Источник: [Электронный ресурс]. – режим доступа <https://kinogirls.ru/vkhodit-korzinu-prozhitochnogo-minimuma//>
64. Прохорова М.В. Феномен одиночества пожилых людей: социологический анализ Специальность 22.00.04. Социальные структуры, социальные институты и процессы автореферат на соиск. Ученой степени кандидата социологических наук Нижний Новгород 2007
65. Психологическое сопровождение пожилых людей в период адаптации к жизни в геронтологическом учреждении: методические рекомендации / под ред. Н. В. Ключевой; Ярослав. гос. ун-т им. П. Г. Демидова. – Ярославль : ЯрГУ, 2012. – 80 с.
66. Пушкинская карта /<https://www.culture.ru/poems/5690/dva-chuvstva-divno-blizki-nam?ysclid=lbdfvgzi3d211443582>
67. Романова Е. С., Сомова Н. Г. Системное исследование качества жизни в пожилом и преклонном возрасте // Системная психология и

- социология. 2020. № 4 (36). С. 22–33. DOI: 10.25688/2223-6872.2020.36.4.2
68. Романова Е.С., Сомова Н.Г. Факторы качества жизни по результатам психологического сопровождения программы «Активное долголетие» в учреждениях социального обслуживания Московской области. //Живая психология. 2022. Том 9№ 5. С.49-64. DOI 10.58551/24136522_2022_9_5_49.
69. Рыбаков А.В., Проблема психологического сопровождения пожилых людей в современной психологической науке и практике International Journal of Medicine and Psychology / Международный журнал медицины и психологии 2020, Том 3, №3 12 аспирант, Марийский государственный университет с.12-19
70. Рыжов Б. Н. Системная психология. М.: Т8 Издательские Технологии, 2017. 356 с.
71. Селиверстова Н. С. Психофизическая коррекция Я-концепции лиц пожилого возраста. Специальность 13.00.04 – теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры (психологические науки) Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук Санкт-Петербург – 2017
72. Селигман М. Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни. М.: София, 2006. 368 с. 15. Стюарт-Гамильтон Я. Психология старения. 4-е изд. СПб.: Питер, 2010. 320 с.
73. Сизова И.Л. Work first: занятость и незанятость пожилых в современной России // Материалы Международной научно-практической конференции «Трансформация человеческого потенциала в контексте столетия» (г. Нижний Новгород, 14—15 сентября 2017 г.) / Под общ. ред. З.Х. Саралиевой. Нижний Новгород: Науч.-исслед. социол. центр, 2017. С. 692—696.
74. Скулачев В.П., Скулачев М.В., Фенюк Б.А. Жизнь без старости /М.: Эксмо, 2017. 270 с.
75. Соболева Е. В. Проблема одиночества пожилых людей Вестник СГСЭУ. 2018. No 1 (70) Российский государственный гуманитарный университет с. 161-165 [электронный ресурс]- режим доступа <https://cyberleninka.ru/article/n/problema-odinochestva-pozhilyh-lyudey> дата обращения 15.05.22
76. Соколинский В.Е. Понятные методы укрепления здоровья: для занятых и разумных [Электронный ресурс] режим доступа- <https://medznate.ru/docs/index-46019.html?page=55> 29.03.2013
77. Соколинский В.Е., Соколинская В.А. «Кризис среднего возраста», Изд. «Тимошка», СПб,1999
78. Средняя продолжительность жизни в России для мужчин и женщин- Источники: [Электронный ресурс]. – режим доступа

- <https://progov.ru/srednyaya-prodolzhitelnost-zhizni-v-rossii> дата обращения 20.03.22
79. Статистика пожилых людей в России 2022 года [Электронный ресурс]. – режим доступа // https://consalting39.ru/statistika-pozhilyh-ljudej-v-rossii-2019-goda-33742#___2019
 80. Статистические издания/<https://rosstat.gov.ru/folder/210>
 81. Статистический сборник Здоровоохранение в России — 2019. Часть 2. Состояние здоровья населения (взрослые) [Электронный ресурс]. – режим доступа // <https://resursor.ru/statisticheskij-sbornik-zdravoohranenie-v-rossii-2019-polnaya-versiya/zdorovyie-naseleniya-vzroslye/> дата обращения 5.09.22
 82. Томэ Г., Кэхеле Х. Современный психоанализ: исследования. Случай Амалии Икс Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2001. - 304 с.
 83. Тоффлер Э. Третья волна
[//https://royallib.com/book/toffler_elvin/tretya_volna.html](https://royallib.com/book/toffler_elvin/tretya_volna.html)
 84. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник: Пер. с англ. и нем. / Общ. ред. Л. Я. Гозмана и Д. А. Леонтьева; вст. ст. Д. А. Леонтьева. — М.: Прогресс, 1990. — 368с: ил. — (Б-ка зарубежной психологии).
 85. Фролова Елена Александровна¹, frolova_ea@mail.tsu.ru Кашапова Эльмира Рамисовна², elmira6280@yandex.ru Клемашева Елена Игоревна², klemaha@mail.ru Маланина В. А., Оценка активного долголетия в Сибирском Федеральном Округе на основе методики индекса активного долголетия УДК 330.59:364.2:336-057.75(571.1) Векторы благополучия: экономика и социум. 2019. № 2 (33) <http://jwt.su>
 86. Фролькис В.В. Старение и увеличение продолжительности жизни. Л.: Наука, 1988.103 с.
 87. Ханова С.П. Особенности суицида у пожилых [Электронный ресурс]. – режим доступа // <https://www.b17.ru/article/osobennosti-suicida-u-rozhilyh/>
 88. Хейфлик Л. Как и почему мы стареем?» Издательство: Вече, АСТ ISBN:5783804355 Год:1999
 89. Хрестоматия по психологии развития Белорусский государственный университет им. М.Танка, 2012
 90. Шестакова Н. Н., Скворцова М. Б. Социальное благополучие пожилых в контексте зарубежных и национальных показателей // Социальное обслуживание семей и детей: научно-методический сборник. 2019. Вып. 17: Социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов трудоспособного возраста. С. 45–62
 91. Эриксон Э. «Идентичность: юность и кризис», М.Изд.группа «Прогресс», 1996
 92. Эриксон Э. Детство и Общество. - Изд. 2-е, переработанное и дополненное/Пер. Алексеева А.А. - СПб.: "Речь. - 2002. - 235 - 259.

93. Юнг К. Сознание и бессознательное. «Университетская книга», АСТ, Санкт-Петербург-Москва, 1997, с.544
94. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия/Пер. с англ. Т.С. Драбкиной. — М.:Независимая фирма “Класс”, 1999. — 576с.— (Библиотека психологии и психотерапии). 83
95. Active Ageing Index 2012. Concept, Methodology, and Final Results. Research Memorandum / A. Zaidi, K. Gasior, M. Hofmarcher, O. Lelkes, B. Marin, R. Rodrigues, A. Schmidt, P. Vanhuysse, E. Zolyomi // Methodology Report, European Centre. – Vienna, March 2013. URL: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.360.9488&rep=rep1&type=pdf> (дата обращения 24.03.2019).
96. Azghar Zaidi. Active Ageing Index 2014: Analytical Report // UNECE/European Commission. 2015. URL: http://www.academia.edu/12446281/Active_Ageing_Index_2014_-_Analytical_Report (дата обращения 29.03.2019)
97. Barry A. Edelstein, PhD Erin L. Woodhead, MS Daniel L. Segal, PhD Marnin J. Heisel, PhD Emily H. Bower, MS Angela J. Lowery, PhD Sarah A. Stoner, MS Older Adult Psychological Assessment: Current Instrument Status and Related Considerations *Clinical Gerontologist*, Vol. 31(3) 2008 Available online at <http://cg.haworthpress.com> © 2008 by The Haworth Press. All rights reserved. doi:10.1300/J018v31n03_01
98. Beard J. R., Officer A. M., Cassels A. K. The world report on ageing and health // *The Gerontologist*. 2016. Vol. 56. Issue Suppl. 2. P. 163–166. DOI: 10.1093/geront/gnw037
99. Christine E. Gould, Lindsay A. Gerolimatos, Caroline M. Ciliberti, Barry A. Edelstein and Merideth D. Smith Department of Psychology, West Virginia University, West Virginia, US Initial evaluation of the Older Adult Social-Evaluative Situations Questionnaire: a measure of social anxiety in older adults *International Psychogeriatrics* (2012), 24:12, 2009–2018 C International Psychogeriatric Association 2012 doi:10.1017/S1041610212001275
100. Depression in the Elderly January 2021 Publisher: Lambert Academic Press ISBN: 978-620-3-20033-1
101. Disparities in the pace of biological aging among midlife adults of the same chronological age have implications for future frailty risk and policy Maxwell L. Elliott 1 , Avshalom Caspi1,2,3,4,5, Renate M. Houts1 , Antony Ambler3,6, Jonathan M. Broadbent7 , Robert J. Hancox8, HonaLee Harrington1 , Sean Hogan6, Ross Keenan9,10, Annchen Knodt1 , Joan H. Leung 11,12, Tracy R. Melzer9,13, Suzanne C. Purdy9,11,12, Sandhya Ramrakha6, Leah S. Richmond-Rakerd14, Antoinette Righarts 8, Karen Sugden1 , W. Murray Thomson 7 , Peter R. Thorne 9,12,15, Benjamin S. Williams1 , Graham Wilson6, Ahmad R. Hariri1 , Richie Poulton6 and

102. George L. K. Still happy after all these years: Research frontiers on subjective well-being in later life // *The Journals of Gerontology Series Psychological Sciences and Social Sciences*. 2010. № 65B (3). P. 331–339. DOI: 10.1093/geronb/gbq006
103. Hildegard I.D. Macke Emerging topics in *C. elegans* aging research: Transcriptional regulation, stress response and epigenetics, , *Mechanisms of Ageing and Development* Volume 177, January 2019, Pages 4-21
104. Jun-E Liu, Jun-Ye Tiana, Peng Yue, Yong-Li Wang, Xue-Ping Du, Shuang-Qin Chena. Living experience and care needs of Chinese empty-nest elderly people in urban communities in Beijing, China: СИСТЕМНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И СОЦИОЛОГИЯ, 2020, № 4 (36) 32 A qualitative study // *International Journal of Nursing Sciences*. 2015. Vol. 2. Issue 1. P. 15–22. DOI: 10.1016/j.ijnss.2015.01.008
105. Kovalenko Olena H. Poltava, Korolenko V. G. PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF ELDERLY PEOPLE: THE SOCIAL FACTORS National Pedagogical University, Poltava, Ukraine Lyubov M. Spivak National Pedagogical Dragomanov University, Kyiv, Ukraine
106. Laidlaw K., Thompson L. W., Gallagher-Thompson D., Dick-Siskin L. Cognitive behaviour therapy with older people. Tavistock, Devon: John Wiley & Sons Ltd, 2003. 234 p.
107. Martin S. Denzela,* , Louis R. Lapierré,* , Hildegard I.D. Macke, Emerging topics in *C. elegans* aging research: Transcriptional regulation, stress response and epigenetics *Mechanisms of Ageing and Development* Volume 177, January 2019, Pages 4-21
108. Psychometric Properties of the Geriatric Anxiety Scale: Comparison to the Beck Anxiety Inventory and Geriatric Anxiety Inventory BRIAN P. YOCHIM, PhD, ABPP, ANNE E. MUELLER, MA, ANDREA JUNE, MA, and DANIEL L. SEGAL, PhD University of Colorado at Colorado Springs, Colorado Springs, Colorado, USA *Clinical Gerontologist*, 34:21–33, 2011 Copyright © Taylor & Francis Group, LLC ISSN: 0731-7115 print/1545-2301 online DOI: 10.1080/07317115.2011.524600 pp.21-33
109. THE EFFECT OF CINEMATHERAPY-BASED GROUP REMINISCENCE ON OLDER ADULTS' SELF ESTEEM Intan Maharani Sulistyawati Batubara¹ , Niken Yuniar Sari ² , Megan Eagle ³ *Indonesian Journal of Global Health Research* Volume 2 Number 4, November 2020, pp. 335 - 342 e-ISSN 2715-1972; p-ISSN 2714-9749 <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/IJGHR>
110. THEORETICAL ADVANCES IN POLICY AND PRACTICES IN AGING N. Morrow-Howell, Washington University in St. Louis, St. Louis, Missouri 68th Annual Scientific Meeting 791 22 april 2020
111. Understanding quality of life in old age / ed. by A. Walker. Maidenhead, New York: Open University Press, 2005. 209 p

