

УДК 159.9.07

DOI 10.25688/2223-6872.2020.36.4.2

## СИСТЕМНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ПОЖИЛОМ И ПРЕКЛОННОМ ВОЗРАСТЕ

**Е. С. Романова,**  
МГПУ, Москва,  
*RomanovaES@mgpu.ru,*

**Н. Г. Сомова,**  
МОЦРИ, Королёв,  
*Somovang@mail.ru*

Статья посвящена системному исследованию компонентов качества жизни в пожилом и преклонном возрасте. Проведена оценка современного понимания понятия «качество жизни». Целью работы является определение факторов, оказывающих влияние на уровень качества жизни в пожилом и преклонном возрасте. Системное исследование затрагивает такие компоненты качества жизни, как тревога, депрессия, агрессия, общее психологическое благополучие. Системно-психологический анализ компонентов качества жизни позволяет рассмотреть потребности, возникающие в пожилом и преклонном возрасте через призму системного единства, и предлагает качественно новое восприятие эмоциональных переживаний, характерных для данного периода.

В статье представлены результаты исследования, проведенного в 2019 г. на базе Московского областного центра реабилитации инвалидов с участием 39 получателей услуг — лиц пожилого и преклонного возраста. Проведено сравнение показателей качества жизни лиц, проходящих реабилитационные мероприятия в центре социального обслуживания, с показателями качества жизни лиц, получающих услуги социального обслуживания на дому.

В ходе системного исследования было выявлено, что показатели психологического и физического компонентов здоровья среди лиц, посещающих реабилитационные мероприятия, превышают показатели лиц, получающих уход на дому. Кроме того, среди лиц, обслуживаемых на дому, выявлен повышенный уровень тревожности и депрессии, что свидетельствует о более низком показателе качества жизни по сравнению с лицами, получающими услуги социальной реабилитации в центре социального обслуживания. Исходя из полученных данных сделан вывод, что качество жизни является сложным системным конструктом, включающим как индивидуально-психологические характеристики личности, так и возможности установления прочных социальных связей в пожилом и преклонном возрасте.

*Ключевые слова:* системно-психологический анализ; системная периодизация; качество жизни; пожилой возраст; преклонный возраст; депрессия; агрессивность; тревожность; физический компонент здоровья; психологический компонент здоровья.

*Для цитаты:* 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

*Романова Евгения Сергеевна,* доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой общей и практической психологии, заведующая лабораторией социально-психологических исследований в образовании Института специального образования и психологии Московского городского педагогического университета, Москва.

E-mail: RomanovaES@mgpu.ru

ORCID: 0000-0002-9032-6869

*Сомова Наталья Геннадьевна*, директор Московского областного центра реабилитации инвалидов, Королёв.

E-mail: Somovang@mail.ru

ORCID: 0000-0002-4160-4711

UDC 159.9

DOI 10.25688/2223-6872.2020.36.4.2

## SYSTEM RESEARCH OF THE LIFE QUALITY IN THE ELDERLY AND OLD AGE

**E. S. Romanova**,

MCU, Moscow,

*RomanovaES@mgpu.ru*,

**N. G. Somova**,

MRCRD, Korolev,

*Somovang@mail.ru*

The article is devoted to a systematic study of the quality of life components in the elderly and old age. The assessment of the modern understanding of the concept of “quality of life” is carried out. The aim of this work is to determine the factors affecting the quality of life in the elderly and old age. The system study touches upon such quality of life components as anxiety, depression, aggression, and general psychological well-being. The system-psychological analysis of the quality of life components allows us to consider the needs that arise in the elderly and old age through the prism of system unity and offers a qualitative new perception of emotional experiences characteristic of this period.

The article presents the results of the study conducted in 2019 on the basis of Moscow regional center for rehabilitation of disabled people with the participation of 39 recipients of elderly and old people.

The quality of life indicators of elderly and old people receiving social rehabilitation services in the center of rehabilitation for the elderly people with the indicators of the quality of life of those who are taken care at home were compared.

In the course of a systematic research, it was revealed that the indicators of the psychological and physical health components among people who attend rehabilitation activities in the social service center exceed the indicators of people who are taken care at home. There is also an increased level of anxiety and depression among people who are served at home, which indicates a lower quality of life compared to elderly and old people who receive social rehabilitation services in the center. Based on the data obtained, it is concluded that the quality of life is a complex system construct that includes both individual psychological characteristics of a person and the ability of establishing strong social ties in the elderly and old age.

*Keywords*: systems analysis; old age; activity; satisfaction; quality of life; aging; meaning of life; social quality; psychological well-being.

*For citation*: Romanova E. S., Somova N. G. System research of the life quality in the elderly and old age // Systems Psychology and Sociology. 2020. № 4 (36). P. 22–33. DOI: 10.25688/2223-6872.2020.36.4.2

*Romanova Evgeniya Sergeevna*, Doctor of Psychological Sciences, Professor, Head of the Department of General and Practical Psychology, Head of the Laboratory of Social-and-Psychological Researches in Education at the Institute of Special Education and Psychology of the Moscow City University, Moscow, Russia.

E-mail: RomanovaES@mgpu.ru

ORCID: 0000-0002-9032-6869

*Somova Natalya Gennadievna*, Director of the Moscow Regional Center for Rehabilitation of Disabled People, Korolev, Russia.

E-mail: Somovang@mail.ru

ORCID: 0000-0002-4160-4711

## Введение

Увеличение продолжительности жизни населения приводит к возникновению интереса к поиску путей замедления темпов старения с целью улучшения качества жизни в пожилом и преклонном возрасте. Рост доли пожилых людей становится мировой демографической тенденцией, бросая новый вызов современному обществу.

Исследование компонентов качества жизни в пожилом и преклонном возрасте нацелено на определение факторов, оказывающих влияние на уровень социально-психологической адаптации к возрастным изменениям. Системная оценка компонентов качества жизни позволяет рассмотреть потребности, возникающие в пожилом и преклонном возрасте через призму системного единства, и предлагает качественно новое восприятие эмоциональных переживаний личности.

### Современные подходы к пониманию категории «качество жизни»

На сегодняшний день существуют различные подходы к пониманию термина «качество жизни», при этом можно увидеть общую системную тенденцию в эволюции данного понятия [12].

Изначально понятие «качество жизни» связывалось с обеспечением прав человека и включало в себя следующие показатели: наличие работы, величина дохода, гарантирующего определенный уровень благосостояния, качество образования, медицинского обслуживания и других социальных услуг. Затем добавились экологические вопросы, такие как благоустроенность городского пространства, качество окружающей среды. Еще более широкую интерпретацию понятие «качество жизни» получает в дальнейшем, включая в себя состояние физического здоровья, психологическое самочувствие, оптимизацию условий труда, возможность участия в принятии жизненно важных решений, а также использование экономических, политических и социальных свобод.

В научный оборот категория «качество жизни» была введена Дж. Гэлбрейтом

в 60-х гг. XX века. Качество жизни определялось через экономические показатели как возможность потребления благ и услуг характерных для того или иного образа и стиля жизни. Начиная с середины 90-х годов прошлого столетия содержание понятия «качество жизни» было переосмыслено [3].

В настоящее время категория «качество жизни» рассматривается как новая цивилизационная парадигма развития современного человечества, не сводимая только лишь к биомедицинским параметрам, так как ее осмысление возможно через совокупность биологического, психологического, социального, а также духовного понимания здоровья [4: с. 4; 11]. Качество жизни оказывает влияние на все сферы деятельности человека, определяя общий уровень удовлетворенности и степень продуктивности [10].

В рамках различных направлений сформировались два подхода к изучению качества жизни, один из которых определяется как глобальное моделирование, связанное с экономической составляющей, и второй — как субъективное качество жизни, связанное с психологическим благополучием [21]. Показатели качества жизни можно разделить на три группы: субъективные, экзистенциальные, объективные.

Следуя концепции «ощущаемого качества жизни», его оценка требует рассмотрения таких категорий, как «счастье» и «удовлетворенность» [1: с. 16]. С. Любомирски и Х. Леппер выдвинули предположение, что уровень субъективного счастья человека определяется тремя основными факторами: генетическими, социальными, а также включенностью в определенную сферу деятельности [17]. Данная модель находит отражение в формуле счастья М. Селигмана, согласно которой постоянный уровень счастья является суммой установленного наследственного уровня счастья, жизненных обстоятельств и факторов, которые можно контролировать и которыми можно управлять [14: с. 54].

Психологическое благополучие является результатом динамического процесса, сконфигурированного как отношение к самопринятию, самоуважению, автономии, контролю над окружающей средой и как личностный

рост и установление позитивных отношений [22: с.105].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет здоровье как состояние полного физического, психического и социального благополучия. Данное определение соответствует интегративной модели понимания качества жизни, приверженцами которой являются А. А. Новик, Г. М. Зараковский, М. Алонсо [4: с. 80]. Благодаря интегративной модели можно изучить физическое, психическое, а также социальное состояние человека [8: с. 11].

В настоящее время наблюдается увеличение продолжительности жизни в сочетании с низким уровнем рождаемости, что делает актуальной проблему глобального старения населения. По прогнозам экспертов, к концу 2050 г. пожилое население мира увеличится до двух миллиардов человек [21: с. 4]. Для пожилого возраста в первую очередь характерна утрата прежних социальных ролей. Многие исследования показывают, что 73–75 % пожилых граждан в возрасте 70–80 лет страдают от какой-либо болезни и пребывают в состоянии дискомфорта, что ведет к сокращению периода активной жизни [18].

В рамках системно-возрастной периодизации выделены две экзистенциальные эпохи, включенные в четвертую фазу системодинамики и соответствующие эре возвращения к себе (инволюции), при которой наблюдается доминирование мотивации сохранения «Я» и тенденции самосохранения. Данные экзистенциальные эпохи подразделяют эру возвращения к себе на пожилой возраст — от 73 до 84 лет; преклонный возраст — от 85 лет и старше. При этом отмечается, что переход от эры сохранения (диссипации) к эре инволюции (распада) сопровождается наступлением кризиса пожилого возраста, характеризующегося снижением интеллектуальных возможностей, ухудшением здоровья и нарастанием конфликтности на фоне обострения эгоизма [13: с. 193].

Старение — процесс, включающий в себя структурные, функциональные, химические и нейробиологические изменения [6: с. 10]. Субъективное восприятие качества жизни в пожилом и преклонном возрасте связано с индивидуальными механизмами адаптации

к возникающим изменениям. Такие личностные характеристики, как оптимизм и самообладание, играют важную роль в решении проблем, сопровождающих наступление кризиса пожилого возраста.

Исследование качества жизни в пожилом и преклонном возрасте связано с задачей определения конечной цели существования [5]. Осознание смысла жизни в сочетании с высокой субъективной оценкой качества прожитой жизни является важным фактором оптимального функционирования личности в позднем возрасте [19]. В соответствии с определением М. Флуд, «благополучное старение — это исход, предпочтительный для индивидуума, показывающий его способность адаптироваться и справляться с нарастающими изменениями, связанными с течением времени, сохраняя при этом цель и смысл жизни» (цит. по: [2: с. 212]).

Таким образом, качество жизни представляет собой 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. Высокий уровень социальной вовлеченности является одним из ключевых факторов в достижении цели успешного старения.

### Организация и методы исследования

Психодиагностическая оценка компонентов качества жизни была организована в соответствии с содержательной логикой исследования качества жизни в пожилом и преклонном возрасте.

Испытуемые являлись получателями услуг Московского областного центра реабилитации инвалидов. В диагностической работе приняли участие 39 женщин в возрасте от 71 до 95 лет. Реабилитационные мероприятия в отделении социальной реабилитации посещали 19 испытуемых, из них 10 человек имели инвалидность. Социальными работниками на дому обслуживались 20 человек, из них 11 имели инвалидность.

В работе были использованы следующие психодиагностические методики:

- краткая форма оценки здоровья MOS SF-36 (Medical Outcomes Study-Short Form), направленная на измерение неспецифического качества жизни, включающая в себя оценку физического и психологического компонентов здоровья;

- шкала тревоги Спилберга – Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), измеряющая тревожность как свойство личности, обуславливающее поведение субъекта;

- опросник Басса – Дарки (Buss – Durkee Hostility Inventory, сокращенно — BDHI) предназначен для выявления уровня агрессивности респондентов;

- методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. А. Жмурова, направленная на выявление изменений отношения к жизни и деятельности под воздействием депрессивных настроений.

### Результаты исследования

На первом этапе исследования проведена дифференциальная диагностика депрессивных состояний в пожилом и преклонном возрасте. Результаты исследования уровня депрессии распределены по двум группам. Первая включает в себя граждан, получающих услуги социального обслуживания на дому. Вторая — лиц, посещающих реабилитационные мероприятия в центре социального обслуживания. Общие результаты исследования депрессии представлены в таблице 1 (в %).

встречающуюся среди лиц пожилого и преклонного возраста. Показатели депрессии у лиц пожилого и преклонного возраста различаются в зависимости от рассматриваемой выборки.

Количественный анализ данных по шкалам депрессии выявил следующее: у испытуемых второй группы уровень депрессии не превышает легкую степень выраженности, тогда как в первой группе у 25 % испытуемых наблюдается умеренный уровень депрессии, 5 % — демонстрируют высокую степень выраженности депрессии. Среди лиц, посещающих реабилитационный центр, депрессия отсутствует у 15,8 %, в то время как в группе лиц, получающих обслуживание на дому, депрессия отсутствует всего у 5 %. Среди испытуемых как первой (35 %), так и второй группы (52,6 %) подавляющее большинство имеет легкий уровень депрессии. Тем не менее у испытуемых первой группы наблюдается более широкий диапазон уровней депрессии по сравнению с испытуемыми второй группы.

В ходе исследования были выявлены статистически значимые различия ( $p < 0,01$ ) между показателями уровня депрессии лиц пожилого и преклонного возраста, посещающих реабилитационные мероприятия, и показателями лиц пожилого и преклонного, получающими обслуживание на дому.

Таким образом, уровень депрессии зависит от того, находится ли человек в социальной изоляции или имеет обширные социальные связи. Наличие у пожилого человека какого-либо хронического заболевания и/или инвалидности не является непременно

Таблица 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

Депрессивные расстройства представляют собой наиболее распространенную группу нарушений психической деятельности,

вытекающих из условия развития депрессии и потери независимости. Однако социальную изоляцию следует рассматривать как негативный фактор,

способствующий нарастанию уровня депрессивного состояния.

В соответствии с концепцией системной психологии кризис пожилого возраста, наступающий после 72–73 лет, связан с завершением эры сохранения, характерной особенностью которой является преобладание мотиваций нравственности и альтруизма. Следует отметить, что переход от эры сохранения к эре инволюции имеет весьма условные возрастные рамки, поскольку наступление кризиса пожилого возраста во многом зависит от индивидуальных качеств личности. На фоне постепенного снижения интеллектуальных возможностей и общего ухудшения самочувствия в пожилом возрасте наблюдается увеличение интереса к собственным нуждам. Данный период характеризуется обострением конфликтов, возникающих в ближайшем окружении, по причине нарастания эгоистических тенденций в поведении пожилого человека, для которого все большую значимость приобретает мотивация сохранения «Я» и отстаивание собственных интересов. При этом наблюдается глубокое переживание чувства обиды, связанное с недостатком внимания к собственной личности со стороны молодого поколения и постепенной утратой значимого положения в обществе.

С этой проблемой тесно связана тема увеличения уровня агрессивности в пожилом и преклонном возрасте. Негативный настрой в отношении других, проявляющийся на эмоциональном, поведенческом и когнитивном уровнях, как правило, обостряется сразу после наступления кризиса пожилого возраста и в дальнейшем усугубляется или сглаживается в зависимости от воздействия эндогенных и экзогенных факторов.

Исследование уровня агрессивности лиц пожилого и преклонного возраста представлено на рисунке 1.

Среднее значение уровня индекса враждебности, как и уровня индекса агрессивности, в первой группе немного выше, чем во второй. Однако разница является незначительной. И в первой, и во второй группах средний уровень индекса враждебности характеризуется как средний уровень нормы, а средний индекс агрессии находится

на низком уровне. Для обеих групп характерен средний уровень нормы обиды, подозрительности, негативизма, раздражения и вербальной агрессии. Кроме того, обеим группам присущ низкий уровень физической и косвенной агрессии.

В ходе исследования были выявлены статистически значимые различия (при  $p < 0,05$ ) между показателями уровня физической агрессии и подозрительности лиц пожилого и преклонного возраста, посещающих реабилитационные мероприятия, и показателями лиц пожилого и преклонного, получающих обслуживание на дому.

Для испытуемых обеих групп в целом характерен средний уровень агрессивности. Вместе с тем уровень физической агрессии у получателей услуг, посещающих реабилитационные мероприятия в центре социального обслуживания, выше, чем у лиц, обслуживаемых на дому. Это связано с более высоким показателем уровня физического состояния здоровья у пожилых людей, проходящих реабилитацию в центре социального обслуживания. Частично это можно объяснить действием механизма адаптации в условиях зависимости пожилых людей от медицинских и социальных служб.

Одной из распространенных проблем, наблюдающихся с наступлением кризиса пожилого возраста, является нарастание уровня тревожности. Воздействие стрессогенных факторов оказывает негативное влияние на общее состояние здоровья человека, приводя к нарушениям в работе нервной системы. Невозможность адаптивного поведения в стрессогенной ситуации способствует формированию постоянной тревожности, которая является компонентом депрессивного состояния в пожилом и преклонном возрасте.

В ходе проведенного исследования было установлено, что диапазон и степень выраженности ситуативной тревожности у представителей первой и второй групп имеют значительные различия. В первой группе отсутствует процент лиц с низкой ситуативной тревожностью, а лица со степенью высокой ситуативной тревожностью составляют 75 %, в то время как во второй группе лица с высокой степенью ситуативной тревожности



**Рис. 1.** Уровень агрессивности лиц пожилого и преклонного возраста, получающих обслуживание на дому и посещающих реабилитационные мероприятия

составляют 42,1 %. В группе лиц, посещающих реабилитационные мероприятия, преобладает процент пожилых людей, имеющих умеренную ситуативную тревожность, тогда как в группе граждан, обслуживаемых на дому, наблюдается больший процент лиц с высокой ситуативной тревожностью. При этом в обеих группах преобладает процент людей с высокой степенью личностной тревожности.

В обеих группах показатели по шкалам «ситуативная тревожность» и «личностная тревожность» отличаются высоким уровнем выраженности, однако имеются и характерные различия. Личностная тревожность у получателей услуг, посещающих реабилитационные мероприятия в центре реабилитации, ниже, чем у граждан, получающих обслуживание на дому.

Полученные данные позволяют произвести сравнительный анализ результатов уровней депрессии, враждебности, агрессивности и тревожности в обеих группах.

Как показано на рисунке 2, выраженной отличительной особенностью обеих групп является уровень депрессии: в первой группе он гораздо выше, чем во второй, при уровне значимости различий  $p < 0,01$ . Таким образом, социальная изоляция, невозможность

быть включенным в совместную деятельность в значительной степени повышают риск развития депрессивных расстройств, что приводит к ухудшению качества жизни в пожилом и преклонном возрасте.

В ходе системного исследования было выявлено, что показатели физического компонента здоровья среди лиц, посещающих реабилитационные мероприятия в центре социального обслуживания, превышают показатели лиц, получающих уход на дому ( $p < 0,01$ ). К составляющим физического компонента здоровья относятся:

- физическое функционирование (PF) — отражает актуальную способность к выполнению физических нагрузок;
- ролевое функционирование (RF) — отражает степень влияния физического состояния на возможность исполнения привычных ролей;
- интенсивность физической боли (BP) — отражает уровень болевых ощущений и степень влияния боли на способность выполнения повседневных обязанностей;
- общее состояние здоровья (GH) — отражает самооценку текущего состояния здоровья и перспектив лечения.

Кроме того, было выявлено, что показатели психологического компонента здоровья



Рис. 2. Сравнение уровней депрессии, агрессивности и тревожности у лиц, посещающих реабилитационный центр, и граждан, находящихся на домашнем обслуживании

среди лиц, посещающих реабилитационные мероприятия в центре социального обслуживания, превышают показатели граждан, получающих уход на дому ( $p < 0,01$ ). К составляющим психологического компонента здоровья относятся:

- жизненная активность (VT) — отражает способность человека чувствовать прилив сил и жизненной энергии либо отсутствие таковых;
- социальное функционирование (SF) — отражает степень, в которой текущее состояние влияет на уровень включенности в социальное взаимодействие;
- эмоционально-ролевое функционирование (RE) — отражает обусловленность возможности исполнения привычных социальных ролей эмоциональным состоянием;
- психологическое здоровье (MH) — отражает самооценку психологического состояния.

Общие результаты исследования показателей качества жизни для обеих групп представлены на рисунке 3.

Для лиц пожилого и преклонного возраста, получающих услуги социального обслуживания на дому, характерны более низкие показатели психологического и физического

компонентов здоровья, чем для граждан, посещающих реабилитационные мероприятия в центре реабилитации. При этом общий средний балл по показателю психологического компонента качества жизни для лиц, посещающих реабилитационный центр, незначительно превышает общий средний балл по данному показателю для граждан, обслуживаемых на дому. В то же время общий средний балл по показателю физического компонента качества жизни имеет существенные различия ( $p < 0,01$ ). Лица, получающие услуги социального обслуживания на дому, демонстрируют значительно более низкий уровень качества жизни по данному показателю. Средний балл уровня депрессии в этой группе лиц существенно выше по сравнению с группой посещающих реабилитационный центр ( $p < 0,01$ ).

В ходе сравнения среднего уровня депрессии и качества жизни было обнаружено, что у испытуемых первой группы выше уровень депрессии, ниже физический и психологический компоненты качества жизни в сравнении со второй группой испытуемых. Учитывая, что уровень физического компонента качества жизни отличается в первой и во второй





**Рис. 3.** Сравнение результатов исследования физического и психологического компонентов качества жизни лиц, обслуживаемых на дому, и граждан, посещающих мероприятия в реабилитационном центре

группах очень сильно, в то время как разница в психологическом компоненте качества жизни не столь велика, можно предположить, что лица пожилого и преклонного возраста, посещающие реабилитационные мероприятия, склонны к более адаптивному поведению. Хронические заболевания рассматриваются данной группой лиц как естественная и неизбежная часть процесса старения. Они не стремятся к смещению ориентации смысла жизни в фокус тела, в связи с чем не происходит смещения центра жизни в рамки, установленные общим ухудшением физического состояния здоровья.

Мотивация самосохранения, хотя и достигает в этот период значительного развития, на фоне присутствия социальных контактов замедляет тенденции к росту, позволяя личности сохранять приемлемый уровень активности. Поддерживание высокого уровня альтруистической мотивации, вопреки обострению эгоизма, также способствует общему повышению качества жизни в пожилом и преклонном возрасте, позволяя личности не замыкаться на собственных нуждах, а оставаться включенным в жизнь общества.

### Заключение

В ходе исследования выявлено, что лица пожилого и преклонного возраста, получающие услуги социального обслуживания на дому, имеют более высокий уровень депрессии и более низкий уровень качества жизни. В этой связи показано, что посещение мероприятий социальной и социально-медицинской реабилитации приводит к статистически достоверному повышению уровня качества жизни.

Ожидаемое увеличение численности пожилых людей потенциально означает последующий рост числа социально изолированных лиц, которые окажутся наиболее уязвимой категорией населения. Увеличение числа пожилых граждан с плохим здоровьем будет способствовать нарастанию объема работы социальных служб. В этой связи улучшение социальных отношений окажет благотворное влияние на повышение качества жизни в пожилом и преклонном возрасте.

Программы, способствующие расширению социальных связей в пожилом возрасте, так же важны, как и программы, направленные на улучшение состояния физического здоровья. Социальная активность, участие

в значимых общественных мероприятиях способны помочь пожилым людям замедлить когнитивный спад. Кроме того, включенность в динамичное взаимодействие с другими людьми обеспечивает защиту от стрессогенных ситуаций.

Таким образом, понятие «качество жизни» является сложным системным конструктом, включающим в себя как индивидуально-психологические характеристики, так и возможности установления прочных

социальных связей. Уровень качества жизни в пожилом и преклонном возрасте в значительной степени определяется включением в социальную жизнь общества и особенностями эмоциональной сферы, такими как агрессия, тревожность, депрессивность. Изучение роли индивидуально-психологических характеристик личности представляется обширным полем для дальнейших исследований в области психологии старения.

### Литература

1. **Алмакаева А. М.** Субъективное восприятие качества жизни: теоретико-методологические и методические аспекты анализа: дис. ... канд. социол. наук: 22.00.01. Самара, 2007. 143 с.
2. **Альмуханов К. Г.** Благополучное старение: ретроспективный анализ и современное состояние // *Фундаментальные исследования*. 2014. № 8-1. С. 212–216.
3. **Бобков В. Н., Бобков Н. В.** Ноосферное социальное качество: от теорий к проектированию // *Уровень жизни населения регионов России*. 2014. № 2 (192). С. 7–21.
4. **Бойцов Б. В.** Качество жизни. М.: Изд-во МАИ, 2007. 350 с.
5. **Галущинская Ю. О.** К проблеме повышения качества жизни лиц пожилого возраста // *Вестник Шадринского государственного педагогического университета*. 2015. № 2 (26). С. 101–107.
6. **Геворкян Е. Н., Романова Е. С., Шалашова М. М.** Психолого-педагогическое сопровождение активного долголетия. М.: Неолит, 2020. 264 с.
7. **Ерзин А. И., Ковтуненко А. Ю.** Нейропсихология антиципации – II. Нейропсихологические синдромы. Психические расстройства. Геронтопсихология: монография. М.: Академический Проект, 2020. 212 с.
8. **Зараковский Г. М.** Качество жизни населения России. М.: Смысл, 2009. 319 с.
9. **Кузнецов О. Н.** Психология и психопатология одиночества. М.: Медицина, 1972. 335 с.
10. **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.
11. **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
12. **Малыхин Ф. Т.** Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возраста (обзор литературы) // *Качественная клиническая практика*. 2011. № 1. С. 11–18.
13. **Рыжов Б. Н.** Системная психология. М.: Т8 Издательские Технологии, 2017. 356 с.
14. **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.
16. **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
17. **Bernard M.** Meaning in life and perceived quality of life in Switzerland: results of a representative survey in the German, French and Italian regions / M. Bernard et al. // *Health Qual Life Outcomes*. 2015. № 13 (160). DOI: 10.1186/s12955-015-0353-y
18. **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
19. **Gerino E., Marino E.** Quality of life in the third age: a research on risk and protective factors // *Procedia — Social and Behavioral Sciences*. 2015. Vol. 187. P. 217–222. DOI: 10.1016/j.sbspro.2015.03.041
20. **Jun-E Liu, Jun-Ye Tian, Peng Yue, Yong-Li Wang, Xue-Ping Du, Shuang-Qin Chen.** Living experience and care needs of Chinese empty-nest elderly people in urban communities in Beijing, China:

A qualitative study // International Journal of Nursing Sciences. 2015. Vol. 2. Issue 1. P. 15–22. DOI: 10.1016/j.ijnss.2015.01.008.

21. **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.

22. Understanding quality of life in old age / ed. by A. Walker. Maidenhead, New York: Open University Press, 2005. 209 p.

## References

1. **Almakaeva A. M.** Sub`ektivnoe vospriyatie kachestva zhizni: teoretiko-metodologicheskie i metodicheskie aspekty` analiza: dis. ... kand. sociol. nauk: 22.00.01 [Subjective perception of quality of life: theoretical, methodological and methodological aspects of analysis: dissertation... edging. sociological sciences: 22.00.01]. Samara, 2007. 143 p.

2. **Al`mukanov K. G.** Blagopoluchnoe starenie: retrospektivny`j analiz i sovremennoe sostoyanie [Prosperous Aging: Retrospective Analysis and Current State] // Fundamental`ny`e issledovaniya [Basic Research]. 2014. № 8-1. P. 212–216.

3. **Bobkov V. N., Bobkov N. V.** Noosfernoe social`noe kachestvo: ot teorij k proektirovaniyu [Noospheric social quality: from theories to design] // Uroven` zhizni naseleniya regionov Rossii [Living standards of the population of the regions of Russia]. 2014. № 2 (192). P. 7–21.

4. **Bojczov B. V.** Kachestvo zhizni [Quality of life]. M.: Izd-vo MAI, 2007. 350 p.

5. **Galushhinskaya Yu. O.** K probleme povыsheniya kachestva zhizni licz pozhilogo vozrasta [To the problem of improving the quality of life of older persons] // Vestnik Shadrinskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta [Bulletin of Shadrinsk State Pedagogical University]. 2015. № 2 (26). P. 101–107.

6. **Gevorkyan E. N., Romanova E. S., Shalashova M. M.** Psixologo-pedagogicheskoe soprovozhdenie aktivnogo dolgoletiya [Psychological and pedagogical support of active longevity]. M.: Neolit, 2020. 264 p.

7. **Erzin A. I., Kovtunenkov A. Yu.** Nejropsihologiya anticipacii – II: Nejropsixologicheskie sindromy`. Psixicheskie rasstrojstva. Gerontopsixologiya: monografiya [Neuropsychology of Anticipation – II: monograph]. M.: Akademicheskij Proekt, 2020. 212 p.

8. **Zarakovskij G. M.** Kachestvo zhizni naseleniya Rossii [Quality of life of the Russian population]. M.: Smy`sl, 2009. 319 p.

9. **Kuznecov O. N.** Psixologiya i psixopatologiya odinochestva [Psychology and psychopathology of loneliness]. M.: «Medicina», 1972. 335 p.

10. **Liga M. B., Shetkina I. A., Zaxarova E. Yu.** Ocenka kachestva zhizni naseleniya kak uslovie obespecheniya social`noj bezopasnosti (po materialam sociologicheskogo issledovaniya) [Assessment of the quality of life of the population as a condition for ensuring social security (based on the materials of sociological research)] // Gumanitarny`j vektor [Humanitarian vector]. 2018. T. 13. № 3. P. 27–33.

11. **Melehin A. I.** Kachestvo zhizni v pozhilom i starcheskom vozraste: problemny`e voprosy` [Quality of life in old age and old age: problematic issues] // Sovremennaya zarubezhnaya psixologiya [Modern foreign psychology]. 2016. T. 5. № 1. P. 53–63. DOI: 10.17759/jmfp.2016050107

12. **Maly`hin F. T.** Kachestvo zhizni, obuslovlennoe sostoyaniem zdorov`ya licz pozhilogo i starcheskogo vozrasta (obzor literatury`) [Quality of life due to older and senile health status (literature review)] // Kachestvennaya klinicheskaya praktika [Quality clinical practice]. 2011. № 1. P. 11–18.

13. **Ryzhov B. N.** Sistemnaya psixologiya [Systems Psychology]. M.: T8: Izdatel`skie Tekhnologii, 2017. 356 p.

14. **Seligman M.** Novaya pozitivnaya psixologiya: Nauchny`j vzglyad na schast`e i smy`sl zhizni [New positive psychology: A scientific view of happiness and the meaning of life]. M.: Izd-vo «Sofiya», 2006. 368 p.

15. **Styuart-Gamil`ton Ya.** Psixologiya stareniya [Psychology of Aging]. 4-e izd. SPb.: Piter, 2010. 320 p.

16. **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

17. **Bernard M.** Meaning in life and perceived quality of life in Switzerland: results of a representative survey in the German, French and Italian regions / M. Bernard et al. // Health Qual Life Outcomes. 2015. № 13 (160). DOI: 10.1186/s12955-015-0353-y

18. **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

19. **Gerino E., Marino E.** Quality of life in the third age: a research on risk and protective factors // *Procedia — Social and Behavioral Sciences*. 2015. Vol. 187. P. 217–222. DOI: 10.1016/j.sbspro.2015.03.041
20. **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: A qualitative study // *International Journal of Nursing Sciences*. 2015. Vol. 2. Issue 1. P. 15–22. DOI: 10.1016/j.ijnss.2015.01.008
21. **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.
22. *Understanding quality of life in old age* / ed. by A. Walker. Maidenhead, New York: Open University Press, 2005. 209 p.