

## ПСИХОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY

### Качество жизни в пожилом и старческом возрасте: проблемные вопросы

Мелёхин А.И.,

аспирант лаборатории психологии развития института психологии РАН, клинический психолог  
Российского геронтологического научно-клинического центра, Москва, Россия,  
clinmelehin@yandex.ru

В пожилом и старческом возрасте качество жизни (Quality of Life) имеет свои особенности, зависящие, в первую очередь, от состояния здоровья, оценки прожитой жизни, внутренних стандартов, убеждений, а также от социальной поддержки и возможности эффективно функционировать в изменившихся социальных условиях. В поздних возрастах субъективная оценка качества жизни оказывает влияние на протекание соматических и психических расстройств. На сегодняшний день нет согласия между исследователями об определении и оценке качества жизни в поздних возрастах. В статье описано современное понимание качества жизни и его компонентов. Выделены проблемы, препятствующие улучшению качества жизни. Приведен перечень методик для оценки качества жизни в поздних возрастах. Проанализированы основные факторы, влияющие на качество жизни в пожилом и старческом возрасте.

**Ключевые слова:** качество жизни, субъективное благополучие, активное старение, пожилой возраст, старческий возраст, старение.

#### Для цитаты:

Мелёхин А.И. Качество жизни в пожилом и старческом возрасте: проблемные вопросы [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2016. Том 5. №1. С. 53–63. doi: 10.17759/jmfp.2016050107

#### For citation:

Melehin A.I. Quality of life in elderly age: areas of concern [Elektronnyi resurs]. *Journal of Modern Foreign Psychology*, 2016, vol. 5, no. 1, pp. 53–63. doi: 10.17759/jmfp.2016050107 (In Russ., Abstr. in Engl.).

В области зарубежной геронтологии и геронтопсихологии (Geropsychology)<sup>1</sup> можно выделить три приоритетных направления исследований [10].

- *Старение и развитие:* определение и оценка возможностей пожилого человека, разработка программы поддержки оптимального (здорового) старения. Проводятся исследования способности к изучению новой информации (learning potential) в пожилом возрасте.

- *Улучшение здоровья и субъективное благополучие:* качество жизни пожилого человека, живущего дома и в домах престарелых. Способности к изучению новой информации при нормальном старении, легких когнитивных нарушениях (mild cognitive impairment, сокр. MCI) и болезни Альцгеймера. Разработка диагностических инструментов для оценки когнитивных нарушений и психических расстройств позднего возраста.

- *Окружающая среда и ее безопасность:* жилье пожилого человека, безбарьерная среда, досуговые практики, изменение социальной картины старения, управление негативными стереотипами (ageism).

Остановимся подробнее на втором направлении, которое изучает *качество жизни* (Quality of Life, сокр.

QoL), *субъективное благополучие* (Subjective well-being), *удовлетворенность жизнью* (Life Satisfaction) в пожилом (55–74 лет) и старческом (75–90 лет) возрасте. На данный момент активно проводятся исследования специфики качества жизни у гериатрических пациентов (geriatric patient) с различными соматическими расстройствами, например, после перенесенного инсульта [5], с болезнью Альцгеймера [15].

Рост исследований качества жизни связан с тем, что здоровье человека в этих возрастных периодах уязвимо и в значительной степени связано с качеством жизни [4, с. 71]. Согласно отчету ВОЗ<sup>2</sup> о старении 2015 г. (Report on Ageing and Health), в мире насчитывается 893 млн человек в возрасте 60 лет и старше. Постарение населения сопровождается «феминизацией» общества. К 2050 г. ожидается увеличение людей пожилого и старческого возраста до 2,03 млрд человек [24].

Демографические тенденции в нашей стране аналогичны тенденциям во всем мире и демонстрируют нарастание абсолютной и относительной численности лиц пожилого возраста. На данный момент Россия занимает 65-е место в мире, согласно индексу качества

<sup>1</sup> В зарубежной психологии часто можно встретить понятие «геропсихология» (geropsychology, сокр. geroPsych), которое идентично по содержанию понятию «геронтопсихология» (gerontopsychology). В русскоязычной литературе есть понятия «геронтопсихология» [2] и «психогеронтология» [1]. Оба этих понятия также идентичны по содержанию.

<sup>2</sup> Всемирная организация здравоохранения. Сокращенно ВОЗ (англ. WHO).

жизни пожилых людей (Global AgeWatch Index). Наблюдаются крайне низкий уровень включенности людей пожилого и старческого возраста в общественную жизнь, плохое состояние здоровья, низкий уровень материального обеспечения, а по критерию безопасности окружающей среды (т. е. жизненной среды для пожилых) Россия занимает предпоследнее место [7]. Высока доля пожилых с соматическими (дисфункцией миокарда), функциональными (сниженной скоростью ходьбы), психическими и когнитивными расстройствами [12]. Росту интереса к качеству жизни пожилых людей также способствовало увеличение среди них людей с высокими ожиданиями «хорошей жизни», с высокими требованиями к медицинской и социальной помощи [25].

Из-за демографической проблемы старения населения ВОЗ предложила *II Международный план действий по проблемам старения* (II International Plan of Action on Aging) и программу исследования старения в XXI в. В основе программы лежит принцип: нужно делать акцент не на годы, добавляемые к жизни, а добавить жизнь к годам. Это побудило к поиску путей, которые помогут пожилому человеку поддерживать мобильность и независимость [23].

Наблюдается развитие социальной парадигмы улучшения качества жизни в поздних возрастах. Например, программа «*Общество для всех возрастов*» («Society for all ages») ориентирована на восприятие пожилых людей как ресурс общества и субъектов собственного развития [10]. Программа *активного старения* («active ageing») рассматривается как процесс оптимизации возможностей для поддержания здоровья, социального участия, безопасности с целью повышения качества жизни в поздних возрастах [23]. Эти программы социальной парадигмы обладают потенциалом для создания нового позитивного общественного взгляда на старение и увеличение качества жизни в поздних возрастах [6; 21].

Несмотря на перечисленное выше, на сегодняшний день существуют следующие проблемы, препятствующие повышению уровня качества жизни в поздних возрастах.

1. На индивидуальном и общественном уровне имеют место трудности или даже невозможность восприятия пожилых людей не как проблемы для общества, а как людей, имеющих ресурсы для общественно-го развития [9; 18; 21; 22].

2. Механизм того, как пожилой человек создает свое качество жизни, еще мало изучен [4; 5; 19].

3. Реализация психосоциальных интервенций, повышающих качество жизни в поздних возрастах [6; 21; 22].

4. Создание безбарьерной среды для комфортной жизни пожилых людей [6; 22].

5. Введение системы профилактического осмотра пожилых людей (*комплексная гериатрическая оценка*<sup>3</sup>), в основе которого будет реализован принцип — *не диагноз, а функциональный статус*<sup>4</sup>, является прогностическим фактором, который показывает, может ли пожилой человек жить независимо, безопасно и благополучно [8; 16, с. 34–35].

К проблемным вопросам понимания качества жизни в пожилом и старческом возрасте относят следующие

- Специфика понятия качества жизни в поздних возрастах.
- Компоненты (домены) качества жизни в поздних возрастах.
- Факторы влияния на качество жизни в поздних возрастах.
- Методики для оценки качества жизни в поздних возрастах.

Цель статьи — ознакомление специалистов, занимающихся проблемой старения, с проблемными вопросами понимания качества жизни в пожилом и старческом возрасте.

### Понятие качество жизни

Качество жизни — метаконструкция, которая охватывает различные аспекты жизни человека [20]. Качество жизни связано с набором условий жизни, характерных для человека. К таким условиям относят: физическое здоровье, психосоциальное благополучие, функциональную независимость, материальное положение и состояние окружающей среды [11]. Качество жизни не стоит рассматривать как эквивалент качества окружающей среды, оно не равно количеству материальных благ, не является эквивалентом статуса физического здоровья или качества медицинской помощи [9]. А. Боулинг определяет качество жизни как «субъективное восприятие степени своей физической и личностной сохранности, полноценности социальных возможностей, в основе которого лежат цели, ожидания, стандарты» [4, с. 21].

Говоря о пожилых людях, Р. Фернандез-Баллестерос отмечает, что качество жизни — это продукт динамического взаимодействия между внешними условиями жизни пожилого человека и внутренним восприятием этих условий. В связи с этим она предлагает рассматривать качество жизни с двух сторон [11].

- *Объективная сторона качества жизни* определяется комбинацией различных нормативных характеристик, с помощью которых можно судить о степени удовлетворения потребностей пожилого человека. Она измеряется возможностями доступа к ресурсам для удовлетворения потребностей. К ресурсам относят: доход, состояние здоровья, социальные контакты, компетенции, чтобы ставить перед собой цели и следовать им.

<sup>3</sup> *Комплексная гериатрическая оценка* (Geriatric Assessment) включает в себя оценку когнитивной, аффективной сферы, функционального состояния, социального, экономического, экологического и духовного статуса, а также оценку субъективных жалоб, предпочтения пожилого человека относительно своего здоровья [8].

<sup>4</sup> *Функциональный статус* включает в себя оценку когнитивного, соматического, психического статуса, окружающей среды, наличия социальной поддержки, финансового положения, религиозных убеждений, верований [23].

• *Субъективная сторона качества жизни* связана с тем, что потребности пожилого человека всегда индивидуальны и отражаются в субъективных ощущениях, преломляются через убеждения, внутренние стандарты.

Объективная и субъективная оценки качества жизни могут различаться. Например, когда близкие пожилого человека оценивают его качество жизни как хорошее, а субъективно сам человек оценивает его как плохое. Данный факт является диагностическим признаком для более детального обследования соматического и психического статуса пожилого человека [10].

На примере четырехсекторной модели качества жизни (Four Sector model)<sup>5</sup> М. Лоутон показал, что объективные и субъективные параметры качества жизни взаимодействуют между собой [11]. Он предположил, что качество жизни в поздних возрастах связано с рядом параметров:

• *Поведенческая, социальная компетентность* – показатели соматического и психического здоровья, умение распределять время в зависимости от деятельности, наличие социальной активности.

• *Восприятие качества жизни* – субъективная оценка удовлетворенности различными сферами жизни.

• *Психологическое благополучие* – измерение психического здоровья, убеждения об удовлетворенности старением, наличие положительных или отрицательных эмоций.

• *Окружающая среда* – окружающая среда, жилье, экономические показатели.

Б. Хьюз проанализировал параметры М. Лоутона и выделил следующие [16, с. 82–88].

• *Индивидуальные характеристики*: особенность функционального статуса, физического и психического здоровья, наличие зависимости от употребления алкоголя.

• *Физические факторы окружающей среды*: условия, комфорт, безопасность среды проживания.

• *Социальные факторы*: уровень социальной деятельности, семья, наличие круга общения, доверительного лица.

• *Социально-экономические факторы*: уровень дохода.

• *Факторы автономии*: способность самостоятельно делать выбор, осуществлять контроль за собственной деятельностью.

• *Личностные факторы*: субъективное психологическое благополучие.

Г. Захава и А. Боулинг выделили аспекты, которые могут учитываться для понимания качества жизни в поздних возрастах [26].

• *Объективные социальные показатели уровня жизни, здоровья и долголетия с указанием на данные о доходах, имуществе, заболеваниях, смертности.*

• *Удовлетворение потребностей пожилого человека.*

• *Субъективные социальные показатели удовлетворенности жизнью и психологического благополучия.*

• *Социальный капитал в виде личных ресурсов. Измеряется показателями наличия сети контактов, поддержки, участия в мероприятиях и интеграции в общественную деятельность.*

• *Экологические ресурсы и ресурсы окружающей среды. Уровень преступности, качество жилья, услуг, доступность транспорта, а также субъективные показатели, такие как удовлетворенность местом жительства, местными достопримечательностями, транспортом, технологической оснащенностью, личной безопасностью.*

• *Здоровье и функционирование с акцентом на физическое и психическое здоровье.*

• *Когнитивная компетентность, независимость, контроль, адаптация и преодоление.*

• *Герменевтические подходы, подчеркивающие значение человека в интерпретации и восприятии окружающего мира и себя в нем.*

### Компоненты качества жизни в поздних возрастах

На основе анализа зарубежной литературы, используя базы PubMed, Scisearch по критериям поиска: «quality of life in elderly», «quality of life in old age», нами были выделены основные компоненты качества жизни в пожилом и старческом возрасте (табл. 1).

Таблица 1

Компоненты качества жизни в пожилом и старческом возрасте, сводные данные, согласно литературным источникам

Автор(ы), год	Возрастной период	Компоненты качества жизни
P.M. Burbank (1992)	61+	Смысл жизни, поддержка семьи и друзей, работа, социальная активность, здоровье, стремление к обучению, состояние жилья, личностный рост
M. Farquhar (1995)	65+	Семья, социальные контакты, здоровье, наличие досуга, материальное состояние
Bowling (1995)	65+	Здоровье, отношения в семье и с друзьями, финансы, социальная активность, окружающая среда, религиозные убеждения и верования, работа, образование
R. Fernández-Ballesteros (1993;1997)	65+	Здоровье, независимость, пенсия/доход, семья, наличие социальных отношений, активность, доступность медицинских и социальных услуг, жилье, удовлетворенность жизнью, возможности для обучения
D. Raphael et al. (1997)	70+	Физическое, психическое здоровье, духовное здоровье, активность, социальная принадлежность, досуг, личностный рост

<sup>5</sup> Изначально М. Лоутон называл свою модель качества жизни: «четырёхстороннее понимание хорошей жизни» (quadripartite concept of the good life) [11].



Автор(ы), год	Возрастной период	Компоненты качества жизни
P.S. Fry (2000)	58+	Активность, уважение и достоинство, экономическая независимость, наличие социальных контактов, отсутствие злоупотребления алкоголем, автономия, контроль, независимость, безопасная среда
P.K. Hilleras et al. (2001)	65+	Состояние здоровья, наличие социальных контактов, религия, безопасность
J.P. Browne et al. (1994)	65+	Семья, социальная активность, досуг, условия жизни, религия, независимость, финансы, здравоохранение, работа, отношения, счастье
A. Bowling et al. (2002)	65+	Социальные отношения, социальная активность, жилье, безопасность окружающей среды, психологическое благополучие, позитивный прогноз будущего, доход, независимость, контроль над деятельностью

Из данных таблицы 1 видно, что общими компонентами качества жизни в поздних возрастах являются физическое здоровье, социальная активность, психологическое здоровье, наличие семьи, друзей и доверительного лица, экономические факторы, окружающая среда и ее безопасность.

**Факторы, влияющие на качество жизни в поздних возрастах**

Анализ зарубежной литературы с 2000 по 2015 г. с использованием базы PubMed, ScienceDirect по критериям поиска: «quality of life in old age», «quality of life in elderly» позволил дифференцировать факторы, влияющие на здоровье и качество жизни в поздних возрастах (рис. 1).

На рис. 1 показаны *социодемографические факторы*: возраст, пол, раса, социоэкономический статус, образование, семейное положение, рабочий статус, уровень дохода, наличие страховой помощи.

Некоторые исследования показывают, что пол можно рассматривать в качестве индикатора социальной активности в пожилом возрасте. Женщины имеют больше возможностей достигнуть преклонного возраста, чем мужчины [16, с. 101]. Уровень образования часто упоминается как один из важных защитных факторов, влияющих на физическое и когнитивное функционирование и косвенно влияющих на качество жизни в поздних возрастах [10]. Уровень образования связан с тем, что П. Балтес называет «прагматичное понимание жизни» (pragmatic

knowledge of life) [3]. М. Соледад Понсе и С. Баррос Лазета считают, что наличие образования обеспечивает в поздних возрастах возможности для увеличения доходов, кроме того, оно предполагает наличие психосоциальных навыков, которые позволяют людям адаптироваться к старости и к новым жизненным сценариям [18].

К факторам *окружающей среды и социальным ресурсам* относятся: характеристики района проживания, наличие ограничений при перемещении в месте проживания, дискриминация, социальная поддержка, религиозные убеждения, социальная интеграция.

К *психологическим факторам* относятся: наличие тревожных расстройств, стертости депрессивного аффекта, а также личностные особенности, такие как враждебность, оптимизм, устремленность, позитивная самооценка.

К фактору *состояния здоровья и его поддержки* относятся: употребление алкоголя, курение, соблюдение диеты, физические упражнения, качество сна, удовлетворенность помощью здравоохранения.

К фактору *соматические заболевания и конституциональные уязвимости* относят: наличие болевого синдрома, старческой астении (frailty). *Старческая астения* – это гериатрический синдром, включающий в себя потерю веса, снижение силы кисти, выраженную слабость и повышенную утомляемость, снижение скорости передвижения, значительное снижение физической активности [13]. Р. Шульц и С. Альберт считают, что основными факторами, определяющими качество жизни в поздних воз-

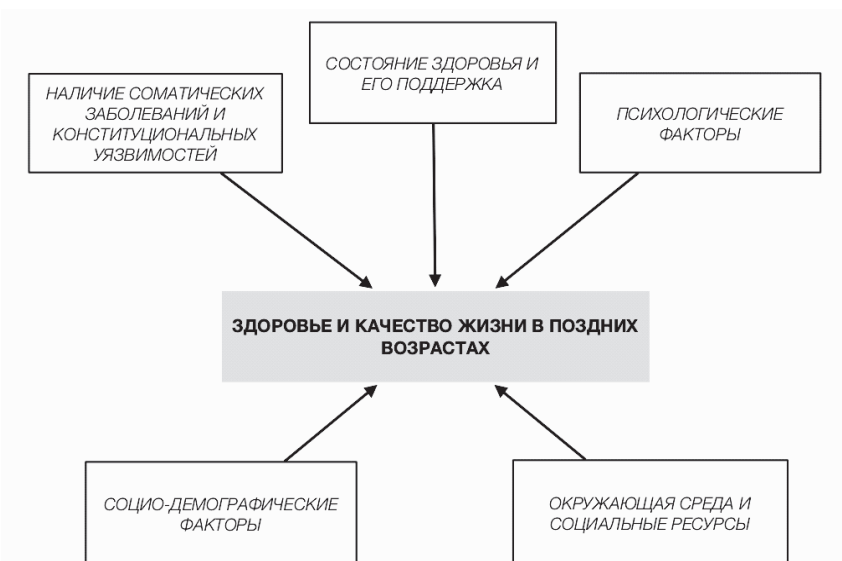


Рис. 1. Факторы, влияющие на здоровье и качество жизни в пожилом и старческом возрасте

растах, являются: соматические уязвимости, аффективные расстройства, личностные особенности [16, с. 104].

ВОЗ выделила ряд факторов, которые могут влиять на качество жизни в поздних возрастах: депрессия или тревожные расстройства, снижение самооценки, самоуважения, отсутствие интереса к социальной деятельности, психологический дистресс, отказ от социальных отношений, чувство одиночества [23]. *Одиночество, депрессия, тревога* являются факторами социальной и психологической уязвимости пожилого человека [25].

Среди факторов, которые непосредственно связаны с качеством жизни, важны режим и качество питания, способность выполнять физические нагрузки [6; 17; 18; 25]. Эти факторы уменьшают риски развития хронических заболеваний и смертности.

Ряд исследований показал, что размеренная и регулярная физическая тренировка очень полезна для физического и психического здоровья в пожилом и старческом возрасте, а также улучшает физическое состояние и состояние костной массы, сердечно-сосудистой системы, тонуса мышц [6; 18].

К другим факторам, по мнению Дж. Роуна и Р. Кана, относят *взаимодействие с жизнью* (engagement with life), включающее социальную активность, наличие поддержки и доверительного лица [17]. Ряд исследований показал положительную связь между высоким уровнем социальных отношений (сплоченности, солидарности) и качеством здоровья [3; 6; 12; 15; 18; 22]. Р. Путман определил ряд механизмов, посредством которых социальные контакты положительно влияют на качество жизни в поздних возрастах [16, с. 105–107].

1. Обеспечение ресурса материальной и психоэмоциональной помощи.

2. Снижение стресса, рисков развития депрессии, тревожного расстройства.

3. Акцент на поддержание здорового образа жизни с учетом рисков старости.

4. Увеличение уровня поддержки здоровья, мониторинг состояния, обращений за медицинской помощью.

Дж. Роун и Р. Кан отмечали, что на качество жизни в пожилом возрасте влияют наличие интересов, досуг (чтение журналов, книг, посещение театров, выставок) [17].

Социальная поддержка и наличие доверительного лица в поздних возрастах выполняет следующие функции [16, с. 127–129]:

- *Аффективные, выразительные функции*: чувство присоединения к другому делает возможным выражение негативных чувств.

- *Инструментальная функция*: поддержка является ресурсом, который облегчает функционирование в повседневной жизни.

Еще одним фактором, влияющим на качество жизни, является *восприятие собственной самооценки*.

Способность пожилого человека адаптироваться к изменениям обстоятельств позволяет испытывать большее благополучие [14]. Стиль и образ жизни, когнитивно-аффективные стратегии, гибкие стандарты по отношению к окружающему влияют на качество жизни в пожилом возрасте [6]. М.С.Х. Понс, С.Б. Лазета и М.Б.Ф. Лорца [18] в своем исследовании выдвинули гипотетическую модель предикторов, влияющих на качество жизни в поздних возрастах (рис. 2).

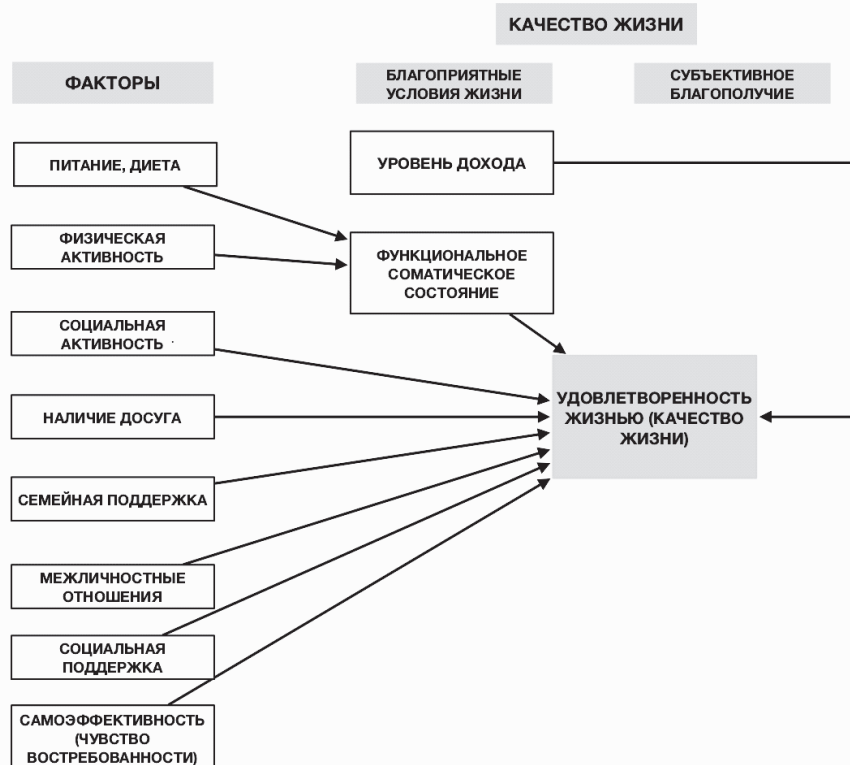


Рис. 2. Факторы влияния на качество жизни в пожилом и старческом возрасте (по Mar a Soledad Herrera Ponce, Carmen Barros Lezaeta, María Beatriz Fernández Lorca, год [2011])

На рис. 2 показано, что функциональное состояние в поздних возрастах зависит от наличия режима питания (например, придерживаться средиземноморской диеты<sup>6</sup>), а также от умеренной и постоянной физической активности (ходьба, плавание). Субъективное благополучие зависит от условий жизни и ряда факторов: социальной активности, наличия досуга (чтения несколько раз в неделю), наличия социальных отношений и поддержки, восприятия самоофективности. Также было показано влияние уровня образования, так как оно обеспечивает возможности для увеличения доходов, кроме того оно предполагает наличие психосоциальных навыков, которые позволяют людям адаптироваться к старости, к новым жизненным сценариям [18].

### Методики оценки качества жизни в поздних возрастах

Оценка качества жизни используется для следующих целей [9].

1. Понять причины и последствия индивидуальных различий в качестве жизни.
2. Оценить влияние психологических, социальных, экологических факторов на качество жизни.
3. Выявить потребности для обследуемой пожилой популяции.
4. Оценить эффективность медицинских и психосоциальных подходов, качество работы системы здравоохранения.
5. Улучшить алгоритмы медицинской и психологической помощи.

Существует ряд методик, которые используются для эффективной оценки результатов различных медицинских способов лечения [5; 15]. Для оценки качества жизни в поздних возрастах используют самоотчеты, которые заполняют самим человеком пожилого и старческого возраста или совместно с специалистом (врач-гериатр, клинический психолог, гериатрическая медсестра, социальный работник).

При оценке качества жизни в поздних возрастах специалистом должен обращать внимание на следующие аспекты [11]:

Социодемографические данные (рабочий статус, семейный статус, уровень образования)

- Самооценка качества жизни самим пожилым человеком.
- Субъективная удовлетворенность жилищными, материальными, медицинскими условиями и питанием.
- Удовлетворенность самочувствием за последние 2 недели.
- Наличие заболеваний, их количество и степень тяжести (оценка полиморбидности).
- Наличие апатии, бездеятельности, пренебрежение мытьем, сменой одежды.
- Наличие забывчивости и утрата навыков.
- Наличие мыслей о смерти, конце жизни.
- Наличие изменений в структуре сна: сон меньше 6 часов в сутки, многократные пробуждения, сонливость днем.
- Наличие инвалидности и компенсаторных ресурсов.
- Посещение пожилым человеком врача-терапевта, кардиолога, невролога с целью снижения рисков развития атеросклероза, болевых синдромов и нейродегенеративных расстройств.
- Приверженность назначений врачей (оценка комплаенса).
- Наличие досуга, занятости, физической активности.
- Наличие социальной поддержки и доверительного лица.

Для оценки качества жизни в пожилом возрасте рекомендовано проводить дополнительный анализ самооценки жизни в целом, уверенности в будущем, положения в обществе, субъективного возраста, социальной активности, состояния здоровья, материального положения и положения в семье [5; 14; 18].

На данный момент можно выделить ряд методик, которые используются для оценки качества жизни (табл. 2).

Таблица 2

### Методики исследования качества жизни и его компонентов в пожилом и старческом возрасте (сводный перечень)

Название методики	Автор	Возраст	Компоненты качества жизни
Опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения, краткая версия (WHOQOL-BREF)	WHO, 1998	18+	Общее качество жизни, общее состояние здоровья. Физическое, психологическое здоровье. Социальные отношения. Состояние окружающей среды
Оценка реакции пожилого человека на помещение в дом престарелых (Elderly community reactions to the nursing home)	Biedwenharn, Baslin, 1991	Поздний возраст	Физическое, эмоциональное, функционирование, субъективная оценка здоровья, энергичность
Оценка эффективности физической активности в пожилом возрасте (Evaluating the efficacy of physical activity for influencing quality of life outcomes in older adults)	Stewart, King, 1991	Поздний возраст	Физическое, эмоциональное, когнитивное, социальное функционирование, удовлетворенность жизнью, субъективная оценка здоровья, досуг, самооценка, энергичность

<sup>6</sup> Примечание. Средиземноморская диета включает в себя употребление в пищу больше зелени, свежих овощей, морской рыбы, меньше сладкого, мучного и животных жиров.

Название методики	Автор	Возраст	Компоненты качества жизни
<i>Первичная психометрическая оценка благополучия (Initial psychometric evaluation of a quality well-being measure: The Integration Inventory)</i>	Ruffining-Rahal, 1991	Поздний возраст	Эмоциональное, социальное функционирование, удовлетворенность жизнью, субъективная оценка здоровья, функциональные навыки, самооценка, энергичность
<i>Оценка качества жизни, связанная со здоровьем (HRQOL)</i>	Hadorn, Ron, 1991	18+	Физическое, социальное функционирование, удовлетворенность жизнью, субъективная оценка здоровья, функциональные навыки, энергичность
<i>Ноттингемский профиль здоровья (NHP)</i>	Hunt, 1981	18+	Когнитивное, эмоциональное, социальное функционирование, субъективная оценка здоровья, функциональные навыки, досуг, сексуальная активность, энергичность
<i>Профиль влияния болезни (SIP)</i>	Bergner, 1981	18+	Физическое, эмоциональное, когнитивное, социальное функционирование, субъективная оценка здоровья, экономический статус, досуг, энергичность
<i>Качество жизни пожилых людей с хроническими заболеваниями (Subjective well-being instrument for the chronically ill)</i>	Gill, 1984	Поздний возраст	Функциональное, эмоциональное, когнитивное, социальное функционирование, удовлетворенностью жизнью, субъективная оценка здоровья, функциональные навыки, экономический статус
<i>Шкала для оценки индивидуального качества жизни (SEIQoL)</i>	McGee, 1991	Поздний возраст	Физическое, эмоциональное, социальное функционирование, удовлетворенность жизнью, субъективная оценка здоровья, функциональные навыки, экономический статус, культурный статус, досуг, факторы риска, энергичность
<i>Экспресс оценка качества жизни (CUBRECAVI)</i>	Fernandez-Ballesteros, Zamarrón, 1997	Поздний возраст	Физическое, эмоциональное, социальное функционирование, удовлетворенность жизнью, субъективная оценка здоровья, функциональные навыки, досуг, состояние окружающей среды
<i>Анкета оценки качества жизни (MOS-SF-36)</i>	Ware, Sherbourne, 1992	18+	Функциональное, эмоциональное, когнитивное, социальное функционирование, удовлетворенность жизнью, субъективная оценка здоровья, энергичность
<i>Опросник EuroQol-5D</i>	Mandy van Reenen, Mark Oppe	18+	Подвижность, самообслуживание, активность в повседневной жизни, наличие болей или дискомфорта, наличие симптомов депрессий
<i>Оценка качества жизни у пациентов с болезнью Альцгеймера (QOLAS)</i>	Albert, 2000	БА	Функциональное, когнитивное, социальное функционирование, функциональные навыки

*Примечание.* Серым цветом выделены методики, которые были специально разработаны и применяются для оценки качества жизни в поздних возрастах. БА – болезнь Альцгеймера.

Сегодня в распоряжении российских специалистов имеются разнообразные и надежные инструменты оценки качества жизни в пожилом и старческом возрасте: «Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни» (WHOQOL-BREF), опросник SF-36 и опросник EuroQol-5D (табл. 2).

Таким образом, в пожилом и старческом возрасте распространены возраст-ассоциированные заболевания, происходят изменения в функционировании многих органов и систем на фоне полиморбидности. Пожилой человек чаще подвергается стрессовым ситуациям, которые вызывают изменения в его состоянии здоровья в дополнение к существующим. Восприятие стресса и реакция на стресс у пожилого человека активируют функциональные резервы и адаптационные механизмы, что приводит к большей вероятности истощения и роста прогрессивных форм хронических заболеваний.

Современная медицинская модель помощи пожилым людям фокусируется только на односторонней нозоло-

гической диагностике. Однако простая констатация состояния здоровья ничего не говорит о том, как оно влияет на жизнь пожилого человека. Не учитывается влияние социоэкономического статуса, качества жизни, функциональной активности, преморбидных личностных характеристик, психического здоровья, компенсаторных ресурсов на объективные и субъективные показатели физического здоровья. Не учитывается наличие копинг-стратегий (эмоционально- или проблемно-ориентированных) для решения проблем со здоровьем в поздних возрастах.

В связи с этим на Западе и в последнее время в России распространение получила комплексная гериа-трическая оценка состояния людей пожилого и старческого возраста, при которой большое внимание уделяется состоянию качества жизни и его компонентов.

### Выводы

- В пожилом возрасте качество жизни определяет исход, разнообразие форм старения: благоприятное



старение; здоровое старение; преждевременное старение, сопровождающееся инвалидизацией.

- Качество жизни в пожилом возрасте не может быть сведено к биомедицинским параметрам, его понимание возможно через призму *био-психо-социально-духовного* понимания здоровья.

- В пожилом возрасте качество жизни имеет свои особенности, зависящие, в первую очередь, от состояния здоровья, оценки своего жизненного пути, внутренних стандартов, убеждений, а также от наличия поддержки со стороны значимых Других и возможности эффективно функционировать в изменившихся социальных условиях.

- Качество жизни в пожилом возрасте напрямую зависит от эффективной социальной активности и наличия поддержки от доверительных лиц. Затруднения в повседневном функционировании, нарушения адаптации к изменяющимся условиям окружающей среды, наличие симптомов когнитивного дефицита, возник-

новение аффективных расстройств (тревожные расстройства, депрессии позднего возраста) при недостаточности механизмов компенсации будут приводить к ухудшению качества жизни пожилых людей.

- Качество жизни пожилого человека во многом определяется его независимостью от посторонней помощи. Зависимость начинается, когда возникает выраженная старческая астения (хрупкость): слабость мышц, появляется страх падений, снижается скорость ходьбы, возникают когнитивные нарушения.

- Удовлетворенность качеством жизни в пожилом и старческом возрасте является результатом динамического процесса взаимодействия объективных и субъективных оценок состояния физического и психического здоровья.

- Качество жизни в поздних возрастах зависит не столько от количества различных проблем, сколько от наличия внешних и внутренних ресурсов, копинг-стратегий, навыков решения проблем, которые могут помочь преодолеть трудности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова М.Д. Проблемы социальной и психологической геронтологии. Л.: Изд-во Ленинградского Университета, 1974. 136 с.
2. Геронтопсихология: учеб. пособие / Под ред. проф. Г.С. Никифорова. СПб.: Изд-во Санкт-Петербургского ун-та, 2007. 391 с.
3. Baltes P.B., Baltes M.M. Psychological perspectives on successful ageing: The model of selective optimization with compensation. In *Successful aging: Perspectives from the behavioural sciences* / Ed. P.B. Baltes, M.M. Baltes. Cambridge UK: Cambridge University Press, 1990. 416 p.
4. Bowling A. Ageing well. Quality of life in older age. Maidenhead: Open University Press, 2005. 283 p.
5. Bowling A., Hankins M. A short measure of quality of life in older age: The performance of the brief Older People's Quality of Life questionnaire (OPQOL-brief) // *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2013. Vol. 56. № 1. P. 181–187. doi: 10.1016/j.archger.2012.08.012
6. 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
7. Global AgeWatch Index 2015 Insight report. London: HelpAge International, 2015. 25 p.
8. Graham E. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials // *BMJ*. 2011. Vol. 343. d6553. doi: 10.1136/bmj.d6553
9. Fernández-Ballesteros R., Ivars M. Aging and quality of life [Электронный ресурс] // *International Encyclopedia of Rehabilitation* / Eds. J.H. Stone, M. Blouin. 2010. URL: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/296/> (дата обращения: 28.03.2016).
10. Fernández-Ballesteros R. GeroPsychology: An Applied Field for the 21st Century // *European Psychologist*. 2006. Vol. 11. № 4. P. 312–323. doi: 10.1027/1016-9040.11.4.312
11. Fernandez-Ballesteros R. Quality of life: concept and assessment. In *Advances in Psychological Science*. Vol. I. Social, Personal and Cultural Aspects / Ed. Belanger D., Dion K. New York: Psychological Press, 1998. 580 p.
12. Fernandez-Ballesteros R. Quality of Life in Old Age: Problematic Issues // *Applied Research in Quality of Life* March. 2011. Vol. 6. №1. P. 21–40. doi: 10.1007/s11482-010-9110-x
13. Fried L.P., Tangen C.M. Frailty in older adults: evidence for a phenotype // *The Journals of Gerontology. Series A. Biological Sciences and Medical Sciences*. 2001. Vol. 56. № 3. P. 146–156. doi: 10.1093/gerona/56.3.M146
14. Kleinspehn-Ammerlahn A., Kotter-Grühn D. Self-Perceptions of Aging: Do Subjective Age and Satisfaction With Aging Change During Old Age? // *The Journals of Gerontology. Series B. Psychological Sciences and Social Sciences*. 2008. Vol. 63. № 6. P. 377–385.
15. Machado F., Nunes P.V. Quality of life and Alzheimer's disease Influence of participation at a rehabilitation center // *Dementia and Neuropsychologia*. 2009. № 3. P. 241–247. doi: 10.1590/S1807-59322011000800015
16. Quality of life in old age International and Multi-Disciplinary Perspectives / Ed. H. Mollenkopf, A. Walker. Dordrecht: Springer. 2007. 259 p.
17. Rowe J.W., Kahn R.L. Successful aging // *The Gerontologist*. 1997. Vol. 37. № 4. P. 433–440.
18. Soledad Herrera Ponce M. Predictors of Quality of Life in Old Age: A Multivariate Study in Chile // *Population Ageing*. 2011. Vol. 4. № 3. P. 121–139. doi: 10.1007/s12062-011-9043-7



19. *Tesch-Roemer C.* Active ageing and quality of life in old age. German centre of gerontology. United nations. New York: United Nations, 2012. 46 p.
20. *Veenhoven R.* Apparent Quality of Life: How Long and Happy People Live // *Social Indicators Research*. 2005. Vol. 71. P. 61–86. doi: 10.1007/s11205-004-8014-2.
21. *Walker A.A.* European perspective on quality of life in old age // *European Journal of Ageing*. 2005. Vol. 2. № 1. P. 2–13. doi: 10.1007/s10433-005-0500-0
22. *Wilhelmson K., Andersson C.* Elderly people's perspectives on quality of life // *Ageing and Society*. 2005. Vol. 25. № 4. P. 585–600. doi: 10.1017/s0144686x05003454
23. WHO. Active aging. Geneva: World Health Organization, 2002. 57 p.
24. WHO. Report on Ageing and Health, 2015. 260 p.
25. *Xavier F.M., Ferraz M.P.* Elderly people's definition of quality of life [Электронный ресурс] // *Rev Bras Psiquiatr*. 2003. Vol. 25. № 1. P. 31–39. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462003000100007> (дата обращения: 28.03.2016).
26. *Zahava G., Bowling A.* Quality of life from the perspectives of older people // *Ageing and Society*. 2004. Vol. 24. № 5. P. 675–691. doi: 10.1017/S0144686X03001582

## Quality of life in elderly age: areas of concern

*Melehin A.I.,*

*postgraduate student of the Institute of Psychology, clinical psychologist of the Russian gerontological scientific clinical Centre, Moscow, Russia,  
clinmelehin@yandex.ru*

The quality of life in elderly age has special features, depending primarily on the state of health, assessment of the spent life, internal standards, support and ability to operate effectively in changing circumstances. In later ages estimation of quality of life affects the mechanisms of pathogenesis of somatic and mental disorders. Up to date there is no agreement among researchers on criteria of identification and assessment of the quality of life in later ages. This article describes the modern understanding of quality of life and its components. It highlights the issues impeding the improvement of quality of life. The article lists the methods for the evaluation of quality of life in later ages. It also presents the analysis of the main factors affecting the quality of life in elderly patients.

**Keywords:** quality of life, subjective well-being, active aging, elderly age, old age, aging.

### REFERENCES

1. Aleksandrova M.D. Problemy sotsial'noi i psikhologicheskoi gerontologii [Problems of social and psychological gerontology]. L.: Izd-vo Leningradskogo Universitetata, 1974, 136 p. (In Russ.)
2. Gerontopsikhologiya: uchebnoe Posobie [gerontopsychology: Textbook ]. G.S. Nikiforov, ed. SPb.: Izd-vo Sankt-Peterburgskogo Un-ta, 2007, 391 p. (In Russ.)
3. Baltes P.B., Baltes M.M. Psychological perspectives on successful ageing: The model of selective optimization with compensation. Successful aging: Perspectives from the behavioural sciences. P.B. Baltes, M.M. Baltes, Eds. Cambridge UK: Cambridge University Press, 1990. 416 p.
4. Bowling A. Ageing well. Quality of life in older age. Maidenhead: Open University Press. 2005. 283 p.
5. Bowling A., Hankins M. A short measure of quality of life in older age: The performance of the brief Older People's Quality of Life questionnaire (OPQOL-brief). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2013, vol. 56, no. 1, pp. 181–187. doi: 10.1016/j.archger.2012.08.012
6. 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, pp. 217–222. doi:10.1016/j.sbspro.2015.03.041
7. Global AgeWatch Index 2015 Insight report. London: HelpAge International, 2015, 25 p.
8. Graham E. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 2011, vol. 343, d6553. doi: 10.1136/bmj.d6553
9. Fernandez-Ballesteros R., Ivars M. Aging and quality of life. In: JH Stone, M Blouin, editors. International Encyclopedia of Rehabilitation, 2010. Available at: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/296/> (Accessed 28.03.2016)
10. Fernández-Ballesteros R. GeroPsychology An Applied Field for the 21st Century, *European Psychologist*, 2006, vol. 11, no. 4, pp. 312–323. doi: 10.1027/1016-9040.11.4.312
11. Fernández-Ballesteros R. Quality of life: concept and assessment. In *Advances in Psychological Science*. Vol I: Social, Personal and Cultural Aspects. Ed. Belanger D., Dion K. New York: Psychological Press, 1998, 580 p.
12. Fernández-Ballesteros R. Quality of Life in Old Age: Problematic Issues, *Applied Research in Quality of Life March*, 2011, vol. 6, no. 1, pp. 21–40. doi: 10.1007/s11482-010-9110-x
13. Fried L.P., Tangen C.M. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2001, vol. 56, no. 3, pp. 146–156. doi: 10.1093/gerona/56.3.M146
14. Kleinspehn-Ammerlahn A., Kotter-Gr hn D. Self-Perceptions of Aging: Do Subjective Age and Satisfaction With Aging Change During Old Age? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 2008, vol. 63, no. 6, .pp. 377–385.
15. Machado F., Nunes P.V. Quality of life and Alzheimer's disease Influence of participation at a rehabilitation center. *Dementia and Neuropsychologia*, 2009, no. 3, pp. 241–247. doi: 10.1590/S1807-59322011000800015
16. Quality of life in old age International and Multi-Disciplinary Perspectives. Ed. H. Mollenkopf, A. Walker. Dordrecht: Springer, 2007. 259 p.
17. Rowe J.W., Kahn R.L. Successful aging. *The Gerontologist*, 1997, vol.37, no. 4, pp. 433–440.
18. Soledad Herrera Ponce M. Predictors of Quality of Life in Old Age: A Multivariate Study in Chile. *Population Ageing*, 2011, vol. 4, no. 3, pp.121–139. doi: 10.1007/s12062-011-9043-7
19. Tesch-Roemer C. Active ageing and quality of life in old age. German centre of gerontology. United nations. New York: United Nations, 2012, 46 p.

20. Veenhoven R. Apparent Quality of Life: How Long and Happy People Live. *Social Indicators Research*, 2005, vol. 71, pp. 61–86. doi: 10.1007/s11205-004-8014-2.
21. Walker A.A. European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 2005, vol. 2, no. 1, pp. 2–13. doi: 10.1007/s10433-005-0500-0
22. Wilhelmson K., Andersson C. Elderly people's perspectives on quality of life. *Ageing and Society*, 2005, vol. 25, no. 4, pp. 585–600. doi:10.1017/s0144686x05003454
23. WHO. Active aging. Geneva: World Health Organization. 2002, 57 p.
24. WHO. Report on Ageing and Health. 2015, 260 p.
25. Xavier F.M., Ferraz M.P. Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr*, 2003, vol. 25, no. 1, pp. 31–39. doi: 10.1590/S1516-44462003000100007
26. Zahava G., Bowling A. Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing and Society*, 2004, vol. 24, no. 5, pp. 675–691. doi: 10.1017/S0144686X03001582