

УДК 159.922.6

## ИССЛЕДОВАНИЕ СУБЪЕКТИВНОГО КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И СУБЪЕКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ В ПОЗДНЕМ ОНТОГЕНЕЗЕ<sup>1</sup>

**Н.С. Павлова<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Институт психологии Российской академии наук, 129366, Россия, Москва, ул. Ярославская, д. 13, корп. 1*

### Резюме

В настоящее время высокую актуальность приобретает проблема поиска способов позитивного / оптимального функционирования личности. Особенно важно это становится на поздних этапах онтогенеза.

В статье представлены результаты эмпирического исследования, целью которого являлось изучение особенностей субъективного благополучия и качества жизни, связанного со здоровьем, людей 49–93 лет, постоянно проживающих в учреждениях социального обслуживания. Общая выборка (N = 155) анализируется в подгруппах в зависимости от пола, возраста (49–64 года; 65–74 года; 75–93 года) и объективного состояния здоровья (группа инвалидности или её отсутствие). Использовались методики: опросник SF-36 «Health status survey», «Шкала удовлетворенности жизнью» E. Diener, «Шкала субъективного счастья» S. Lyubomirsky.

Показано, что субъективные оценки здоровья людей позднего возраста, проживающих в учреждениях социального обслуживания, находятся на довольно низком уровне и характеризуются неоднородностью, при этом уровень субъективного благополучия соответствует среднему интервалу. Качество жизни, связанное со здоровьем, удовлетворённость жизнью, а также субъективное счастье сопряжены между собой. Мужчины выше, чем женщины, оценивают своё здоровье по всем показателям. С увеличением возраста качество жизни, связанное со здоровьем, снижается (кроме показателя «Физическое функционирование (PF)»). При этом существуют половые различия в динамике. Самооценка здоровья не имеет сопряжённости с объективным состоянием соматического здоровья, кроме показателя «физическое функционирование (PF)». Удовлетворённость жизнью и субъективное счастье не имеют взаимосвязей с хронологическим возрастом. Объективное состояние здоровья не отражается на удовлетворённости жизнью, но сказывается на субъективном счастье. Наличие дефицитарных аспектов (высокие значения хронологического возраста и I группа инвалидности) связано с увеличением числа взаимосвязей между субъективным благополучием и показателями качества жизни.

Люди с разными объективными и субъективными оценками здоровья чувствуют себя счастливыми и удовлетворены своей жизнью. Это, по нашему мнению, обеспечивается опорой на внутриличностные ресурсы.

Исследование вносит вклад в формирование представления о процессе старения как периоде развития и о субъективных ресурсах благополучного старения.

---

<sup>1</sup> Исследование выполнено в соответствии с Государственным заданием Минобрнауки РФ № 0138-2022-0005 «Онто- и субъектогенез психического развития человека в разных жизненных ситуациях».

**Ключевые слова:** благополучное старение; качество жизни; физическое здоровье; психологическое здоровье; самооценка здоровья; субъективное благополучие; пожилой возраст; старческий возраст; поздний онтогенез

## Введение

В настоящее время высокую актуальность и социальную значимость приобретает проблема поиска способов позитивного (Лактионова, Матюшина, 2018) / оптимального (Савченко, Головина, 2019) функционирования личности. Несмотря на ряд сложностей, связанных с большим количеством синонимичных понятий (психологическое благополучие, субъективное благополучие, счастье, удовлетворённость жизнью, качество жизни, психологическое здоровье, и др.) и разнообразием их дефиниций, можно выделить общий вектор – поиск способов улучшения жизни человека (Лактионова, Матюшина, 2018). Особое значение это приобретает на поздних этапах онтогенеза.

Отмечается рост числа исследований в сфере благополучного старения. Изучаются различные аспекты, влияющие на уровень благополучия и качества жизни в позднем онтогенезе. Например, А.А. Нестерова и С.М. Жучкова (2018) на основе факторного анализа описывают особенности социально-психологических детерминант удовлетворённости жизнью людей пожилого и старческого возраста.

Исследуется социальная включённость как один из важнейших предикторов благополучия в позднем онтогенезе. В работе Н. Litwin, S. Shiovitz-Ezra (2006) как аспект неформальной деятельности изучалось *качество социальных отношений* («social relationship quality»), выступающее наиболее влиятельной переменной в связи между активностью и благополучием. Результаты эмпирического исследования показали, что предиктором благополучного старения является именно качество социальных отношений, а не участие в деятельности как таковое. Исследования испанских ученых (Hernandis, Martinez, 2005) продемонстрировали индивидуальный характер потребности в социальной включённости, важность межпоколенных, романтических и сексуальных отношений для субъективного благополучия в позднем онтогенезе (Стрижицкая, Хункос-Рабдан, 2014).

Важными составляющими удовлетворённости жизнью в возрасте 50–77 лет также являются устойчивость к негативным эмоциям и воздействиям. Совладание с отрицательными воздействиями и эмоциями может создавать ощущение собственной компетентности и некоторой степени контроля над ситуацией в позднем возрасте (Стрижицкая, 2017).

Ряд исследований посвящён проблемам смысла в позднем онтогенезе. Так, Н.С. Пряжников (2017) подчёркивает, что удовлетворённость жизнью людей позднего возраста зависит от разных факторов, но обязательным условием является их объединённость общим жизненным смыслом: «Ради чего я живу?», «Удалось ли осуществить задуманное, желаемое?». Л.В. Сенкевич, А.Б. Шагидаева (2017) отмечают, что в позднем онтогенезе

смысл жизни, опирающийся на систему ценностей и нравственных принципов, является медиатором психологического благополучия и жизненного оптимизма. Т.Ф. Суслова и М.Ф. Жучкова (2014) изучают взаимосвязь удовлетворённости жизнью и смысловых ориентаций. Показано, что на этапе позднего онтогенеза у людей с высоким уровнем удовлетворённости жизнью (по сравнению с людьми с низким уровнем) выше уровень осмысленности жизни и ниже показатели внутриличностных конфликтов в ценностно-смысловой сфере. По результатам эмпирического исследования Т.А. Попова (2019) сделала вывод о том, что ценность жизни, ее смыслы и интернальность локуса контроля могут выступать личностным ресурсом благополучного старения.

Большой интерес вызывает вклад отношения к своему здоровью в психологическое благополучие на поздних этапах онтогенеза. В нашем предыдущем исследовании (Павлова, Сергиенко, 2020; Pavlova, Sergienko, 2021) показано, что, несмотря на довольно низкие показатели самооценки здоровья, уровень психологического благополучия соответствует высокому и среднему интервалам ( $N = 48$ , возраст 58–93 лет, г. Москва). На основе этих наблюдений был сделан вывод о множественных вариантах благополучного старения, что обеспечивается опорой на внутренние ресурсы личности. Однако остались вопросы относительно возрастной динамики изучаемых переменных, половых различий, а также соотношения объективной и субъективной оценок здоровья. В этой связи работа была продолжена. В данном исследовании значительно увеличена выборка респондентов из числа людей, постоянно проживающих в учреждениях социального обслуживания Ульяновской области; кроме того, мы рассматриваем новые переменные. В этой статье будут отражены результаты изучения субъективного благополучия и показателей качества жизни, связанных со здоровьем.

Уже было отмечено существование множества подходов к определению благополучия человека. Цель нашей работы не заключается в соотношении теоретических концепций и понятий. Это отдельная проблема и направление психологических исследований (см.: Воронина, 2005; Карапетян, 2017; Лактионова, Матюшина, 2018; Леонтьев, 2020; Манукян, Трошихина, 2016; Савченко, Головина, 2019 и др.). В данной работе, отталкиваясь от психодиагностического инструментария, мы опираемся на тот подход и те определения, на которых базируются выбранные методики. В предыдущем исследовании мы опирались на подход и методику «Шкалы психологического благополучия» С.Д. Ryff (Шевеленкова, Фесенко, 2005; Ryff, Keyes, 1995). Для актуального исследования были отобраны методы экспресс-диагностики, чтобы иметь возможность диагностировать благополучие человека и изучить другие переменные: контроль поведения и отношение ко времени (временная перспектива и субъективный возраст).

Мы будем опираться на концепцию субъективного благополучия Е. Diener (Diener, 1984). Согласно Е. Diener, субъективное благополучие включает такие аспекты, как когнитивная оценка удовлетворённости жизнью, эмоциональная составляющая (низкий уровень отрицательных эмо-

ций и высокий уровень положительных эмоций). «Наиболее распространенные методы прямого измерения субъективного благополучия, которые при очень простой структуре имеют хорошие психометрические показатели, – это шкала удовлетворенности жизнью Э. Динера (Diener et al., 1985) и шкала субъективного счастья С. Любомирски (Lyubomirsky, Lepper, 1999). Первая методика в несколько большей степени отражает рефлексивно-оценочные компоненты субъективного благополучия, а вторая – его эмоционально-чувственные компоненты» (Осин, Леонтьев, 2020, с. 120).

Рассмотрим междисциплинарное и многомерное понятие «качество жизни» (Савченко, Головина, 2019). Мы исследовали лишь один из его аспектов – качество жизни, связанное с субъективной оценкой здоровья.

Были выдвинуты следующие гипотезы:

1. Самооценка здоровья и субъективное благополучие взаимосвязаны, но количество и сила связей отличаются у людей с разной группой инвалидности или её отсутствием, а также у представителей разного возраста (49–64 лет; 65–74 лет; 75–90 лет) и пола.

2. Уровни качества жизни, связанного со здоровьем, и субъективного благополучия различаются в зависимости от пола, возраста (49–64 лет; 65–74 лет; 75–90 лет) и группы инвалидности или её отсутствия.

## **Методы**

В процессе исследования применялись следующие психодиагностические методики:

1. Опросник SF-36 «Health status survey» – русскоязычная версия, созданная и рекомендованная Межнациональным центром исследования качества жизни для оценки физического и психологического компонентов здоровья (Гуревич, Фабрикант, 2008; Новик, Ионова, 2007).

2. Опросник «Шкала удовлетворенности жизнью» (ШУЖ) Е. Diener в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.Н. Осина для оценки когнитивного аспекта субъективного благополучия (Осин, Леонтьев, 2020).

3. Опросник «Шкала субъективного счастья» (ШСС) S. Lyubomirsky в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.Н. Осина для оценки эмоционального аспекта субъективного благополучия (Осин, Леонтьев, 2020).

Использовались статистические методы: для проверки первой гипотезы – коэффициент ранговой корреляции Спирмана ( $r_s$ ); для проверки второй гипотезы – U-критерий Манна–Уитни, t-критерий Стьюдента; для сопоставления анализируемых подгрупп по соотношению количества мужчин и женщин, а также людей с отсутствием и разной группой инвалидности – критерий  $X^2$  Пирсона, угловое преобразование Фишера ( $\phi^*$ -критерий); для сопоставления анализируемых подгрупп по возрасту – U-критерий Манна–Уитни, t-критерий Стьюдента; для проверки формы распределения – критерий Колмогорова–Смирнова. Анализ данных выполнен с помощью пакета программ SPSS/Win (версия 16.0; SPSS Inc., США).

Исследование проведено посредством индивидуального тестирования людей 49–93 лет, постоянно проживающих (не менее 1 года) в Областном государственном автономном учреждении социального обслуживания «Геронтологический центр «Забота» в г. Ульяновске», а также в Областном государственном бюджетном учреждении социального обслуживания «Пансионат для граждан пожилого возраста «Серебряный рассвет» в р.п. Языково» (Ульяновская область). Средний возраст респондентов составил  $71,5 \pm 10,5$  лет.

Для анализа общая выборка ( $N = 155$ ) разбита на подгруппы в зависимости от пола, возраста и объективного состояния соматического здоровья (группа инвалидности или её отсутствие). В табл. 1 представлены половозрастные и социальные характеристики респондентов.

Таблица 1

#### Половозрастные и социальные характеристики выборки

Характеристики	Число респондентов	%
<i>Пол</i>		
Женщины (Ж)	89	57,4
Мужчины (М)	66	42,6
<i>Возраст</i>		
49–64 года	44	28,4
65–74 года	49	31,6
75–93 года	62	40,0
<i>Образование</i>		
Начальное	31	20,0
Среднее	44	28,4
Среднее специальное	52	33,5
Высшее	26	16,8
Учёная степень	1	0,65
Не указали образование	1	0,65
<i>Семейный статус</i>		
Замужем/ женат	12	7,7
Одинокий	143	92,3
<i>Дети</i>		
Есть	104	67,1
Нет	49	31,6
Не указали наличие детей	2	1,3
<i>Инвалидность</i>		
1-я группа	36	23,2
2-я группа	61	39,4
3-я группа	38	24,5
Нет	20	12,9

#### Результаты исследования и их обсуждение

Субъективная оценка здоровья находится на довольно низком уровне (табл. 2). Распределение значений характеризуется большим разбросом, что говорит о неоднородности субъективных оценок здоровья людей позднего возраста. Самые низкие баллы получены по показателю «физическое

функционирование (PF)», что объясняется особенностями выборки – люди, частично или полностью утратившие способность к самообслуживанию и нуждающиеся в постоянном постороннем уходе.

Значения по шкалам удовлетворённости жизнью и субъективного счастья на общей выборке соответствуют среднему уровню, ближе к нижней границе (согласно нормативным значениям, полученным Е.Н. Осиным и Д.А. Леонтьевым (2020)).

Таблица 2

**Значения U-критерия Манна–Уитни, t-критерия Стьюдента и вероятности ошибки (p) по показателям качества жизни, связанного со здоровьем, и субъективного благополучия при сравнении групп мужчин и женщин**

Показатели качества жизни и субъективного благополучия	Общая выборка (N = 155)		U-критерий, вероятность ошибки (p); t-критерий, вероятность ошибки (p)	
	Среднее арифметическое (M) ± стандартное отклонение (σ)	Медиана (Q <sub>1</sub> ; Q <sub>3</sub> )	Медиана (Q <sub>1</sub> ; Q <sub>3</sub> ) <i>Женщины</i> (n = 89)	Медиана (Q <sub>1</sub> ; Q <sub>3</sub> ) <i>Мужчины</i> (n = 66)
Физическое функционирование (PF)	34,53±32,49	30 (5; 55)	<b>U = 1938 p = 0,043</b> 25 (5; 50)   35 (5; 73)	
Ролевое (физическое) функционирование (RP)	54,03±46,78	75 (0; 100)	<b>U = 1910 p = 0,028</b> 25 (0; 100)   100 (0; 100)	
Боль (BP)	63,79±32,31	64 (41; 100)	<b>U = 1597 p = 0,000</b> 42 (32; 77)   92 (52; 100)	
Общее здоровье (GH)*	48,83±19,32	50 (35; 65)	<b>U = 1968 p = 0,029</b> 45 (31; 59)   55 (35; 67)	
Жизнеспособность (VT)*	54,06±22,78	55 (40; 70)	<b>U = 1596 p = 0,001</b> 50 (35; 63)   60 (50; 75)	
Социальное функционирование (SF)	65,52±26,34	63 (50; 88)	<b>U = 1925 p = 0,047</b> 63 (38; 75)   75 (50; 94)	
Эмоциональное функционирование (RE)	57,72±45,79	100 (0; 100)	<b>U = 1806 p = 0,008</b> 33 (0; 100)   100 (33; 100)	
Психологическое здоровье (MH)*	59,44±17,88	60 (48; 72)	<b>U = 1866 p = 0,011</b> 56 (44; 68)   66 (52; 76)	
Шкала удовлетворённости жизнью*	18,0±5,6	18 (14; 22)	t = -0,550 p = 0,583 17,5±6,0   18,1±5,1	
Шкала субъективного счастья*	16,0±4,8	16 (12; 19)	t = -0,587 p = 0,558 15,6±4,5   16,1±5,2	

*Примечание.* Знаком «\*» отмечены шкалы, в которых данные, полученные на общей выборке, соответствуют нормальному распределению по тесту Колмогорова–Смирнова. По ШУЖ и ШСС в подгруппах мужчин и женщин данные также соответствуют нормальному распределению.

Самооценка здоровья и показатели удовлетворённости жизнью и субъективного счастья тесно взаимосвязаны (табл. 3).

Значения коэффициента ранговой корреляции Спирмена ( $r_s$ ) между показателями качества жизни, связанного со здоровьем, и субъективного благополучия

Показатели качества жизни и субъективного благополучия	Общая выборка (N = 155)		Женщины (n = 89)		Мужчины (n = 66)	
	ШУЖ	ШСС	ШУЖ	ШСС	ШУЖ	ШСС
Физическое функционирование (PF)	0,172*	-0,029	0,201	0,010	0,221	-0,056
Ролевое (физическое) функционирование (RP)	0,240**	<b>0,419**</b>	0,210	<b>0,449**</b>	0,228	<b>0,364**</b>
Боль (BP)	0,239**	0,254**	0,258*	<b>0,328**</b>	0,204	0,152
Общее здоровье (GH)	<b>0,384**</b>	<b>0,366**</b>	<b>0,326**</b>	<b>0,406**</b>	<b>0,429**</b>	0,284*
Жизнеспособность (VT)	<b>0,411**</b>	<b>0,423**</b>	<b>0,408**</b>	<b>0,485**</b>	<b>0,420**</b>	<b>0,305*</b>
Социальное функционирование (SF)	0,289**	<b>0,445**</b>	0,265*	<b>0,419**</b>	<b>0,334**</b>	<b>0,445**</b>
Эмоциональное функционирование (RE)	0,217**	<b>0,417**</b>	0,209	<b>0,370**</b>	0,199	<b>0,484**</b>
Психологическое здоровье (MH)	<b>0,449**</b>	<b>0,430**</b>	<b>0,392**</b>	<b>0,405**</b>	<b>0,543**</b>	<b>0,435**</b>
ШУЖ	—	<b>0,621**</b>	—	<b>0,617**</b>	—	<b>0,592**</b>
ШСС	<b>0,621**</b>	—	<b>0,617**</b>	—	<b>0,592**</b>	—

*Примечание.* Полу жирным шрифтом выделены значения  $r_s \geq 0,3$ .  
\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ .

### *Субъективное качество жизни и субъективное благополучие мужчин и женщин*

Рассматриваемые группы мужчин и женщин статистически не различаются по процентному соотношению людей с отсутствием и разной группой инвалидности (критерий  $\chi^2$ ). Однако подгруппа женщин старше мужчин ( $t = -2,678$ ;  $p = 0,008$ ), поэтому нами дополнительно было проведено сравнение показателей качества жизни и субъективного благополучия (U-критерий Манна-Уитни) в каждом из возрастных периодов в отдельности: мужчины и женщины 49–64 лет, мужчины и женщины 65–74 лет, мужчины и женщины 75–93 лет.

Сравнительный анализ групп мужчин и женщин показал, что самооценка здоровья женщин значимо ниже таковой мужчин по всем показателям на общей выборке (табл. 2). Мы полагаем, что разница в оценке здоровья у мужчин и женщин может демонстрировать особенности отношения к самочувствию и болезням: большая озабоченность здоровьем у женщин и, наоборот, недооценка проблем со здоровьем у мужчин, проявление силы, мужества, нежелание жаловаться, признавать ухудшение своего физического состояния – «со мной всё в порядке».

Наши результаты и выводы подкрепляются данными исследований с применением опросника «SF-36», в которых принимали участие жители других стран (Мамчиц, 2014; Sullivan, Karlsson, 1998), а также популяционных исследований с участием 3 400 респондентов из 5 центров РФ

(Амирджанова и др., 2008) и 2 114 респондентов из г. Санкт-Петербурга (Новик, Ионова, 2007). В указанных популяционных исследованиях, как и в нашей работе, статистически значимые различия показателей у мужчин и женщин получены по всем шкалам опросника. По результатам, полученным Федеральной службой государственной статистики в 2019 г.<sup>1</sup>, среди людей старше трудоспособного возраста состояние своего здоровья как «очень хорошее» и «хорошее» оценивают 14,6% мужчин и 13,2% женщин, «удовлетворительное» – 62,6% мужчин и 62,8% женщин, «плохое» и «очень плохое» – 22,7% мужчин и 23,9% женщин. По результатам исследования 2018 г.<sup>2</sup> в медицинские организации в течение последних 12 месяцев обращались 70,9% мужчин и 83% женщин. Кроме того, 42,9% мужчин «мало заботятся» либо «совсем не заботятся» о своем здоровье, у женщин значение этого показателя составляет всего 26,8%; при этом «в основном заботятся» и «очень заботятся» о своём здоровье 56,4% мужчин и 72,5% женщин.

Однако возрастная динамика у мужчин и женщин описана по-разному в различных исследованиях. В нашей работе половые различия по отдельным показателям наблюдаются только после 65 лет: подгруппа респондентов в возрасте 50–64 лет – нет различий; 65–74 лет – «боль (BP)» ( $U = 89,0$ ;  $p = 0,000$ ), «жизнеспособность (VT)» ( $U = 122,5$ ;  $p = 0,014$ ), «эмоциональное функционирование (RE)» ( $U = 141,0$ ;  $p = 0,033$ ); подгруппа 75–93 лет – «физическое функционирование (PF)» ( $U = 199,5$ ;  $p = 0,028$ ), «жизнеспособность (VT)» ( $U = 197,0$ ;  $p = 0,025$ ), «психологическое здоровье (MH)» ( $U = 233,0$ ;  $p = 0,048$ ).

Результаты изучения жителей Санкт-Петербурга (Новик, Ионова, 2007) показали, что в молодом возрасте половые различия выражены неярко, в большей мере они наблюдаются в период 45–65 лет, а после 65-лет они нивелируются. В популяционном исследовании жителей РФ (Амирджанова и др., 2008) самооценка здоровья мужчин выше таковой женщин во всех возрастных группах (от 18 до 85 лет;  $p < 0,0001$ ). Различия в результатах можно объяснить особенностями выборки. Поскольку исследование В.Н. Амирджановой и коллег популяционное, его результаты в полной мере описывают половые различия в оценках россиян. Исследование А.А. Новик, Т.И. Ионовой и наша работа охватывают людей только одного региона РФ, причем постоянно проживающих в учреждениях социального обслуживания. Состояние их здоровья затрудняет или делает невозможным самообслуживание и самостоятельное проживание. Поэтому самооценка здоровья таких людей может иметь значительные отличия от популяционных показателей.

Показатели субъективного благополучия (уровень субъективного счастья и удовлетворённости жизнью) не имеют статистически значимых различий в зависимости от пола и соответствуют среднему уровню, ближе к

<sup>1</sup> URL: [https://gks.ru/free\\_doc/new\\_site/ZDOR/2019/PublishSite/index.html](https://gks.ru/free_doc/new_site/ZDOR/2019/PublishSite/index.html)

<sup>2</sup> URL: [https://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/ZDOR/Factors2018\\_2812/index.html](https://www.gks.ru/free_doc/new_site/ZDOR/Factors2018_2812/index.html)



нижней границе (см. табл. 2). Также нет существенных различий в количестве и силе корреляционных связей между самооценкой здоровья и субъективным благополучием между группами мужчин и женщин (см. табл. 3). В обеих группах корреляции соотносятся с результатами, полученными на общей выборке.

### ***Субъективное качество жизни и субъективное благополучие людей разного возраста***

Сформированные группы (49–64 лет; 65–74 лет; 75–90 лет) получились неоднородными по процентному соотношению мужчин и женщин, людей с отсутствием и разной группой инвалидности ( $\varphi^*$ -критерий Фишера). Поэтому дополнительно было проведено попарное сравнение показателей качества жизни и субъективного благополучия (U-критерий Манна–Уитни) отдельно у мужчин разного возраста (49–64 лет, 65–74 лет, 75–92 лет) и женщин разного возраста (49–64 лет, 65–74 лет, 75–93 лет).

На общей выборке установлено, что с возрастом все показатели качества жизни, кроме показателя «физическое функционирование (PF)», снижаются: «ролевое (физическое) функционирование (RP)»  $r_s = -0,279$ ,  $p = 0,001$ ; «боль (BP)»  $r_s = -0,256$ ,  $p = 0,001$ ; «общее здоровье (GH)»  $r_s = -0,287$ ,  $p = 0,000$ ; «жизнеспособность (VT)»  $r_s = -0,221$ ,  $p = 0,007$ ; «социальное функционирование (SF)»  $r_s = -0,328$ ,  $p = 0,000$ ; «эмоциональное функционирование (RE)»  $r_s = -0,268$ ,  $p = 0,001$ ; «психологическое здоровье (MH)»  $r_s = -0,168$ ,  $p = 0,039$ . Попарное сравнение групп разного возраста (табл. 4) показало, что статистически значимо различается самооценка здоровья людей 49–64 лет и 75–93 лет по всем показателям, кроме показателя «физическое функционирование (PF)». Между другими возрастными группами зафиксированы различия лишь по отдельным шкалам. Таким образом, значительное снижение показателей «боль (BP)», «общее здоровье (GH)» и «жизнеспособность (VT)» происходит после 65 лет, а показателя «социальное функционирование (SF)» – после 75 лет.

Тенденция снижения качества жизни с возрастом зафиксирована и в других исследованиях (Амирджанова и др., 2008; Новик, Ионова, 2007).

У женщин с возрастом наблюдается снижение качества жизни по четырём параметрам: «ролевое (физическое) функционирование (RP)»  $r_s = -0,326$ ,  $p = 0,003$ ; «боль (BP)»  $r_s = -0,283$ ,  $p = 0,010$ ; «общее здоровье (GH)»  $r_s = -0,334$ ,  $p = 0,002$ ; «социальное функционирование (SF)»  $r_s = -0,447$ ,  $p = 0,000$ , в то время как у мужчин статистически значимых корреляций не установлено.

При этом у женщин наблюдаются статистически значимые различия в самооценке здоровья между подгруппами 49–64 года и 65–74 лет по таким показателям, как «ролевое (физическое) функционирование (RP)»  $U = 136,0$ ,  $p = 0,028$ ; «боль (BP)»  $U = 94,0$ ,  $p = 0,003$ ; «общее здоровье (GH)»  $U = 81,5$ ,  $p = 0,001$ ; «жизнеспособность (VT)»  $U = 83,5$ ,  $p = 0,003$ ; «социальное функционирование (SF)»  $U = 82,5$ ,  $p = 0,001$ ; «психологическое здоровье (MH)»  $U = 116,0$ ,  $p = 0,045$ .

Таблица 4

Значения U-критерия Манна–Уитни и вероятности ошибки (p) по показателям качества жизни, связанным со здоровьем, и субъективного благополучия

Показатели качества жизни и субъективного благополучия	U-критерий, вероятность ошибки (p); t-критерий, вероятность ошибки (p)		U-критерий, вероятность ошибки (p); t-критерий, вероятность ошибки (p)		U-критерий, вероятность ошибки (p); t-критерий, вероятность ошибки (p)	
	Медиана (Q <sub>1</sub> ; Q <sub>3</sub> )	Медиана (Q <sub>1</sub> ; Q <sub>3</sub> )	Медиана (Q <sub>1</sub> ; Q <sub>3</sub> )	Медиана (Q <sub>1</sub> ; Q <sub>3</sub> )	Медиана (Q <sub>1</sub> ; Q <sub>3</sub> )	Медиана (Q <sub>1</sub> ; Q <sub>3</sub> )
	49–64 года (n = 44)	65–74 года (n = 49)	49–64 года (n = 44)	75–93 года (n = 62)	65–74 года (n = 49)	75–93 года (n = 62)
Физическое функционирование (PF)	U = 977 p = 0,660		U = 1208 p = 0,678		U = 1256 p = 0,315	
	20 (5; 70)	25 (5; 50)	20 (5; 50)	30 (5; 63)	25 (5; 50)	30 (5; 63)
Ролевое функционирование (RP)	U = 847 p = 0,099		<b>U = 821,5 p = 0,001</b>		U = 1167 p = 0,121	
	100 (38; 100)	75 (0; 100)	100 (38; 100)	13 (0; 100)	75 (0; 100)	13 (0; 100)
Боль (BP)	<b>U = 803,5 p = 0,040</b>		<b>U = 829,5 p = 0,000</b>		U = 1210 p = 0,090	
	100 (51; 100)	74 (39; 100)	100 (51; 100)	48 (22; 83)	74 (39; 100)	48 (22; 83)
Общее здоровье (GH)	<b>U = 627,5 p = 0,001</b>		<b>U = 711,5 p = 0,000</b>		U = 1238 p = 0,262	
	62 (49; 71)	46 (35; 57)	62 (49; 71)	40 (30; 56)	46 (35; 56)	40 (30; 56)
Жизнеспособность (VT)	<b>U = 701 p = 0,012</b>		<b>U = 804 p = 0,002</b>		U = 1238 p = 0,344	
	60 (55; 75)	55 (38; 63)	60 (55; 75)	50 (30; 65)	55 (38; 63)	50 (30; 65)
Социальное функционирование (SF)	U = 769 p = 0,068		<b>U = 698 p = 0,000</b>		<b>U = 1041 p = 0,019</b>	
	75 (63; 100)	63 (50; 88)	75 (63; 100)	63 (38; 75)	63 (50; 88)	63 (38; 75)
Эмоциональное функционирование (RE)	U = 846,5 p = 0,122		<b>U = 824 p = 0,001</b>		U = 1170 p = 0,139	
	100 (33; 100)	100 (0; 100)	100 (33; 100)	33 (0; 100)	100 (0; 100)	33 (0; 100)
Психологич. здоровье (MH)	U = 801 p = 0,090		<b>U = 960 p = 0,020</b>		U = 1369 p = 0,689	
	68 (56; 72)	60 (46; 72)	68 (56; 72)	56 (44; 68)	60 (46; 72)	56 (44; 68)
ШУЖ	U = 912,5 p = 0,427		U = 1240 p = 0,735		U = 1258 p = 0,341	
	17 (15; 22)	16 (14; 20)	17 (15; 22)	18 (13; 24)	16 (14; 20)	18 (13; 24)
ШСС	U = 840,5 p = 0,165		U = 1124 p = 0,195		U = 1366 p = 0,926	
	17 (13; 21)	15 (12; 19)	17 (13; 21)	16 (12; 19)	15 (12; 19)	16 (12; 19)

Также статистически значимые различия установлены между значениями следующих показателей в подгруппах 49–64 лет и 75–93 лет: «Ролевое (физическое) функционирование (RP)» U = 210,0, p = 0,008; «Боль (BP)» U = 202,0, p = 0,004; «Общее здоровье (GH)» U = 138,0 p = 0,000; «Жизнеспособность (VT)» U = 184,5, p = 0,007; «Социальное функционирование (SF)» U = 134,5, p = 0,000. Между подгруппами 65–74 и 75–93 лет достоверных различий не выявлено. Это говорит о том, что у женщин наблюдается следующая возрастная динамика самооценки здоровья: существенное

снижение почти по всем показателям после 65 лет; далее – постепенное снижение. Оценки значений таких показателей, как «физическое функционирование (PF)» и «эмоциональное функционирование (RE)» не зависят от возраста.

У мужчин отсутствуют статистически значимые корреляции ( $p \leq 0,05$ ) хронологического возраста и самооценки здоровья. На уровне тенденции наблюдается отрицательная связь со шкалой «эмоциональное функционирование (RE)»  $r_s = -0,248$ ,  $p = 0,060$ . Парное сравнение подгрупп разного возраста показало различия также в самооценке показателя «эмоциональное функционирование (RE)» между 49–64-летними и 75–93-летними ( $U = 117,0$ ,  $p = 0,039$ ) – с увеличением возраста усиливается ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния. Таким образом, качество жизни мужчин практически не зависит от возраста.

По шкалам удовлетворённости жизнью и субъективного счастья отсутствуют статистически значимые различия между группами людей разного возраста (табл. 4) и корреляции с хронологическим возрастом. Также не зафиксированы различия и при дополнительном парном сравнении отдельно мужчин разного возраста и женщин разного возраста.

По мере старения, после 65 лет, возрастает количество взаимосвязей самооценки здоровья и субъективного благополучия (табл. 5): в группе 47–64 лет – 9 корреляций ( $r_s \geq 0,3$ ), в группе 65–74 лет – 13 ( $r_s \geq 0,3$ ), в группе 75–93 лет – 14 ( $r_s \geq 0,3$ ).

Таблица 5

**Значения коэффициента ранговой корреляции Спирмена ( $r_s$ )  
между показателями качества жизни, связанными со здоровьем,  
и субъективного благополучия**

Показатели качества жизни и субъективного благополучия	49–64 года (n = 44)		65–74 года (n = 49)		75–93 года (n = 62)	
	ШУЖ	ШСС	ШУЖ	ШСС	ШУЖ	ШСС
Физическое функционирование (PF)	0,154	<b>-0,310*</b>	0,051	0,008	0,244	0,197
Рольевое (физическое) функционирование (RP)	0,267	0,295	0,140	<b>0,464**</b>	<b>0,307*</b>	<b>0,427**</b>
Боль (BP)	0,299	0,194	0,235	<b>0,306*</b>	0,250	0,221
Общее здоровье (GH)	<b>0,560**</b>	0,203	<b>0,336*</b>	<b>0,389**</b>	<b>0,386**</b>	<b>0,386**</b>
Жизнеспособность (VT)	<b>0,350*</b>	0,156	<b>0,450**</b>	<b>0,467**</b>	<b>0,430**</b>	<b>0,518**</b>
Социальное функционирование (SF)	0,274	<b>0,429**</b>	<b>0,404**</b>	<b>0,459**</b>	0,297*	<b>0,406**</b>
Эмоциональное функционирование (RE)	0,272	<b>0,426**</b>	0,167	<b>0,322*</b>	0,273*	<b>0,400**</b>
Психологическое здоровье (MH)	<b>0,444**</b>	<b>0,374*</b>	<b>0,455**</b>	<b>0,435**</b>	<b>0,477**</b>	<b>0,441**</b>
ШУЖ	–	<b>0,425**</b>	–	<b>0,606**</b>	–	<b>0,787**</b>
ШСС	<b>0,425**</b>	–	<b>0,606**</b>	–	<b>0,787**</b>	–

*Примечание.* Полу жирным шрифтом выделены значения  $r_s \geq 0,3$ .  
\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$

***Субъективное качество жизни и субъективное благополучие людей с отсутствием и разной группой инвалидности***

Согласно сравнительному попарному анализу подгрупп обследуемых с отсутствием или разной группой инвалидности не выявлено статистически значимых различий по возрасту (U-критерий Манна–Уитни) и процентному соотношению числа мужчин и женщин (ф\*-критерий Фишера). Таким образом, подгруппы статистически не различаются по возрасту и процентному соотношению мужчин и женщин.

Отсутствие инвалидности и группу инвалидности можно считать условно объективной оценкой соматического здоровья человека. Различия в оценках качества жизни, связанного со здоровьем, у людей с разной группой инвалидности или отсутствием инвалидности не установлены, кроме показателя «физическое функционирование (PF)». Эта шкала как раз и отражает степень, в которой физическое состояние ограничивает физическую активность (например, самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, перенос тяжестей и т.п.).

У людей с I группой инвалидности наблюдается следующая особенность: при адекватной объективному состоянию оценке своих физических ограничений (т.е. более низких оценках по шкале «физическое функционирование (PF)», по сравнению с людьми без инвалидности ( $U = 99,0$ ;  $p = 0,000$ ) и с людьми со II ( $U = 539,0$ ;  $p = 0,001$ ) и III ( $U = 296,0$ ;  $p = 0,000$ ) группой инвалидности) они имеют более высокие показатели уровня субъективного счастья, чем люди с III группой инвалидности ( $U = 353,5$ ;  $p = 0,004$ ). По-видимому, это реализуется за счёт механизмов гиперкомпенсации посредством личностных ресурсов, что позволяет человеку принять свои соматические заболевания и физические ограничения, жить вопреки им и чувствовать себя счастливым. Третья группа инвалидности является рабочей, т.е. в социальном восприятии фактически уравнивает её носителя с людьми без инвалидности. В действительности же человек, имея серьёзное заболевание, может переживать связанные с ним болевые ощущения и ограничения в жизнедеятельности. Таким образом, он постоянно сталкивается с необходимостью соответствовать в физическом плане людям без инвалидности, но при этом состояние его здоровья не даёт возможности сделать это. Сфокусированность на болезни не позволяет принять свои физические ограничения и сформироваться эффективным компенсаторным механизмом, что, в свою очередь, проявляется в снижении уровня субъективного счастья по сравнению с людьми, имеющими I и II ( $t = 2,985$   $p = 0,004$ ) группу инвалидности. Подтверждением таких выводов являются результаты корреляционного анализа, согласно которым у людей с I группой инвалидности больше всего статистически значимых связей ( $r \geq 0,30$ ) между показателями самооценки здоровья и субъективным благополучием, а у людей с III группой – меньше всего (табл. 6).

По уровню удовлетворённости жизнью в анализируемых подгруппах статистически значимых различий не установлено.

**Значения коэффициента ранговой корреляции Спирмена (rs) между показателями качества жизни, связанного со здоровьем, и шкалами субъективного благополучия в группах людей с отсутствием и разной группой инвалидности**

Показатели качества жизни и субъективного благополучия	I группа инвалидности (n = 36)		II группа инвалидности (n = 61)		III группа инвалидности (n = 38)		Нет инвалидности (n = 20)	
	ШУЖ	УСС	ШУЖ	УСС	ШУЖ	ШСС	ШУЖ	ШСС
ФФ	-0,058	-0,082	0,273*	-0,012	0,297	0,047	0,025	0,203
РФ	0,103	<b>0,434*</b>	0,268*	0,294*	0,261	<b>0,363*</b>	<b>0,588**</b>	<b>0,688**</b>
Б	0,283	<b>0,365*</b>	0,286*	0,206	0,275	0,137	0,187	0,366
ОЗ	<b>0,574**</b>	<b>0,703**</b>	<b>0,331*</b>	0,127	0,241	0,181	<b>0,466*</b>	<b>0,588**</b>
Ж	<b>0,410*</b>	<b>0,555**</b>	<b>0,501**</b>	<b>0,427**</b>	0,236	0,207	0,360	<b>0,626**</b>
СФ	0,180	<b>0,551**</b>	<b>0,374**</b>	<b>0,416**</b>	0,220	0,320	0,356	<b>0,505*</b>
ЭФ	0,158	<b>0,644**</b>	0,217	0,275*	0,291	<b>0,415*</b>	0,342	0,379
ПЗ	<b>0,379*</b>	<b>0,411*</b>	<b>0,588**</b>	<b>0,491**</b>	0,197	0,308	<b>0,466*</b>	<b>0,626**</b>
ШУЖ	–	<b>0,529**</b>	–	<b>0,591**</b>	–	<b>0,589**</b>	–	<b>0,860**</b>
ШСС	<b>0,529**</b>	–	<b>0,591**</b>	–	<b>0,589**</b>	–	<b>0,860**</b>	–

*Примечание.* ФФ – физическое функционирование (PF), РФ – ролевое (физическое) функционирование (RP), Б – боль (BP), ОЗ – общее здоровье (GH), Ж – жизнеспособность (VT), СФ – социальное функционирование (SF), ЭФ – эмоциональное функционирование (RE), ПЗ – психологическое здоровье (MH). Полужирным шрифтом выделены значения  $r_s \geq 0,3$ .  
\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ .

Таким образом, самооценка здоровья и уровень удовлетворённости жизнью у людей с инвалидностью может быть выше, чем у людей без инвалидности, и наоборот, люди, имеющие объективно лучшее состояние здоровья, могут субъективно ниже оценивать качество жизни и удовлетворённость жизнью.

### Выводы

1. Субъективные оценки здоровья людей позднего возраста, постоянно проживающих в учреждениях социального обслуживания, находятся на довольно низком уровне и характеризуются неоднородностью, в отличие от оценки субъективного благополучия, которое соответствует среднему уровню. Снижение способности к самообслуживанию проявляется в минимальных оценках своего физического функционирования.

2. В позднем онтогенезе у людей, проживающих в учреждениях социального обслуживания, качество жизни, связанное со здоровьем, удовлетворённость жизнью, а также субъективное счастье сопряжены между собой.

3. В позднем возрасте мужчины выше, чем женщины, оценивают своё здоровье по всем показателям, при этом в обеих группах самооценка здоровья взаимосвязана с субъективным благополучием.

4. С увеличением возраста у людей, проживающих в учреждениях социального обслуживания, качество жизни, связанное со здоровьем, снижается (кроме оценки физического функционирования). При этом существуют половые различия в динамике: у женщин существенное снижение почти по всем показателям отмечается после 65 лет, далее происходит постепенное снижение; качество жизни мужчин с возрастом постепенно снижается только в оценке эмоционального функционирования.

5. В позднем онтогенезе у людей, постоянно проживающих в учреждениях социального обслуживания, самооценка здоровья не имеет сопряжённости с объективным состоянием соматического здоровья (отсутствием инвалидности и группой инвалидности), кроме оценки физического функционирования.

6. В позднем возрасте у людей, проживающих в учреждениях социального обслуживания, удовлетворённость жизнью и субъективное счастье не имеют взаимосвязей с хронологическим возрастом, а также половых и возрастных различий.

7. В позднем онтогенезе у людей, постоянно проживающих в учреждениях социального обслуживания, объективное состояние здоровья не отражается на удовлетворённости жизнью, т.е. рефлексивно-оценочной составляющей субъективного благополучия, но сказывается на субъективном счастье, т.е. на эмоционально-чувственном аспекте субъективного благополучия.

8. У людей, проживающих в учреждениях социального обслуживания, наличие дефицитарных аспектов (высокие значения хронологического возраста и I группа инвалидности) связано с увеличением взаимосвязей между самооценкой здоровья и субъективным благополучием.

### **Заключение**

Важным результатом работы, на наш взгляд, являются данные, демонстрирующие, что в позднем онтогенезе у людей, постоянно проживающих в учреждениях социального обслуживания, самооценка здоровья не имеет сопряжённости с объективным состоянием соматического здоровья. Это указывает на ведущую роль именно субъективных (внутренних) факторов в оценке своего состояния. Субъективное благополучие является достаточно стабильным, интегративным образованием, не связанным с полом или возрастом. В целом можно отметить, что люди с разными объективными и субъективными оценками здоровья чувствуют себя счастливыми и удовлетворены своей жизнью. Это, по нашему мнению, обеспечивается опорой на внутриличностные ресурсы. Рассматривая дефицитарные состояния (высокие значения хронологического возраста и I группа инвалидности), можно говорить о механизмах гиперкомпенсации, позволяющих жить вопреки болезням и возрасту, чувствуя себя счастливыми.

В дальнейшем будут проанализированы материалы, касающиеся контроля поведения, а также отношения ко времени и возрасту, что позволит дополнить представление о психологических ресурсах в позднем возрасте.

### Литература

- Амирджанова, В. Н., Горячев, Д. В., Коршунов, Н. И., Ребров, А. П., Сороцкая, В. Н. (2008). Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «Мираж»). *Научно-практическая ревматология*, 1, 36–48.
- Воронина, А. В. (2005). Проблема психического здоровья и благополучия человека: обзор концепций и опыт структурно-уровневого анализа. *Сибирский психологический журнал*, 21, 142–147.
- Гуревич, К. Г., Фабрикант, Е. Г. (2008). *Методические рекомендации по организации программ профилактики хронических неинфекционных заболеваний*. М.: ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет. Доступ 21 февраля 2019, источник URL: <http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/ORGZDRAV/Orgproga/p1.html>
- Карапетян, Л. В. (2017). Психологические корреляты эмоционально-личностного благополучия. *Вестник Кемеровского государственного университета*, 4, 132–140. doi: 10.21603/2078-8975-2017-4-132-140
- Лактионова, Е. Б., Матюшина, М. Г. (2018). Теоретический анализ подходов к исследованию проблемы позитивного функционирования личности: счастье, психологическое благополучие, субъективное благополучие. *Известия Иркутского государственного университета. Серия Психология*, 26, 7788. doi: 10.26516/2304-1226.2018.26.77
- Леонтьев, Д. А. (2020). Счастье и субъективное благополучие: к конструированию пятого поля. *Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены*, 1, 14–37. doi: 10.14515/monitoring.2020.1.02
- Мамчиц, Л. П. (2014). Состояние здоровья и качество жизни людей пожилого и старческого возраста. *Проблемы здоровья и экологии*, 4, 116–120.
- Манукян, В. Р., Трошихина, Е. Г. (2016). Современные психологические концепции благополучия и зрелости личности: области сходства и различий. *Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология*, 2, 77–85. doi: 10.17072/2078-7898/2016-2-77-85
- Нестерова, А. А., Жучкова, С. М. (2018). Факторная структура удовлетворённости жизнью в пожилом и старческом возрасте: социально-психологический подход. *Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки*, 1, 60–72. doi: 10.18384/2310-7235-2018-1-60-72
- Новик, А. А., Ионова, Т. И. (2007). *Руководство по исследованию качества жизни в медицине* (2-е изд.). М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп».
- Осин, Е. Н., Леонтьев, Д. А. (2020). Краткие русскоязычные шкалы диагностики субъективного благополучия: психометрические характеристики и сравнительный анализ. *Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены*, 1, 117–142. doi: 10.14515/monitoring.2020.1.06
- Павлова, Н. С., Сергиенко, Е. А. (2020). Субъективное качество жизни, психологическое благополучие, отношение к временной перспективе и возрасту у пенсионеров, ведущих разный образ жизни. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология*, 10(4), 384–401. doi: 10.21638/spbu16.2020.401
- Пряжников, Н. С. (2017). О факторах и моделях удовлетворённости жизнью в пожилом и старческом возрасте. *Вестник Московского университета. Серия 14: Психология*, 4, 85–101. doi: 10.11621/vsp.2017.04.85

- Попова, Т. А. (2019). Смысложизненные ориентации и локус контроля личности как ресурсы благополучного старения. *Вестник ПГГПУ. Серия 1: Психологические и педагогические науки*, 1, 49–58.
- Савченко, Т. Н., Головина, Г. М. (2019). *Субъективное качество жизни: подходы, измерение*. В кн.: А. Л. Журавлев, Е. А. Сергиенко, Г. А. Виленская. (ред.). *Разработка понятий в современной психологии: Т. 2* (с. 595–614). М.: Институт психологии РАН.
- Сенкевич, Л. В., Шагидаева, А. Б. (2017). Экзистенциальные проблемы личности в современной зарубежной геронтопсихологии: результаты анализа исследований за последние пять лет. *Современная зарубежная психология*, 6(3), 22–29. doi: 10.17759/jmfr.2017060303
- Стрижицкая, О. Ю. (2017). Позитивное функционирование: эмпирический подход. *Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук*, 2-2, 116–122.
- Стрижицкая, О. Ю., Хункос-Рабдан, О. (2014). Современные европейские направления исследований психологии старения. *Вестник СПбГУ. Серия 16: Психология. Педагогика*, 2, 66–71.
- Суслова, Т. Ф., Жучкова, С. М. (2014). Исследование удовлетворенности жизнью и смысловых ориентаций в пожилом и старческом возрасте. *Сибирский психологический журнал*, 53, 21–32.
- Шевеленкова, Т. Д., Фесенко, П. П. (2005). Методика исследования психологического благополучия личности. *Психологическая диагностика*, 3, 95–129.

*Ссылки на зарубежные источники см. в разделе References после англоязычного блока.*

*Поступила в редакцию 21.08.2022 г.; принята 06.10.2022 г.*

**Павлова Надежда Сергеевна** – научный сотрудник Лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях Института психологии Российской академии наук, кандидат психологических наук.  
E-mail: makarachka@mail.ru

**For citation:** Pavlova, N. S. (2022). The Study of Subjective Life Quality and Subjective Well-Being in Late Ontogenesis. *Sibirskiy Psikhologicheskiy Zhurnal – Siberian journal of psychology*, 86, 84–102. In Russian. English Summary. doi:10.17223/17267080/86/5

## **The Study of Subjective Life Quality and Subjective Well-Being in Late Ontogenesis<sup>1</sup>**

**N.S. Pavlova<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Institute of Psychology of Russian Academy of Sciences, 13 build. 1, Yaroslavskaya Str., Moscow, 129366, Russian Federation*

### **Abstract**

Currently, the problem of finding ways of positive/optimal functioning of the personality is becoming highly relevant. This is particularly significant in late ontogenesis. The paper deals with the results of an empirical research, the purpose of which was to study the features of subjective well-being and health-related quality of life of people aged 49-93

---

<sup>1</sup> This research was supported by Ministry of Science and Higher Education of the Russian Federation, project No 0138-2022-0005.



who permanently reside (more than 1 year) in a geriatric center. A total sample (N = 155) is analyzed in subgroups depending on gender, age (49-64 years; 65-74 years; 75-93 years) and objective health status (disability group or its absence). The following methods were used: SF-36 Health Status Survey, Subjective Happiness Scale by S. Lyubomirsky, Satisfaction with Life Scale by E. Diener.

The health self-esteem is shown to be rather low and is characterized by heterogeneity, while the level of subjective well-being corresponds to the average interval. Health-related quality of life, satisfaction with life, and subjective happiness are correlated. Men rate their health higher than women on all indicators. With increasing age, health-related quality of life decreases (except for the indicator “Physical functioning” (PF)). At the same time, there are gender differences in dynamics. Health self-esteem has no connection with the objective state of somatic health, except for the indicator “Physical functioning” (PF). Satisfaction with life and subjective happiness have no correlations with chronological age, as well as they have no differences in groups of people of different ages and genders. The objective state of health does not affect satisfaction with life but affects subjective happiness. The presence of deficit aspects (high chronological age and the 1<sup>st</sup> disability group) manifests itself an increasing number of correlations between subjective well-being and health-related quality of life.

In general, it can be noted that people with different objective and subjective health assessments feel happy and satisfied with their lives. This, in our opinion, is provided by relying on intrapersonal resources.

The research contributes to the formation of the idea of the aging as a period of development and the subjective resources of successful aging as well.

**Keywords:** successful aging; quality of life; physical health; mental health; self-assessment of health; subjective well-being; old age; elderly; late ontogenesis.

### References

- Amirjanova, V.N., Goryachev, D.V., Korshunov, N.I., Rebrov, A.P., & Sorotskaya, V.N. (2008). SF-36 questionnaire population quality of life indices. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya – Rheumatology Science and Practice*, 1, 36–48. (In Russian). doi: 10.14412/1995-4484-2008-852
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575. doi: 10.1037/0033-2909.95.3.542
- Diener, E.D., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901\_13
- Gurevich, K.G., & Fabrikant, E.G. (2008). *Metodicheskie rekomendatsii po organizatsii programm profilaktiki khronicheskikh neinfektsionnykh zabolovaniy* [Methodological recommendations for the organization of programs for the prevention of chronic non-communicable diseases]. Moscow: Moscow State University of Medicine and Dentistry. Retrieved from: <http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/ORGZDRAV/Orgproga/p1.html>
- Hernandis, S.P., & Martinez, M.S. (2005). *Gerontologia: actualizacion, innovacion y propuestas*. Madrid: Pearson Educacion.
- Karapetian, L.V. (2017). Psychological Correlates of Emotional-Personal Well-Being. *Vestnik Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta – Bulletin of Kemerovo State University*, 4, 132–140. (In Russian). doi: 10.21603/2078-8975-2017-4-132-140
- Laktionova, E.B., & Matyushina, M.G. (2018). Theoretical analysis of the scientific approaches to positive human functioning: happiness, psychological well-being, subjective well-being. *Izvestiya Irkutskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya Psikhologiya – The Bulletin of Irkutsk State University. Series Psychology*, 26, 77–88. (In Russian). doi: 10.26516/2304-1226.2018.26.77

- Leontiev, D.A. (2020). Happiness and well-being: Toward the construction of the conceptual field. *Monitoring obshchestvennogo mneniya: Ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny – Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes, 1*, 14–37. (In Russian). doi: 10.14515/monitoring.2020.1.02
- Litwin, H., & Shiovitz-Ezra, S. (2006). The association between activity and well-being in later-life: What really matters? *Ageing & Society, 26*, 225–242. doi: 10.1017/S0144686X05004538
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H.S. (1999). A Measure of Subjective Happiness: Preliminary Reliability and Construct Validation. *Social Indicators Research, 46*(2), 137–155. doi: 10.1023/a:1006824100041
- Mamchits, L.P. (2014). Health state and quality of life in elderly and old people. *Problemy zdorov'ya i ekologii – Health and Ecology Issues, 4*, 116–120. (In Russian).
- Manukyan, V.R., & Troshikhina, E.G. (2016). Contemporary psychological conceptions of well-being and maturity: identifying similarities and differences. *Vestnik Permskogo universiteta. Filosofiya. Psikhologiya. Sotsiologiya – Perm University Herald. Philosophy. Psychology. Sociology, 2*, 77–85. (In Russian). doi: 10.17072/2078-7898/2016-2-77-85
- Nesterova, A.A., & Zhuchkova, S.M. (2018). The factor structure of life satisfaction in elderly and old age: socio-psychological approach. *Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo universiteta. Seriya: Psikhologicheskie nauki – Bulletin of Moscow Region State University. Series: Psychology, 1*, 60–72. (In Russian). doi: 10.18384/2310-7235-2018-1-60-72
- Novik, A.A. & Ionova, T.I. (2007). *Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine* [Guidelines for the study of quality of life in medicine] (2nd ed.). Moscow: ZAO OLMA Media Grupp.
- Osin, E.N., & Leontiev, D.A. (2020). Brief Russian-language instruments to measure subjective wellbeing: Psychometric properties and comparative analysis. *Monitoring obshchestvennogo mneniya: Ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny – Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes, 1*, 117–142. (In Russian). doi: 10.14515/monitoring.2020.1.06
- Pavlova, N.S., & Sergienko, E.A. (2020). Subjective life quality, psychological well-being and attitude to the time perspective as well as age among pensioners leading different lifestyles. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Psikhologiya – Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology, 10*(4), 384–401. (In Russian). doi: 10.21638/spbu16.2020.401
- Pavlova, N.S., & Sergienko, E.A. (2021). Life quality and psychological well-being in late ontogenesis: external and internal resources. *European Proceedings of Social and Behavioural Sciences EpSBS, 119*, 152–159. doi: 10.15405/epsbs.2021.12.02.19
- Popova, T.A. (2019). Life orientation and locus of control personalities as resources for successful ageing. *Vestnik Permskogo gosudarstvennogo gumanitarno-pedagogicheskogo universiteta. Seriya № 1. Psikhologicheskie i pedagogicheskie nauki – Bulletin of Perm State Humanitarian Pedagogical University. Series No. 1. Psychological and pedagogical sciences, 1*, 49–58. (In Russian).
- Pryazhnikov, N.S. (2017). O faktorakh i modelyakh udovletvorennosti zhizni v pozhilom i starchyom vozraste [On factors and models of life satisfaction in elderly and senile age]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya – The Moscow University Herald. Series 14. Psychology, 14*(4), 85–101. (In Russian). doi: 10.11621/vsp.2017.04.85
- Ryff, C.D., & Keyes, C.L.M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 719–727. doi: 10.1037//0022-3514.69.4.719
- Savchenko, T.N., & Golovina, G.M. (2019). Sub"ektivnoe kachestvo zhizni: podkhody, izmerenie [Subjective quality of life: approaches, measurement]. In A.L. Zhuravlev, E.A. Sergienko, G.A. Vilenskaya (Eds.), *Razrabotka ponyatiy v sovremennoy psikhologii*

- [Development of concepts in modern psychology] (Vol. 2, pp. 595–614). Moscow: Institute of Psychology RAS. (In Russian).
- Senkevich, L.V., & Shagidaeva, A.B. (2017). Existential problems of personality in modern foreign gerontopsychology: results of analysis of research over the past five years. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya – Journal of Modern Foreign Psychology*, 6(3), 22–29. (In Russian). doi: 10.17759/jmfp.2017060303
- Shevelenkova, T.D., & Fesenko, P.P. (2005). Metodika issledovaniya psikhologicheskogo blagopoluchiya lichnosti [Research methodology of psychological well-being of personality]. *Psikhologicheskaya diagnostika – Psychological Diagnosis*, 3, 95–129.
- Strizhitskaya, O.Yu. (2017). Pozitivnoe funktsionirovanie: empiricheskiy podkhod [Positive functioning: an empirical approach]. *Aktual'nye problemy gumanitarnykh i estestvennykh nauk*, 2(2), 116–122.
- Strizhitskaya, O.Yu., & Juncos-Rabadan, O. (2014). Modern directions in European psychology of aging. *Vestnik SPbGU. Seriya 16: Psikhologiya. Pedagogika – Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology*, 2, 66–71. (In Russian).
- Suslova, T.F., & Zhuchkova, S.M. (2014). The study of life satisfaction and life-purpose orientations at elderly and senile age. *Sibirskiy psikhologicheskii zhurnal – Siberian Journal of Psychology*, 53, 21–32. (In Russian).
- Sullivan, M., & Karlsson, J. (1998). The Swedish SF-36 Health Survey III. Evaluation of criterion-based validity: results from normative population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1105–1113. doi: 10.1016/S0895-4356(98)00102-4
- Voronina, A.V. (2005). The problem of mental health and human wellbeing. Concept overview and experience of level structure analysis. *Sibirskiy psikhologicheskii zhurnal – Siberian Journal of Psychology*, 21, 142–147. (In Russian).

Received 21.08.2022; Accepted 06.10.2022

**Nadezhda S. Pavlova** – Researcher, Institute of Psychology of RAS, Cand. Sc. (Psychol.).  
E-mail: makarachka@mail.ru