

ГЛАВА X

Благополучное старение в позднем онтогенезе

Поздний возраст характеризуется глобальными физическими и личностными изменениями, касающимися телесности, здоровья, Я-концепции, духовно-нравственной сферы и пр. (Кулешова, Стрижицкая, 2008; Яркин, 2017). Кроме того, «в этот период происходит выбор пути развития в период старения» (Стрижицкая, 2013, с. 119).

В настоящее время стал широко использоваться термин «благополучное старение», отражающий «способность сохранения собственной аутентичности, развитие новых возможностей взаимодействия с окружением, самореализацию, способность к адаптации, гибкое использование и реорганизацию собственных ресурсов и обращение к внешним ресурсам, способность к совладанию, сопротивлению и компенсации болезням, конструктивным способам поведения, дальнейшему построению своего жизненного пути» (Сергиенко, Харламенкова, 2018, с. 244).

Выделяются разные факторы благополучного старения. Например, Г. Крайг отмечает ориентацию «на другого», т.е. поддержание социальных контактов, проявление заботы, сострадания; И. Кемпер – социальную активность и общественную адаптацию; И. Чень, И. Пэн, П. Фан, а также Н. Галдона с коллегами – высокий эмоциональный интеллект; М. В. Ермолаева – оценку пожилыми людьми смысла своей жизни для других, а также наличие жизненной цели и временной трансспективы (Ермолаева, 2002; Кемпер, 1996; Крайг, Бокум, 2005; Chen et al., 2016; Galdona et al., 2018).

Исследования, выполненные в этом ракурсе, только набирают обороты, так как до недавнего времени период позднего онтогенеза воспринимался как этап угасания, стагнации. В последние десятилетия окончание трудовой деятельности и освободившееся в этой связи

время стали рассматриваться как дополнительный ресурс для дальнейшего развития, позволяющий попробовать что-то новое, посвятить себя другим занятиям, увлечениям, общению.

На уровне общества и государственной политики это проявляется в развитии доступной среды и системы адресной социальной помощи, росте образовательных и культурно-досуговых программ 50+, клубов по интересам для людей старшего поколения и др. Все это является поддержкой и внешними ресурсами для людей позднего возраста. Однако «чем старше становится человек, тем большую роль начинают играть субъективные факторы в общем функционировании человека» (Стрижицкая, 2013, с. 119). В этой связи особую актуальность приобретает исследование внутренних ресурсов личности, позволяющих поддерживать высокий уровень качества жизни и психологического благополучия на этапе позднего онтогенеза.

Мы полагаем, что в позднем онтогенезе наблюдается реорганизация ментальных ресурсов личности и субъекта, что проявляется в психологическом благополучии и субъективной оценке качества жизни и здоровья.

«„Качество жизни“ в современной мировой науке вполне может трактоваться как новая (междисциплинарная) научная категория» (Савченко, Головина, 2019, с. 610), охватывающая широкий спектр научных знаний: социологии, экономики, экологии, медицины, психологии и др. Особую значимость приобретают исследования качества жизни, связанного со здоровьем, на этапе позднего онтогенеза, когда проблемы здоровья становятся чрезвычайно актуальными и непосредственно влияют на все сферы жизнедеятельности человека.

В масштабных исследовательских программах европейских стран и США отмечена роль субъективной оценки своего здоровья в предсказании смертности и потребности в медицинской помощи в будущем. Самооценка состояния здоровья является мерой того, как люди воспринимают свое здоровье, и используется в качестве показателя здоровья населения (DeSalvo et al., 2005, 2006; Quesnel-Vallee, 2007).

Здесь важную роль приобретает именно позитивное субъективное отношение к себе и своему здоровью, а также внутренняя готовность продолжать вести активный образ жизни, позволяющие и при наличии серьезных соматических заболеваний сохранять способность вести насыщенную жизнь. Активность самого субъекта рассматривается как потенциал для развития в позднем возрасте

(Ермолаева, 2011; Кулешова, Стрижицкая, 2008). Как подчеркивает О. Ю. Стрижицкая, «качество старения и старости тесно связано со способностью личности к развитию, если развитие детерминировано его субъектностью, главным содержанием которой является отношение человека к себе как активному деятелю» (Стрижицкая, 2006, с. 3).

С понятием качества жизни связан термин «психологическое благополучие». Существует множество подходов к определению данной категории. В настоящее время можно отметить рост числа исследований в сфере психологического благополучия и удовлетворенности жизнью людей позднего онтогенеза. Например, Н. С. Пряжниковым предложена обобщенная и частные теоретические модели удовлетворенности жизнью в пожилом и старческом возрасте (Пряжников, 2017). Он подчеркивает, что удовлетворенность жизнью людей позднего возраста зависит от ряда факторов, но обязательным условием является то, чтобы они были объединены общим жизненным смыслом: «Ради чего я живу?», «Удалось ли осуществить задуманное, желаемое?». А. А. Нестерова и С. М. Жучкова на основе факторного анализа описывают особенности социально-психологических детерминант удовлетворенности жизнью людей пожилого и старческого возраста (Нестерова, Жучкова, 2018). Т. Ф. Суслова и М. Ф. Жучкова изучают взаимосвязь удовлетворенности жизнью и смысло-жизненных ориентаций (Суслова, Жучкова, 2014). Показано, что на этапе позднего онтогенеза у людей с высоким уровнем удовлетворенности жизнью по сравнению с людьми с низким уровнем выше уровень осмысленности жизни и ниже показатели внутриличностных конфликтов в ценностно-смысловой сфере.

Мы изучаем особенности психологического благополучия и качества жизни, связанного со здоровьем, во взаимосвязи с отношением ко времени (временная перспектива личности как преобладающие временные ориентации на будущее, настоящее или прошлое и субъективный возраст как отношение к себе и оценка личного временного ресурса) людей позднего возраста, ведущих различный образ жизни. Изучению временной перспективы людей позднего возраста в последние десятилетия стало уделяться больше внимания (Ермаков, Кашина, 2016; Озерина, Суворова, Дмитриева, 2019; Сурикова, 2011; Чуева, 2011; и др.), в то время как особенности субъективного возраста остаются почти неизученными в нашей стране.

Субъективный возраст, т. е. самовосприятие собственного возраста, — неоднородный конструкт. Он включает в себя «биологический субъективный возраст — на сколько лет человек себя чувствует; эмоциональный субъективный возраст — на сколько лет он выглядит; социальный субъективный возраст — на сколько лет он действует, и интеллектуальный субъективный возраст — какому возрасту соответствуют его интересы» (Сергиенко, Харламенкова, 2018, с. 249). «Когнитивная иллюзия возраста — разница между хронологическим и субъективным возрастом человека, которая возникает в процессе жизни человека» (Сергиенко, 2020, с. 27). Подробный анализ новейших зарубежных исследований субъективного возраста представлен Е. А. Сергиенко (там же). Показано, что «субъективный возраст (более старший относительно хронологического) является предиктором смерти, деменции, выраженности посттравматической симптоматики», а также неблагоприятного течения и исхода тяжелого заболевания (там же, с. 25). В свою очередь, молодой субъективный возраст «становится модератором, смягчающим последствия травматических событий, и связан с благополучным развитием тяжелого заболевания» (там же). У людей старшего возраста он является показателем возможностей справиться со стрессовыми ситуациями (включая старение) и благополучного психического развития.

Таким образом, в последнее время стало уделяться больше внимания изучению субъективных (внутренних) факторов качества жизни, связанного со здоровьем, и психологического благополучия. Тем не менее, существует дефицит исследований в этом направлении в целом и, в частности с участием людей позднего возраста. Нам видится перспективным движение в этом ключе, поскольку оно показывает множественные варианты благополучного старения, позволяет раскрыть потенциал личности и внутренние ресурсы человека.

Методы

Исследование организовано на базе Центра социального обслуживания города Москвы с участием неработающих пенсионеров (N = 48). Для анализа общая выборка была разбита на подгруппы в зависимости от возраста (58–64 года, n = 12; 65–74 года, n = 14; 75–93 года, n = 22) и образа жизни:

- пенсионеры, посещающие Отделение дневного пребывания (ОДП) центра социального обслуживания, т. е. ведущие активный образ жизни, занимающиеся в кружках, секциях, посещающие театры, экскурсии ($n = 19$);
- одинокие и одиноко проживающие пенсионеры Отделения социального обслуживания (ОСО) на дому, т. е. получающие помощь социального работника по ведению хозяйства и в решении бытовых проблем: по доставке продуктов и лекарств, записи к врачу, сопровождению по городу, оформлению документов и пр. ($n = 29$); такие люди большую часть времени проводят дома одни либо с сиделкой.

Следует отметить, что группы ОСО и ОДП различны по возрасту ($U = 79,0$, $p = 0,000$). Уравнять их – сложная задача, продиктованная логикой жизни: с увеличением возраста снижается жизненная активность большинства людей. Тем не менее такое деление видится нам важным в контексте изучения субъективных факторов здоровья. Также важно отметить еще одно ограничение выборки – преобладающей частью респондентов являются женщины. В таблице 10.1 представлены половозрастные и социальные характеристики респондентов.

Применялись следующие психодиагностические методики:

- 1) Опросник SF-36 «Health status survey» – русскоязычная версия, созданная и рекомендованная Межнародным центром исследования качества жизни (Гуревич, Фабрикант, 2008).
- 2) «Шкалы психологического благополучия» К. Рифф в адаптации Т. Д. Шевеленковой, П. П. Фесенко (Шевеленкова, Фесенко, 2005).
- 3) Опросник временной перспективы ZPTI Ф. Зимбардо в адаптации А. Сырцовой с соавт. (Сырцова и др., 2008).
- 4) Опросник «Age-of-Me» Б. Барак в адаптации Е. А. Сергиенко (Barak, 2009).
- 5) Авторская анкета, вопросы которой направлены на изучение ближайших и отдаленных целей субъекта, представлений об идеальной жизни, удовлетворенности жизнью и самореализацией.

Использовались методы математической статистики: критерий Колмогорова–Смирнова для проверки формы распределения, коэффициент ранговой корреляции Спирмана (r_s), U-критерий Манна–Уитни, t-критерий Стьюдента, угловое преобразование Фишера (φ^*). Статистический анализ данных проводился с помощью пакета про-

Таблица 10.1

Половозрастные и социальные характеристики выборки

Характеристики	Группа ОДП		Группа ОСО	
	Кол-во ре-спондентов	%	Кол-во ре-спондентов	%
<i>Имеют детей</i>	15	78,9	21	72,4
<i>Пол</i>				
Женщины	16	84,2	26	89,7
Мужчины	3	15,8	3	10,3
<i>Возраст</i>				
58–64 года	10	52,6	2	6,9
65–74 года	6	31,6	8	27,6
75–93 года	3	15,8	19	65,5
<i>Образование</i>				
Среднее специальное	4	21,0	4	13,8
Высшее	15	79,0	20	69,0
Ученая степень	0	0,0	5	17,2
<i>Проживание</i>				
С родственниками	9	52,9	7	29,2
С сиделкой	0	0	2	8,3
Одинокó проживающие	7	41,2	14	58,3
С домашними животными	1	5,9	1	4,2

грамм SPSS v. 16.0 (Windows). Для качественной обработки результатов анкеты использовался метод контент-анализа.

Результаты и их обсуждение*

Оценка психологического благополучия и качества жизни, связанного со здоровьем

Субъективная оценка качества жизни, связанного со здоровьем, на этапе позднего онтогенеза находится на довольно низком уровне

* Ранее нами были описаны результаты этого исследования в соответствии с отдельными задачами (Павлова, 2021; Павлова, Сергиенко, 2019, 2020а, б, в). Данная статья носит обобщающий характер.

не. Большинство показателей – около 50 баллов при максимальных 100. С увеличением хронологического возраста все показатели качества жизни падают. Распределение значений характеризуется большим разбросом, что свидетельствует о неоднородности субъективных оценок своего здоровья среди людей пожилого и старческого возрастов: «Физическое функционирование (PF)» ($M=44,2\pm 33,6$; $Me=42,5$, $P_{25}=10$, $P_{75}=75$), «Ролевое (физическое) функционирование (RP)» ($M=28,1\pm 40,8$; $Me=0$, $P_{25}=0$, $P_{75}=50$), «Эмоциональное функционирование (RE)» ($M=47,2\pm 43,4$; $Me=33,3$, $P_{25}=0$, $P_{75}=100$). В связи с этим требуются дальнейшие исследования качества жизни людей с целью выявления различных факторов, влияющих на его параметры. Самые низкие баллы по показателю «Ролевое (физическое) функционирование (RP)», самые высокие – по «Социальному функционированию (SF)» ($M=65,1\pm 25,0$; $Me=62,5$, $P_{25}=50$, $P_{75}=78$). Таким образом, испытывая ограничения в каждодневных делах, люди направляют активность на поддержание социальных контактов с друзьями и родственниками. По всей видимости, этому способствует удобство и доступность связи, в том числе мобильной, и Интернет.

Значения по отдельным шкалам и Индексу общего психологического благополучия соответствуют высокому и среднему интервалу.

Показатели психологического благополучия напрямую связаны с самооценкой здоровья: все шкалы, кроме «Автономии», коррелируют с физическим и психологическим компонентами здоровья и их составляющими. Всего получено 58 корреляций (здесь и далее при анализе корреляций $p<0,05$).

Таким образом, на этапе позднего онтогенеза самооценка здоровья и психологическое благополучие тесно связаны между собой. Такой вывод подкрепился и результатами анкетирования, согласно которым среди основных целей и критериев идеальной жизни здоровье и его поддержание находятся на первых местах.

Взаимосвязь временной перспективы с самооценкой здоровья и психологическим благополучием

Получена тесная взаимосвязь временной перспективы с самооценкой здоровья и психологическим благополучием.

Временная перспектива личности более связана с психологическим компонентом здоровья и его составляющими (13 корреля-

ций), чем с физическим (6 корреляций). Установлены корреляции всех шкал теста ЗРТИ со всеми показателями психологического благополучия, кроме «Автономии» (всего 27 корреляций).

Более всего связей самооценки здоровья и психологического благополучия с модусами настоящего и прошлого, в то время как с будущим корреляций почти нет. Это свидетельствует о том, что планирование будущего и реализация поставленных целей не связаны с самооценкой здоровья и психологическим благополучием, оставляя будущее в зоне высокой неопределенности. «Фаталистическое настоящее» (т. е. неуправляемость) и «Негативное прошлое» снижают возможности ресурсов психологического здоровья и благополучия, в то время как опора на «Позитивное прошлое», наоборот, увеличивает показатели психологического благополучия. «Гедонистическое настоящее», т. е. умение находить радость в сегодняшнем дне, также положительно связаны с самооценкой здоровья и психологическим благополучием.

Взаимосвязь субъективного возраста с самооценкой здоровья и психологическим благополучием

Чем ниже субъективный возраст (средний, биологический, эмоциональный и социальный), тем выше показатели качества жизни, связанного со здоровьем. Всего на общей выборке установлено 16 корреляций. Со стороны субъективного возраста наибольшее число корреляций оказалось с биологическим возрастом (как я себя чувствую) – 5, а со стороны качества жизни – с физическим компонентом и его составляющими – 15. С психологическим компонентом здоровья и его составляющими взаимосвязей почти нет. Интеллектуальный субъективный возраст в среднем позволяет чувствовать себя моложе. Вместе с тем, будучи не связанным с состоянием здоровья, он является ресурсным аспектом.

Субъективный возраст менее сопряжен с показателями психологического благополучия, чем с самооценкой здоровья. На общей выборке получено 5 статистически значимых корреляций: биологический субъективный возраст – «Личностный рост» ($r_s = 0,3337$, $p = 0,027$); эмоциональный субъективный возраст – «Личностный рост» ($r_s = 0,346$, $p = 0,023$), «Самопринятие» ($r_s = 0,348$, $p = 0,022$), «Интегральный показатель» ($r_s = 0,370$, $p = 0,015$); интеллектуальный субъективный возраст – «Автономия» ($r_s = 0,317$, $p = 0,039$).

Таким образом, можно заключить, что категории «временная перспектива» и «субъективный возраст» выражают отношение человека ко времени, но относятся к разным аспектам индивидуальности. Субъективный возраст более связан с оценкой физического состояния – физический компонент качества жизни, связанного со здоровьем. Временная перспектива – с личностными особенностями – психологический компонент качества жизни, связанного со здоровьем; психологическое благополучие.

Образ жизни как фактор психологического благополучия и качества жизни, связанного со здоровьем

Образ жизни пенсионеров, находящихся на надомном социальном обслуживании, существенно ограничен состоянием их здоровья, что проявляется в видах досуга и увлечений, желаемых изменений в себе, основных достижениях в жизни и планов на ближнюю и дальнюю перспективу. Они чаще проводят свое время, общаясь с родственниками, в том числе по телефону ($\varphi^*_{\text{эмп}} = 2,185$, $p = 0,015$), и довольно часто смотрят телевизор (18,5% респондентов отметили это в числе своих занятий). Среди желаемых изменений в себе они чаще хотят укрепить здоровье, не болеть ($\varphi^*_{\text{эмп}} = 2,013$, $p = 0,022$).

Активных пенсионеров отличает большее разнообразие и число интересов и ежедневных занятий. Они более ориентированы на увлечения и занятия творчеством, включая посещение кружков ($\varphi^*_{\text{эмп}} = 2,926$, $p = 0,002$), и не отмечают среди основных занятий просмотр телевизора. Для них характерно желание получить от жизни больше и стремление к саморазвитию. Среди желаемых изменений в себе они чаще хотят расширить свой кругозор и сферу интересов: 23,8% респондентов группы ОДП указали это в своих ответах, в то время как в группе ОСО таких ответов не было.

У людей, ведущих активный образ жизни, выше показатели самооценки здоровья, они более ориентированы на будущее, а также моложе оценивают социальный и биологический субъективный возраст по сравнению с группой пенсионеров, большую часть времени проводящих дома. Между группами людей с разным образом жизни нет различий по «Шкалам психологического благополучия». Эти результаты указывают на то, что если в группе ОДП внешняя

активность играет важнейшую роль в поддержании психологического благополучия, то в группе ОСО внутренние факторы становятся ведущими.

Одинокое или совместное (с родственниками или сиделкой) проживание отражается на самооценке здоровья и психологического благополучия и не проявляется на отношении ко времени и своему возрасту. Более высокий уровень качества жизни наблюдается у людей, проживающих с родственниками или с сиделкой. При одинокоем проживании наблюдается снижение показателя «Позитивные отношения с окружающими» ($t = -2,212$, $p = 0,033$), что может указывать на переживание собственной изолированности и фрустрированности.

Для людей, чаще находящихся дома, в оценке качества жизни субъективные (внутренние) компоненты выходят на передний план и поэтому тесно взаимосвязаны с ней, что проявляется в большем количестве корреляций по сравнению с группой активных пенсионеров между всеми исследуемыми параметрами. С одной стороны, это свидетельствует о том, что при сниженных показателях качества жизни актуализируется его взаимосвязь с психологическим благополучием, временной перспективой и субъективным возрастом. А с другой стороны — об интеграции внутренних психологических ресурсов для поддержания жизнедеятельности и психологического благополучия.

Кроме того, в оценках качества жизни ключевую роль играет аспект прошлого: активный образ жизни порождает связи «Позитивного прошлого» с высоким уровнем качества жизни, в то время как ограничения здоровья и связанный с ними домашний образ жизни, наоборот, актуализируют связь «Негативного прошлого» со снижением самооценки здоровья. Отличительной особенностью также является наличие сопряженности показателей психологического благополучия и «Гедонистического настоящего» у людей, проводящих большую часть времени дома (ОСО — 6 корреляций, ОДП — 0 корреляций).

В завершение подчеркнем, что в рамках нашего исследования сложно однозначно судить о роли образа жизни и типа проживания в исследуемых параметрах ввиду различия сравниваемых групп по возрасту ($U = 79,0$, $p = 0,000$). Поэтому полученные выводы требуют проверки.

Хронологический возраст как фактор психологического благополучия и качества жизни, связанного со здоровьем

Окончание трудовой деятельности и выход на пенсию (возраст – 58–64 года) является кризисным периодом и связан с глобальными изменениями образа жизни и самоидентичности. После 65 лет происходит принятие себя в новой роли, жизнь наполняется новыми событиями. Далее по мере старения (после 75 лет) физические ограничения все более накладывают отпечаток на образ жизни людей.

Такая динамика находит свое отражение на всех показателях качества жизни и шкалах психологического благополучия, кроме «Автономии»: наблюдается сначала рост показателей (в группе 65–74-летних по сравнению с группой 58–64-летних), а затем их снижение (в группе 74–93-летних по сравнению с группой 65–74-летних). Однако статистически значимые различия установлены по всем параметрам самооценки здоровья только между группами 65–74 лет и 75–93 лет, а также по всем параметрам, кроме «Общего здоровья (GH)», между группами 58–64 лет и 75–93 лет; по «Шкалам психологического благополучия» – между возрастными группами 65–74 лет и 75–93 лет. Таким образом, основные изменения, проявляющиеся в снижении всех показателей самооценки здоровья и психологического благополучия (кроме «Автономии», которая, наоборот, с возрастом увеличивается $r_s = 0,369$, $p = 0,012$), начинаются после 75 лет.

Также возраст 65–74 лет характеризуется наибольшим числом корреляций психологического благополучия и качества жизни, связанного со здоровьем. По мере старения более сопряженными становятся психологическое благополучие и психологический компонент здоровья, роль физического компонента снижается.

Кроме того, в возрастном периоде 65–74 лет чаще наблюдается сбалансированная временная перспектива, когда все три аспекта времени актуализированы и интегрированы во временной перспективе личности и в большей степени коррелируют с качеством жизни. В этом возрасте более высокий уровень качества жизни связан с умением находить радость в сегодняшнем дне. По сравнению с возрастом 58–64 лет возрастает ориентация на «Гедонистическое настоящее» ($t = -2,273$, $p = 0,033$) и «Позитивное прошлое» ($t = -2,157$, $p = 0,042$).

Ведущими временными ориентациями в группе людей 58–64 лет являются «Позитивное прошлое» и «Будущее». Аспект настоящего

выражен слабо. Опора на свой положительный опыт поддерживает более высокую самооценку здоровья.

После 75 лет категория «Позитивное прошлое» также остается одной из ведущих, но вместе с тем значительно возрастает роль «Фаталистического настоящего». В оценке качества жизни ключевую роль вновь играет прошлый опыт. Но здесь уже, наоборот, негативная его оценка связана с возрастанием депрессии, тревоги, переживанием болевых ощущений и связанных с ними ограничений в осуществлении ежедневной активности.

Анализ количества корреляций показал, что наибольшая интеграция временной перспективы и качества жизни наблюдается в возрасте 64–75 лет – 8 связей; в группе 58–64-летних – 6 связей; в группе 75–93-летних – 4 связи. Из всех связей всего 5 касаются физического компонента здоровья и его параметров, остальные 13 – это психологический компонент здоровья и его параметры.

По мере старения связей психологического благополучия и временной перспективы становится больше (58–64 года: 5 корреляций; 65–74 года: 8 корреляций; 75–93 года: 16 корреляций). Также можно отметить схожие с качеством жизни возрастные особенности корреляций: в возрасте 58–64 лет с психологическим благополучием наиболее связан аспект «Позитивного прошлого» (4 положительные корреляции), в возрасте 65–74 лет – аспект «Гедонистического настоящего» (6 положительных корреляций), и в возрасте 75–93 лет – аспект «Негативного прошлого» (5 отрицательных корреляций), «Позитивного прошлого» (5 положительных корреляций), «Фаталистического настоящего» (4 отрицательные корреляции).

Несмотря на отсутствие статистически значимых различий в оценке своего возраста между респондентами разных возрастных групп, а также отсутствие корреляций хронологического и субъективного возраста, наблюдаются различия в графиках средних значений разницы субъективного и хронологического возрастов в разных возрастных группах. Биологическому субъективному возрасту присуща тенденция к сокращению разницы в течение всего анализируемого возрастного периода. Для среднего, эмоционального и социального субъективных возрастов после 58 лет по мере старения характерно сначала увеличение разницы, а затем ее уменьшение. Здесь прослеживается параллель с качеством жизни: вместе со снижением качества жизни после 75 лет уменьшается положительная иллю-

зия оценки возраста и субъективный возраст начинает приближаться к хронологическому.

Единственная составляющая субъективного возраста, которая продолжает снижаться по мере старения, — интеллектуальный субъективный возраст. По всей видимости, в отличие от самочувствования, внешнего облика и действий увлечения меньше подвержены изменению с течением времени и являются как бы проводником к тому возрасту, когда они появились или были наиболее сильными. Так или иначе это отсылка к себе более молодому.

Вместе с тем по мере старения корреляций субъективного возраста и качества жизни становится больше (58–64 лет: 1 корреляция; 65–74 лет: 2 корреляции; 75–93 лет: 5 корреляций).

В группах людей 58–64 лет и 65–74 лет не установлена взаимосвязь субъективного возраста и психологического благополучия. В группе респондентов старше 75 лет наблюдается корреляция эмоционального (как я выгляжу) субъективного возраста со шкалой «Управление средой» ($r_s = 0,486$, $p = 0,041$).

Таким образом, при наличии корреляций субъективного возраста с самооценкой здоровья и психологического благополучия в общей выборке наблюдается почти полное отсутствие сопряженности этих переменных в подгруппах людей разных возрастов. Также отсутствует взаимосвязь субъективного и хронологического возрастов. Эти данные указывают на то, что субъективный возраст является уникальным конструктом, не зависимым от возраста хронологического, но сопряженным с показателями психологического благополучия и качества жизни, связанного со здоровьем.

Выводы

1. Благополучное старение характеризуется интеграцией ресурсов личности (временная перспектива и субъективный возраст), психологического благополучия, качества жизни и здоровья.
2. У людей, ведущих активный образ жизни, выше уровень качества жизни. Для них внешняя активность играет ключевую роль в поддержании психологического благополучия и качества жизни. Для людей, ведущих домашний образ жизни, на первом месте — внутренние факторы.

3. В рамках исследуемого возрастного диапазона период 65–74 лет характеризуется более высокими показателями качества жизни и психологического благополучия, а также их наиболее тесной связью. В этом возрасте чаще наблюдается сбалансированная временная перспектива и наибольшее число ее корреляций с качеством жизни.
4. После 75 лет наблюдается снижение показателей самооценки здоровья и психологического благополучия, усиление ориентации на «Фаталистическое настоящее». По мере старения становится больше взаимосвязей временной перспективы и психологического благополучия, а также субъективного возраста и качества жизни.

Заключение

Таким образом, здоровье и его поддержание – это ведущие цели и критерии идеальной жизни людей на этапе позднего онтогенеза. Несмотря на довольно низкие показатели качества жизни, связанного со здоровьем, уровень психологического благополучия соответствует высокому и среднему интервалу. Исходя из этого, можно сделать вывод о множественных вариантах благополучного старения. На наш взгляд, это обеспечивается, в первую очередь, опорой на внутренние ресурсы личности, что способствует реализации основных компонентов позитивного функционирования, а также ощущению счастья, удовлетворенности собой и собственной жизнью. В нашей работе в качестве таких ресурсов изучается отношение ко времени и своему возрасту, а также образ жизни людей позднего возраста. Видятся перспективными дальнейшие исследования субъективных факторов психологического благополучия и здоровья на этапе позднего онтогенеза. Это не только вносит вклад в развитие представлений о личностных особенностях в позднем возрасте, но и дает ориентир для развития системы социально-психологической помощи пожилым людям в раскрытии потенциала личности и ее ресурсов.

Между тем недостаточный объем выборки не позволил однозначно решить ряд проблем: исследовать возрастную динамику изучаемых переменных; однозначно оценить роль возраста и образа жизни;

Психическое развитие субъекта на разных этапах онтогенеза

описать особенности изучаемых переменных у людей недооценивающих, переоценивающих и оценивающих адекватно субъективный возраст. В этой связи мы планируем продолжить исследование, дополнив выборку респондентами из другого региона.