

ЭМПИРИЧЕСКИЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 159.922.6

Субъективное качество жизни, психологическое благополучие, отношение к временной перспективе и возрасту у пенсионеров, ведущих разный образ жизни*

Н. С. Павлова, Е. А. Сергиенко

Институт психологии РАН,
Российская Федерация, 129366, Москва, ул. Ярославская, 13

Для цитирования: Павлова Н. С., Сергиенко Е. А. Субъективное качество жизни, психологическое благополучие, отношение к временной перспективе и возрасту у пенсионеров, ведущих разный образ жизни // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2020. Т. 10. Вып. 4. С. 384–401. <https://doi.org/10.21638/spbu16.2020.401>

Рассматриваются особенности субъективной оценки психического и физического компонентов здоровья как показатели качества жизни во взаимосвязи с психологическим благополучием, временной перспективой и субъективным возрастом на этапе позднего онтогенеза (58–93 года). Анализ общих закономерностей проведен по возрастным группам (58–64 года, 65–74 года и 75–93 года), а также в зависимости от образа жизни пожилых людей: неработающие пенсионеры, находящиеся на надомном социальном обслуживании, и неработающие пенсионеры, ведущие активный образ жизни. Установлено, что субъективные показатели качества жизни находятся на довольно низком уровне и с возрастом падают. Тем не менее уровень общего психологического благополучия и его составляющих соответствуют высокому и среднему интервалу. Выделены преобладающие временные ориентации — «Позитивное прошлое» и «Будущее» (ближайшая временная перспектива), сбалансированная временная перспектива обнаружена у трети респондентов. В оценке субъективного возраста свойственна положительная иллюзия, т. е. восприятие себя моложе хронологического возраста. Активный образ жизни способствует поддержанию более высоких оценок качества жизни, ориентации на будущее и положительной иллюзии

* Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ № 17-29-02155.

© Санкт-Петербургский государственный университет, 2020

оценки субъективного возраста. У людей, проживающих с родственниками или сиделкой, по сравнению с одиноко проживающими пенсионерами наблюдаются более высокий уровень качества жизни и более высокие баллы по показателю «Позитивные отношения с окружающими» «Шкал психологического благополучия». Период 64–75 лет отличается более высокими показателями качества жизни, психологического благополучия и преобладанием сбалансированной временной перспективы. Среди изучаемых факторов наиболее тесно с самооценкой здоровья (физическим и психологическим компонентами) связано психологическое благополучие. Временная перспектива личности сопряжена в большей степени с психологическим компонентом здоровья, в то время как субъективный возраст — с физическим. При этом наблюдается групповая специфика в количестве и характере связей в зависимости от возраста и образа жизни, что указывает на роль субъективных и объективных факторов в психологическом благополучии.

Ключевые слова: качество жизни, физическое здоровье, психологическое здоровье, психологическое благополучие, временная перспектива, субъективный возраст, пожилой возраст, активные пенсионеры, пенсионеры на надомном социальном обслуживании.

«Качество жизни в современной мировой науке вполне может трактоваться как новая (междисциплинарная) научная категория» [1, с.610], охватывающая широкий спектр научных знаний: социологию, экономику, экологию, медицину, психологию и др. Сегодня как в России, так и за рубежом проводится множество исследований, посвященных этой теме. Наша работа сфокусирована на изучении показателей субъективного качества жизни, связанного со здоровьем, на этапе позднего онтогенеза, когда проблемы здоровья становятся чрезвычайно актуальными и непосредственно влияют на все сферы жизни.

В последние десятилетия отношение к периоду зрелости и старости стало меняться и в обществе, и на уровне государственной политики, и в научном сообществе. Уход на пенсию сегодня все чаще воспринимается не как период угасания, а как дополнительный ресурс для дальнейшего развития [2–5]. Завершение основной трудовой деятельности и связанное с этим освободившееся время позволяют человеку попробовать что-то новое, посвятить себя другим занятиям, увлечениям, общению. Сегодня можно встретить много программ именно для людей старшего поколения, так называемые «50+»: экскурсии, обучающие курсы, группы здоровья и др.

Однако широкий круг людей позднего возраста большую часть времени проводит дома в одиночестве. Это люди, страдающие серьезными заболеваниями, не имеющие близких родственников или одиноко проживающие. Одиночество и наполненность времени остаются для них одними из главных психологических проблем.

Здесь важную роль приобретает именно позитивное субъективное отношение к себе и своему здоровью, а также внутренняя готовность продолжать активный образ жизни, позволяющие и при наличии серьезных соматических заболеваний сохранять насыщенную жизнь. 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» [4, с. 3].

В настоящее время выделяются разные факторы благополучного старения. Например, Г. Крайг отмечает ориентацию «на другого», т. е. поддержание социальных контактов, проявление заботы, сострадания [6], И. Кемпер — социальную активность и общественную адаптацию [7], Н. Галдона с коллегами — высокий эмоциональный интеллект как способность фиксировать, дифференцировать, понимать и регулировать эмоции [8], М. В. Ермолаева — оценку пожилыми людьми смысла своей жизни для других, а также наличие жизненной цели и временной транспективы [9]. Таким образом, новейшие отечественные и зарубежные исследования показывают ключевую роль именно субъективных (внутренних) факторов во влиянии на показатели качества жизни и здоровья. 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 [10–12].

В нашей работе изучается качество жизни, связанное с оценкой физического и психического здоровья людей пожилого и старого возраста, ведущих различный образ жизни, во взаимосвязи с субъективными факторами. Такой ракурс исследования позволяет раскрыть ресурсные механизмы субъекта, способствующие лучшему самочувствию и поддержанию более высокого уровня качества жизни. Нами проведено изучение *качества жизни, включающего субъективную оценку здоровья (физического и психического), с психологическим благополучием, отношением ко времени и своему возрасту*, на этапе позднего онтогенеза. 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 ($n = 19$);
- пенсионеры отделения социального обслуживания (ОСО) на дому: ввиду состояния здоровья они испытывают трудности в выполнении каждодневных дел и ведении хозяйства, являются одинокими или одиноко проживающими, поэтому получают помощь социального работника в решении бытовых проблем — доставка продуктов и лекарств, запись к врачу, сопровождение по городу, помощь в оформлении 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. Чтобы преодолеть это ограничение, мы соотносили результаты в группах ОСО и ОДП с результатами в группах различных возрастов, а также проверяли наличие корреляций исследуемых переменных с хронологическим возрастом. Также важно отметить еще одно ограничение выборки — преобладающей частью респондентов являются женщины. В таблице 1 представлены половозрастные и социальные характеристики выборки.

Таблица 1. Половозрастные и социальные характеристики выборки

Характеристики	Группа ОДП		Группа ОСО	
	Число респондентов	%	Число респондентов	%
<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>Наличие детей</i>	15	78,9	21	72,4
<i>Проживание</i>				
С родственниками	9	52,9	7	29,2
С сиделкой	0	0	2	8,3
Одинок проживающие	7	41,2	14	58,3
С домашними животными	1	5,9	1	4,2

Для диагностики применялись следующие психодиагностические методики:

- опросник SF-36 «Health status survey» (русскоязычная версия, созданная и рекомендованная Межнациональным центром исследования качества жизни) для оценки физического (физическое функционирование, ролевое функционирование, боль, общее здоровье) и психологического (жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное функционирование, психологическое здоровье) компонентов здоровья [13];
- шкалы психологического благополучия К. Рифф в адаптации Т. Д. Шевеленкова, П. П. Фесенко [14];
- опросник временной перспективы ZPTI Ф. Зимбардо в адаптации А. Сырцовой и соавторов для диагностики ориентации субъекта на прошлое, настоящее и будущее [15];
- опросник «Диагностика субъективного возраста» Б. Барак [16];
- авторская анкета, вопросы которой направлены на изучение ближайших и отдаленных целей субъекта, представлений об идеальной жизни, удовлетворенности жизнью и самореализацией.

Такая анкета уже использовалась нами в других исследованиях. Для этой работы она дополнена вопросами, касающимися увлечений, особенностей времяпрепровождения и общения респондентов с близкими людьми. В итоге, помимо количественной оценки, мы получили возможность для качественного анализа данных.

Для математической обработки применялись следующие методы математической статистики: критерий Колмогорова-Смирнова для проверки формы распределения, коэффициент ранговой корреляции Спирмана (r_s), U-критерий Манна-Уитни, t-критерий Стьюдента. Статистический анализ полученных данных проводился с помощью пакета программ SPSS/Win (версия 16.0; SPSS Inc., США). Для качественной обработки результатов использовался метод контент-анализа.

Ранее нами была подробно описана часть результатов в соответствии с отдельными задачами исследования: *качество жизни и субъективный возраст* [17; 18], *особенности образа жизни и временной перспективы* [19; 20]. Данная статья фокусируется на обобщенном анализе *психологического благополучия* и его взаимосвязей с самооценкой здоровья.

Особенности показателей качества жизни

В целом качество жизни, связанное со здоровьем, после выхода на пенсию находится на низком уровне. Большинство показателей — около 50 баллов, при максимальных 100. Распределение значений характеризуется большим разбросом по разным субшкалам физического и психологического здоровья, что свидетельствует о неоднородности субъективных оценок: «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)» ($M = 47,2 \pm 43,4$; $Me = 33,3$, $P_{25} = 0$, $P_{75} = 100$).

Наиболее низкие оценки отмечаются по показателям «Ролевое (физическое) функционирование (RP)», что означает значительные затруднения в выполнении повседневной ролевой деятельности (выполнение ежедневных обязанностей), связанные с состоянием соматического здоровья. При этом ресурсным компонентом становится «Социальное функционирование (SF)» ($M = 65,1 \pm 25,0$), отражающее то, что эмоциональное и физическое состояние не столь сильно ограничивает социальную активность, прежде всего общение. Таким образом, испытывая ограничения в каждодневных делах, люди направляют активность на поддержание социальных контактов с друзьями и родственниками.

Распределение результатов по показателю «Эмоциональное функционирование (RE)» характеризуется примерно равным соотношением максимальных (100) и минимальных (0) значений в общей выборке. Установлены отрицательные взаимосвязи данного показателя с хронологическим возрастом ($r_s = -0,364$; $p = 0,011$), а также с факторами «Негативного прошлого» ($r_s = -0,419$; $p = 0,004$) и «Фаталистического настоящего» ($r_s = -0,380$; $p = 0,009$) временной перспективы личности и положительные корреляции с психологическим благополучием и составляющими его шкалами, кроме «Автономии» (см. табл. 3). Это означает, что с увеличением возраста или снижением показателей психологического благополучия или возрастанием ориентации на негативные события прошлого или ощущения собственного бессилия в настоящем, субъективные оценки эмоционального состояния

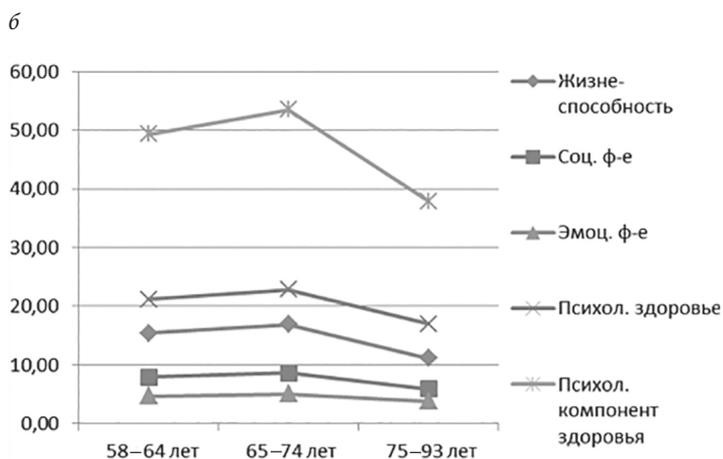
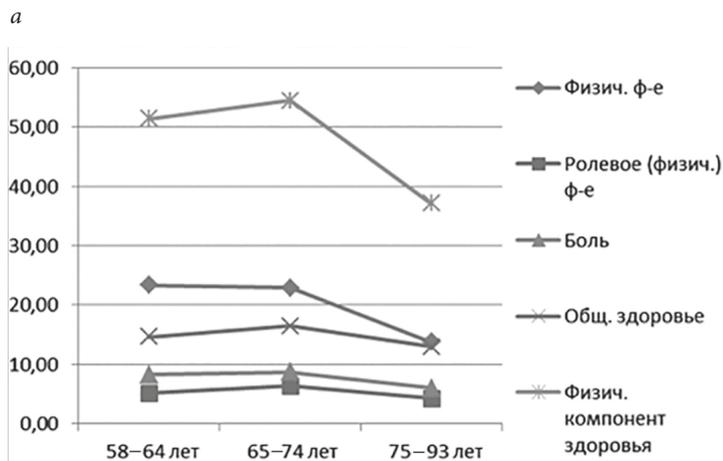


Рис. Распределение средних значений по показателям качества жизни в группах людей разных возрастов: физический компонент здоровья (а), психологический компонент здоровья (б)

людей резко ухудшаются и все чаще становятся препятствием к выполнению ежедневных дел.

На общей выборке также установлено, что с увеличением хронологического возраста все показатели качества жизни падают (рис.). Кроме корреляционного анализа, это подтверждает и попарное сравнение подгрупп разного возраста: U-критерий Манна-Уитни показал достоверные различия по всем параметрам между группами 65–74 года и 75–93 года, а также по всем параметрам, кроме «Общего здоровья (GH)», между группами 58–64 года и 75–93 года. Между группами 58–64 года и 65–74 года значимых различий нет. Таким образом, можно заключить, что основные изменения в качестве жизни начинаются в среднем после 70 лет. Наши выводы в целом согласуются с популяционными показателями качества жизни, рассчитанными на выборке с участием 3400 респондентов из пяти центров РФ [21] и показателями качества жизни жителей (2114 человек) г. Санкт-Петербурга [22].

Активный образ жизни является тем ресурсом, который вне зависимости от возраста позволяет поддерживать более высокий уровень оценок качества жизни по показателям «Физическое функционирование (PF)», «Боль (BP)», «Общее здоровье (GH)», «Жизнеспособность (VT)», «Социальное функционирование (SF)», «Физический компонент здоровья (PH)». Такой вывод сделан исходя из отсутствия корреляций между хронологическим возрастом и качеством жизни в группе ОДП, а также различиями в оценке параметров качества жизни в группах ОСО и ОДП (подробнее см.: [17]).

Также более высокий уровень качества жизни наблюдается у людей, проживающих с родственниками или сиделкой ($n = 18$, средний возраст $68,2 \pm 8,1$), по сравнению с одиноко проживающими пенсионерами ($n = 21$, средний возраст $78,1 \pm 9,1$). Различия установлены по всем шкалам, кроме «Общего здоровья (GH)».

Психологическое благополучие

Вслед за Т. Д. Шевеленковой и П. П. Фесенко мы понимаем психологическое благополучие как «интегральный показатель степени направленности человека на реализацию основных компонентов позитивного функционирования (личностного роста, самопринятия, управления средой, автономии, цели в жизни, позитивных отношений с окружающими), а также степени реализованности этой направленности, субъективно выражающейся в ощущении счастья, удовлетворенности собой и собственной жизнью» [14, с. 103]. Таким образом, термин «психологическое благополучие» включает в себя два аспекта: субъективная оценка человеком себя и собственной жизни; направленность на самоактуализацию и личностный рост. Авторами также выделяется актуальное и идеальное психологическое благополучие.

В нашей работе изучается уровень актуального психологического благополучия при помощи методики «Шкалы психологического благополучия» К. Рифф, результаты представлены в таблице 2.

В целом значения по шкалам и индекс общего психологического благополучия соответствуют высокому (56–84) и среднему (42–55) интервалам.

Если сравнивать значения общей выборки с нормативными показателями для женщин 35–55 лет [14], можно отметить, что результаты, полученные нами, ниже по общему психологическому благополучию и его составляющим. Наибольшая разница наблюдается по шкалам «Личностный рост» (женщины 35–55 лет — $63 \pm 7,90$) и «Цели в жизни» (женщины 35–55 лет — $59 \pm 6,99$).

В рамках исследуемого нами возрастного диапазона по всем шкалам, кроме «Автономия», 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). Статистически значимые различия установлены между возрастными группами 65–74 и 75–93 года (ПОО1: $t = 2,641$, $p = 0,013$; УС: $t = 2,969$, $p = 0,006$; ЛР: $t = 2,159$, $p = 0,038$; ЦЖ: $t = 2,177$, $p = 0,037$; С: $t = 2,222$, $p = 0,033$; ПБ: $t = 2,488$, $p = 0,018$). Кроме того, на общей выборке обнаружено, что с увеличением хронологического возраста снижаются показатели по шкалам «Личностный

1 ПОО — позитивное отношение с окружающими, А — автономия, УС — управление средой, ЛР — личностный рост, ЦЖ — цели в жизни, С — самопринятие, ПБ — индекс общего психологического благополучия.

рост» ($r_s = -0,348$; $p = 0,018$) и «Цели в жизни» ($r_s = -0,304$; $p = 0,040$). Это может проявляться в отсутствии ощущения личностного прогресса с течением времени, в скуке и незаинтересованности жизнью, в отсутствии видимых жизненных перспектив. Такие результаты согласуются с данными о временной перспективе: по мере старения происходит увеличение ориентации на «Фаталистическое настоящее» (общая выборка: $r_s = 0,325$; $p = 0,027$). То есть у людей с возрастом теряется вера в собственные силы и способность влиять на события в жизни.

Таблица 2. Значения среднего арифметического (М) и стандартного отклонения (σ) по методике «Шкалы психологического благополучия»

Шкалы психологического благополучия	Общая выборка (N = 46)	ОДП (n = 19)	ОСО (n = 27)	58–64 года (n = 12)	65–74 года (n = 14)	75–93 года (n = 20)
Позитивное отношение с окружающими	57,1 ± 9,5	55,7 ± 10,1	58,0 ± 9,1	56,6 ± 7,2	62,4 ± 8,6	53,7 ± 10,0
Автономия	57,2 ± 7,0	54,3 ± 5,4	59,2 ± 7,4	53,2 ± 6,4	57,9 ± 5,8	59,1 ± 7,5
Управление средой	55,9 ± 9,4	56,5 ± 7,9	55,4 ± 10,5	57,1 ± 5,9	61,1 ± 7,0	51,5 ± 10,7
Личностный рост	53,0 ± 9,7	55,8 ± 9,4	51,1 ± 9,6	55,6 ± 9,2	56,3 ± 10,4	49,3 ± 8,6
Цели в жизни	53,8 ± 9,8	54,3 ± 9,4	53,5 ± 10,2	56,3 ± 7,7	57,4 ± 9,0	49,9 ± 10,4
Самопринятие	53,7 ± 9,4	51,7 ± 9,2	55,0 ± 9,4	52,5 ± 9,9	58,1 ± 9,7	51,3 ± 8,2
Индекс общего психологического благополучия	330,6 ± 45,0	328,3 ± 43,4	332,2 ± 46,8	331,2 ± 37,7	353,1 ± 44,1	314,6 ± 44,6

Примечание: во всех группах по всем шкалам получены данные, соответствующие нормальному распределению. Серым цветом выделены ячейки, где есть статистически значимые различия по t-критерию Стьюдента между сравниваемыми группами.

По шкале «Автономия» получены различия между группами ОСО и ОДП ($t = -2,459$; $p = 0,018$). Но вместе с тем выявлены возрастные различия между респондентами 58–64 и 75–93 лет ($t = -2,252$; $p = 0,032$). Также установлена положительная корреляция «Автономии» и хронологического возраста ($r_s = 0,369$; $p = 0,012$). Принимая во внимание тот факт, что респонденты в группе ОСО старше, чем в группе ОДП, можно заключить, что автономия, т. е. «личностная независимость, возможность регулировать собственное поведение и оценивать себя исходя из собственных стандартов» [14, с. 119], более взаимосвязана с возрастом, нежели с образом жизни.

Наши результаты частично согласуются с данными, полученными К. Рифф [23] на американской выборке, и Т. Д. Шевеленковой, П. П. Фесенко [14] — на российской. К. Рифф на выборке респондентов от 25 лет и старше (3 группы: 25–29, 30–64, от 65 лет) показала, что с возрастом по шкалам «Цели в жизни» и «Личностный рост» значения падают, а по шкалам «Управление средой» и «Позитивное отношение с окружающими», наоборот, растут. По шкале «Автономия» также наблюдается увеличение показателей по мере взросления и старения, однако значимые

различия получены только между группами 25–29-летних и 30–64-летних респондентов. По шкале «Самопринятие» не обнаружены возрастные различия. В исследовании Т. Д. Шевеленковой и П. П. Фесенко с участием респондентов от 18 до 59 лет (2 группы: моложе и старше 35 лет) по шкалам «Личностный рост» и «Цели в жизни» в старшей возрастной группе также получены оценки ниже по сравнению с более молодыми людьми.

При одиноком проживании наблюдается снижение показателя «Позитивные отношения с окружающими» ($t = -2,212$; $p = 0,033$), что может указывать на переживание собственной изолированности и фрустрированности. Других различий в зависимости от проживания установлено не было.

Показатели психологического благополучия напрямую связаны с самооценкой здоровья (табл. 3): все шкалы, кроме «Автономии», коррелируют с «Физическим и Психологическим компонентами здоровья» и их составляющими. Всего получено 58 корреляций (здесь и далее при анализе корреляций $p \leq 0,05$).

Таблица 3. Значения коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r_s) между показателями качества жизни и шкалами психологического благополучия (общая выборка, $N = 46$)

Показатели качества жизни	Шкалы психологического благополучия						
	ПОО	А	УС	ЛР	ЦЖ	С	ПБ
Физическое функционирование	–	–	0,393**	0,498**	0,388**	–	0,308*
Ролевое (физическое) функционирование	0,497**	–	0,429**	0,384**	0,395**	0,393**	0,425**
Боль	0,370*	–	0,474**	0,403**	0,469**	0,351*	0,412**
Общее здоровье	0,482**	–	0,525**	0,637**	0,520**	0,411**	0,586**
Жизнеспособность	0,526**	–	0,609**	0,654**	0,651**	0,494**	0,606**
Социальное функционирование	0,476**	–	0,616**	0,412**	0,449**	0,389**	0,474**
Эмоциональное функционирование	0,440**	–	0,557**	0,314*	0,391**	0,400**	0,415**
Психологическое здоровье	0,703**	–	0,785**	0,575**	0,662**	0,652**	0,713**
Физический компонент здоровья	0,359*	–	0,504**	0,597**	0,510**	0,346*	0,467**
Психологический компонент здоровья	0,646**	–	0,738**	0,614**	0,656**	0,587**	0,664**

Примечание: * — $p \leq 0,05$; ** — $p \leq 0,01$.

У людей, большую часть времени проводящих дома и зависимых от социальной помощи, самооценка здоровья и психологическое благополучие более взаимосвязаны друг с другом, чем у людей, ведущих активный образ жизни: ОДП — 30 корреляций (10 — с «Физическим компонентом здоровья» и 20 — с «Психологическим

компонентом здоровья»); ОСО — 59 корреляций (31 и 28 соответственно). В группе ОСО «Общее здоровье (GH)», т. е. оценка своего состояния в настоящий момент, связана ($r_s = 0,384$; $p = 0,048$) с личностной независимостью («Автономией»). Кроме того, наблюдаются отрицательные корреляции с хронологическим возрастом таких показателей, как «Управление средой» ($r_s = -0,385$; $p = 0,047$) и «Цели в жизни» ($r_s = -0,420$; $p = 0,029$). В группе пенсионеров, ведущих активный образ жизни, взаимосвязей показателей качества жизни с хронологическим возрастом и «Автономией» нет. Эти данные указывают на то, что субъективные оценки здоровья в группе ОСО тесно связаны с субъективным психологическим благополучием, а следовательно, в большей степени опираются на внутренние психологические ресурсы, чем у пенсионеров, ведущих активный образ жизни.

Изучение взаимосвязей у людей разного возраста демонстрирует сначала увеличение их количества, а потом резкое снижение, причем в самой молодой группе «Физический и Психологический компоненты здоровья» примерно в равной степени коррелируют с психологическим благополучием, а в двух других группах значительно преобладают связи с «Психологическим компонентом здоровья»: 58–64 года — 26 корреляций (15 — с «Физическим компонентом здоровья» и 11 — с «Психологическим компонентом здоровья»); 65–74 года — 32 корреляции (8 и 24 соответственно); 75–93 года — 14 корреляций (1 и 13 соответственно). Интерес также представляет то, что только в группе 58–64-летних «Автономия» сопряжена с «Физическим компонентом здоровья» ($r_s = 0,691$; $p = 0,013$), «Физическим функционированием (PF)» ($r_s = 0,868$; $p = 0,000$) и «Общим здоровьем (GH)» ($r_s = 0,592$; $p = 0,043$). В других возрастных группах корреляции с данной шкалой отсутствуют. Таким образом, личностная независимость с возрастом увеличивается и не соотносится с самооценкой здоровья, и на первый план выступают психологические факторы благополучия.

Субъективные факторы в оценке качества жизни, связанного со здоровьем

При изучении отношения ко времени была обнаружена сбалансированная временная перспектива у трети респондентов. Преобладающие временные ориентации — это «Позитивное прошлое» и «Будущее» (ближайшая временная перспектива). Отношение к прошлому и настоящему взаимосвязаны, в то время как модус будущего оказался обособленным. При этом положительное отношение к своему прошлому является ресурсным аспектом (подробнее см.: [20]).

В оценке субъективного возраста свойственна положительная иллюзия, т. е. восприятие себя моложе хронологического возраста (подробнее см.: [17]). У пожилых людей, занижающих свой возраст, по сравнению с пенсионерами, завышающими или оценивающими адекватно субъективный возраст, более высокие показатели «Жизнеспособности», а также физического компонента здоровья и таких его составляющих, как «Ролевое (физическое) функционирование», «Боль», «Общее здоровье».

Среди изучаемых факторов наиболее тесно с самооценкой здоровья (физическим и психологическим компонентами) связано психологическое благополучие: все шкалы, кроме «Автономии». Временная перспектива личности сопряже-

на в большей степени с психологическим компонентом здоровья (подробнее см.: [19]), в то время как субъективный возраст — с физическим (подробнее см.: [17]). С физическим компонентом здоровья и его составляющими напрямую коррелируют средний, биологический, эмоциональный и социальный субъективный возраст, а также модус настоящего временной перспективы («Гедонистическое настоящее» — положительные корреляции, «Фаталистическое настоящее» — отрицательные корреляции). С психологическим компонентом здоровья и его составляющими установлены обратные взаимосвязи с «Фаталистическим настоящим» и «Негативным прошлым» и прямые — с «Гедонистическим настоящим» и биологическим субъективным возрастом. Не имеет связей с самооценкой здоровья модус «Будущее», «Позитивное прошлое» и интеллектуальный субъективный возраст.

Таким образом, субъективная возрастная идентичность становится психологическим ресурсом повседневной жизни, обеспечивая физическое и психическое функционирование. При этом фаталистическое настоящее (т. е. неуправляемость) и негативное прошлое снижают возможности ресурсов психического здоровья.

Группа активных пенсионеров характеризуется бóльшим разнообразием целей, занятий и увлечений, как дома, так и вне его. Образ жизни пенсионеров, находящихся на надомном социальном обслуживании, существенно ограничен состоянием их здоровья, что проявляется в основных занятиях и увлечениях, желаемых изменениях в себе, основных достижениях в жизни и планах на ближнюю и дальнюю перспективу. Для респондентов обеих групп ведущими критериями идеальной жизни являются ценности, связанные с семьей. Наряду с этим в группе активных пенсионеров чаще отмечается материальный достаток и уверенность в завтрашнем дне, в то время как пенсионеры, зависимые от социальной помощи, чаще хотят укрепить здоровье, не болеть (подробнее см.: [20]).

Активные пенсионеры более ориентированы на будущее, вместе с тем структура их временной перспективы отличается отсутствием интеграции ее модусов: настоящего, прошлого и будущего, — в то время как у пенсионеров, находящихся на надомном социальном обслуживании, аспекты прошлого и настоящего взаимосвязаны между собой. Также в этой группе на протяжении всех периодов планирования будущего актуальной является цель «поддерживать здоровье». Для группы активных пенсионеров поддержание здоровья приобретает ведущую значимость лишь в долгосрочной временной перспективе. При планировании целей на ближайший год активные пенсионеры чаще хотят изучить что-то новое. Статистических значимых различий среди целей на три года и на всю жизнь выявлено не было (подробнее см.: [20]).

Активный образ жизни позволяет оценивать свои действия (социальный субъективный возраст) и самочувствие (биологический субъективный возраст) моложе своего возраста. Кроме того, респонденты группы ОДП по сравнению с группой ОСО чаще оценивают моложе социальный и средний субъективный возраст и реже оценивают адекватно социальный субъективный возраст.

Активный образ жизни способствует поддержанию более высокого уровня качества жизни. Различия наблюдаются вне зависимости от возраста.

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.

По мере старения в группе людей, большую часть времени проводящих дома, снижаются все показатели качества жизни, кроме «Боли (BP)» и «Общего здоровья (GH)», а также значения по шкалам психологического благополучия «Управление средой» и «Цели в жизни вниз». В группе активных пенсионеров самооценка здоровья и психологическое благополучие не связаны с хронологическим возрастом. При построении временной перспективы с возрастом в группе активных пенсионеров растет ориентация на «Фаталистическое настоящее», в группе ОСО взаимосвязей возраста и временной перспективы нет. В обеих группах нет корреляций хронологического и субъективного возраста. Это означает, что не только время и старение, но и субъективные факторы самовосприятия играют важнейшую роль.

Для людей, чаще находящихся дома, в оценке качества жизни субъективные (внутренние) компоненты выходят на передний план и поэтому тесно взаимосвязаны с ней. Это проявляется в наличии корреляций с субъективным возрастом и большим количестве взаимосвязей с психологическим благополучием, а также в характере связей с временной перспективой. 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.

У людей, проживающих с родственниками или сиделкой, по сравнению с одиноко проживающими пенсионерами наблюдаются более высокий уровень качества жизни по всем параметрам, кроме «Общего здоровья (GH)». Также у них выше баллы по показателю «Позитивные отношения с окружающими» «Шкал психологического благополучия». В оценке субъективного возраста и временной перспективы различий между группами нет. Таким образом, одинокое или совместное проживание отражается на самооценке здоровья и психологического благополучия и не проявляется в отношении ко времени и своему возрасту.

В рамках исследуемого периода с увеличением хронологического возраста снижаются все параметры качества жизни, а также показатели по «Шкалам психологического благополучия»: «Личностный рост» и «Цели в жизни» и увеличиваются по шкале «Автономия». Кроме того, во временной перспективе усиливается ориентация на «Фаталистическое настоящее». С субъективным возрастом корреляций не установлено.

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 образе жизни людей.

Возрастные особенности проявляются во 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). Статистически значимые различия установлены по всем параметрам самооценки здоровья между группами 65–74 года и 75–93 года, а также по всем параметрам, кроме

«Общего здоровья (GH)», между группами 58–64 года и 75–93 года, по «Шкалам психологического благополучия» — между возрастными группами 65–74 и 75–93.

Аналогичные различия между группами разных возрастов наблюдаются в количестве корреляций между психологическим благополучием и качеством жизни, связанным со здоровьем: установлено сначала увеличение (в группе 65–74-летних по сравнению с группой 58–64-летних), потом снижение (в группе 74–93-летних по сравнению с группой 65–74-летних) числа связей. По мере старения более сопряженными становятся психологическое благополучие и психический компонент здоровья, роль физического компонента снижается.

С точки зрения отношения ко времени период 64–75 лет также является наиболее сбалансированным, когда все три аспекта времени актуализированы и интегрированы во временной перспективе личности и в большей степени коррелируют с качеством жизни, преимущественно с психическим компонентом. В этом возрасте более высокий уровень качества жизни связан с умением находить радость в сегодняшнем дне. По сравнению с возрастом 58–64 года возрастает ориентация на «Гедонистическое настоящее» и «Позитивное прошлое». Ведущими 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.

Оценка субъективного возраста отличается в разных его составляющих по мере старения. Для среднего, эмоционального и социального субъективных возрастов характерно сначала увеличение разницы в сторону более молодого возраста, а затем ее уменьшение. Для биологического субъективного возраста присуща тенденция к постепенному сокращению разницы и приближению к хронологическому возрасту. Оценка интеллектуального субъективного возраста, наоборот, становится моложе по мере старения. Также с увеличением возраста отмечается рост числа прямых связей субъективного возраста и качества жизни: в основном биологический (как себя чувствую) субъективный возраст и физический компонент качества жизни. То есть ощущение себя моложе своего возраста способствует более высокой оценке физического здоровья. Однако в группе людей 58–64 лет, наоборот, чем моложе оценивают социальный (действия) возраст респонденты (на 10 лет и более), тем более они склонны к тревожным, депрессивным переживаниям, снижению фону настроения. Усиление идентификации с собой в прошлом может означать отказ от принятия своего нового социального статуса, его ограничений и, как следствие, ухудшение «Психологического здоровья (MH)».

Выводы

Субъективная оценка здоровья на этапе позднего онтогенеза довольно низкая. Уровень общего психологического благополучия и его составляющих соответствуют высокому и среднему интервалу. Сбалансированная временная перспектива

наблюдается у трети респондентов. Преобладающие временные ориентации — это «Позитивное прошлое» и «Будущее» (ближайшая временная перспектива). В оценке субъективного возраста свойственна положительная иллюзия.

Среди изучаемых факторов наиболее тесно с самооценкой здоровья (физическим и психологическим компонентами) связано психологическое благополучие. Временная перспектива личности сопряжена в большей степени с психологическим компонентом здоровья, в то время как субъективный возраст — с физическим.

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».

Для людей, чаще находящихся дома, в самооценке здоровья субъективные компоненты выходят на передний план, и поэтому тесно взаимосвязаны с ней. «Поддерживать здоровье» — актуальная для них цель на ближнюю и дальнюю временную перспективу. Для группы активных пенсионеров поддержание здоровья приобретает ведущую значимость лишь в долгосрочной временной перспективе.

Одинокое или совместное проживание отражается на самооценке здоровья и психологического благополучия и не проявляется на отношении ко времени и своему возрасту.

В рамках исследуемого возрастного диапазона период 65–74 лет по сравнению с периодом 58–64 и 75–93 года характеризуется более высокими показателями качества жизни и психологического благополучия, а также их наиболее тесной связью. Кроме того, в этом возрасте чаще наблюдается сбалансированная временная перспектива. С увеличением хронологического возраста ощущение себя моложе своего возраста способствует более высокой оценке физического здоровья.

Заключение

Наше исследование позволило оценить качество жизни, связанное с оценкой здоровья людей позднего возраста, которые ведут различный образ жизни. Распределение значений характеризуется большим разбросом, что говорит о неоднородности субъективных оценок своего здоровья среди людей пожилого и старого возраста. Кроме того, выборка имеет ряд ограничений, описанных выше. В связи с этим требуются дальнейшие исследования с целью расширения выборки по количеству и составу, а также для выявления различных факторов, влияющих на параметры субъективного качества жизни людей.

В работе показана взаимосвязь самооценки здоровья с показателями психологического благополучия, временной перспективы и субъективного возраста. Выявлены ресурсные аспекты, позволяющие при наличии соматических заболеваний и одиноком проживании сохранять высокий уровень качества жизни. Тем не менее большинство таких людей имеют низкие показатели здоровья. Люди этой группы получают, как внешний ресурс, социальную помощь в осуществлении каждодневных дел и решении бытовых проблем. Наше исследование раскрывает роль субъективных (внутренних) факторов здоровья. С практической точки зрения это может

стать дальнейшим ориентиром для развития системы социальной помощи пожилым людям в сторону содействия раскрытию потенциала личности и ее ресурсов.

Литература

1. Савченко Т. Н., Головина Г. М. Субъективное качество жизни: подходы, измерение // Разработка понятий в современной психологии. Т. 2 / отв. ред. А. Л. Журавлев, Е. А. Сергиенко, Г. А. Виленская. М.: Институт психологии РАН, 2019. С. 595–614.
2. Сергиенко Е. А., Киреева Ю. Д. Индивидуальные варианты субъективного возраста и их взаимосвязи с факторами временной перспективы и качеством здоровья // Психологический журнал. 2015. Т. 36, № 4. С. 23–35.
3. Сергиенко Е. А., Харламенкова Н. Е. Психологические факторы благополучного старения // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология и педагогика. 2018. Т. 8, № 3. С. 243–257.
4. Стрижицкая О. Ю. Самоотношение и временная трансспектива личности в период поздней зрелости: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2006. 24 с.
5. Brandmaier A. M., Ram N., Wagner G. G., Gerstorf D. Terminal decline in well-being: The role of multi-indicator constellations of physical health and psychosocial correlates. // *Developmental Psychology*. 2017. Vol. 53 (5). P. 996–1012.
6. Крайг Г., Бокум Д. Психология развития. СПб.: Питер, 2005. 940 с.
7. Кемпер И. Легко ли не стареть? М.: Прогресс; Изд-во агентства «Яхтсмен», 1996. 206 с.
8. Galdona N., Martínez-Taboada C., Etxebarria I., et al. Positive aging: the relationship between emotional intelligence and psychological, social and physical wellbeing // *MOJ Gerontol Ger*. 2018. Vol. 3 (1). P. 9–11. <https://doi.org/10.15406/mojgg.2018.03.00073>.
9. Ермолаева М. В. Практическая психология старости. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. 318 с.
10. Quesnel-Vallee A. Self-rated health: caught in the crossfire of the quest for «true» health? // *International Journal of Epidemiology*. 2007. Vol. 36 (6). P. 1161–1164. <https://doi.org/10.1093/ije/dym236>.
11. DeSalvo K. B., Fan Vincent S., McDonnell Mary B. et al. Predicting Mortality and Healthcare Utilization with a Single Question // *Health services research*. 2005. Vol. 40 (4). P. 1234–1246. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00404.x>.
12. DeSalvo K. B., Blosner N., Reynolds K. et al. Mortality prediction with a single general self-rated health question // *Journal of General Internal Medicine*. 2006. Vol. 21. P. 267–275. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x>.
13. Гуревич К. Г., Фабрикант Е. Г. Методические рекомендации по организации программ профилактики хронических неинфекционных заболеваний. ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет, 2008. URL: <http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/ORGZDRAV/Orgproga/p1.html> (дата обращения: 21.02.2019).
14. Шевеленкова Т. Д., Фесенко П. П. Методика исследования психологического благополучия личности // *Психологическая диагностика*. 2005. № 3. С. 95–129.
15. Сырцова А., Соколова Е. Т., Митина О. В. Адаптация опросника временной перспективы личности Ф. Зимбардо // *Психологический журнал*. 2008. Т. 29, № 3. С. 101–109.
16. Barak B. Age identity: A cross-cultural global approach // *Intern. Journal of behavioral development*. 2009. Vol. 33 (1). P. 2–11.
17. Павлова Н. С., Сергиенко Е. А. Исследование качества жизни во взаимосвязи с субъективным возрастом на этапе позднего онтогенеза // *Вестник Московского государственного областного университета*. Серия: Психологические науки. 2019. № 2. С. 36–53. <https://doi.org/10.18384/2310-7235-2019-2-36-53>.
18. Сергиенко Е. А., Павлова Н. С. Ментальные ресурсы позднего онтогенеза // *Вестник Российского фонда фундаментальных исследований*. 2019. № 4 (104). С. 59–68. <https://doi.org/10.22204/2410-4639-2019-104-04-59-68>.
19. Павлова Н. С., Сергиенко Е. А. Исследование качества жизни, связанного со здоровьем, во взаимосвязи с временной перспективой на этапе позднего онтогенеза // *Вестник Костромского государственного университета*. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2020. Т. 26, № 2. С. 47–55. <https://doi.org/10.34216/2073-1426-2020-26-2-47-55>.
20. Павлова Н. С., Сергиенко Е. А. Образ жизни пенсионеров и их отношение ко времени // *Вестник Московского государственного областного университета*. Серия: Психологические науки. 2020. № 2. С. 46–61. <https://doi.org/10.18384/2310-7235-2020-2-46-61>.

21. Амирджанова В. Н., Горячев Д. В., Коршунов Н. И., Ребров А. П., Сороцкая В. Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «Мираж») // Научно-практическая ревматология. 2008. № 1. С. 36–48.

22. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. / Под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. 320 с.

23. Ryff C. D., Keyes C. L. M. The Structure of Psychological Well-Being Revisited // Journal of Personality and Social Psychology. 1995. Vol. 69 (4). P. 719–727.

Статья поступила в редакцию 23 мая 2020 г.;
рекомендована в печать 10 сентября 2020 г.

Контактная информация:

Павлова Надежда Сергеевна — канд. психол. наук, науч. сотр.; makarachka@mail.ru

Сергиенко Елена Алексеевна — д-р психол. наук, проф., вед. науч. сотр.; elenas13@mail.ru

Subjective life quality, psychological well-being and attitude to the time perspective as well as age among pensioners leading different lifestyles*

N. S. Pavlova, E. A. Sergienko

Institute of Psychology RAS,
13, Yaroslavskaya ul., Moscow, 129366, Russian Federation

For citation: Pavlova N. S., Sergienko E. A. Subjective life quality, psychological well-being and attitude to the time perspective as well as age among pensioners leading different lifestyles. *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology*, 2020, vol. 10, issue 4, pp. 384–401.

<https://doi.org/10.21638/spbu16.2020.401> (In Russian)

The article deals with the subjective assessment peculiarities of psychological and physical health components as indicators of life quality in correlation with psychological well-being, time perspective and subjective age in the late ontogenesis stage (58–93 years). The analysis of general patterns was carried out by age groups: 58–64, 65–74 and 75–93 years old, as well as lifestyle: elderly non-working people who receive home-based social services and elderly non-working people which lead an active lifestyle. It is shown that subjective indicators of life quality are at a rather low level and they decrease with age. However, the level of overall psychological well-being and its components correspond to a high and medium interval. The prevailing time orientations are “Positive past” and “Future” (the nearest time perspective); a balanced time perspective was found in a third of respondents. In assessing subjective age, there is a positive illusion which consists of perceiving oneself as being younger than the chronological age. An active lifestyle contributes to maintaining higher assessments of life quality level, orientation towards the future and a positive illusion of assessing subjective age. It is observed that people living with relatives or a caregiver, in comparison with those living alone, have a higher level of life quality and higher scores on the “Positive relationships with others” indicator of “Psychological well-being scale”. The period of 64–75 years is characterized by higher indicators of life quality, psychological well-being and the predominance of a balanced time perspective. Among the studied factors, psychological well-being is most closely correlated with the self-assessment of health (physical and psychological components). The time perspective is more correlated with the psychological component of health, while the subjective age is associated with the physical component. At the same time, there is a group

* The study was supported by the RFBR grant, project no. 17-29-02155.

specificity in the number and nature of correlations, depending on age and lifestyle, which indicates the role of subjective and objective factors in psychological well-being.

Keywords: life quality, physical health, psychological health, psychological well-being, time perspective, subjective age, old age, active pensioners, pensioners receiving home-based social services.

References

1. Savchenko T.N., Golovina G.M. Subjective quality of life: approaches, measurement. *Razrabotka poniatii v sovremennoi psikhologii*, vol. 2, eds A. L. Zhuravlev, E. A. Sergienko, G. A. Vilenskaia. Moscow, Institut psikhologii RAN Publ., 2019, pp. 595–614. (In Russian)
2. Sergienko E.A., Kireeva Iu. D. Individual variants of subjective age and their relationship with factors of time perspective and quality of health. *Psikhologicheskii zhurnal*, 2015, vol. 36, no. 4, pp. 23–35. (In Russian)
3. Sergienko E. A., Kharlamenkova N. E. Psychological factors of successful aging. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Psikhologiya i pedagogika*, 2018, vol. 8, no. 3, pp. 243–257. (In Russian)
4. Strizhitskaia O. Iu. *Self-Relation and temporary transpektiva of the personality in the period of late adulthood*. PhD dissertation (Psychology), summary. St. Petersburg, 2006. 24 p. (In Russian)
5. Brandmaier A.M., Ram N., Wagner G.G., Gerstorf D. Terminal decline in well-being: The role of multi-indicator constellations of physical health and psychosocial correlates. *Developmental Psychology*, 2017, vol. 53 (5), pp. 996–1012.
6. Kraig G., Baucum D. *Developmental psychology*. Rus. ed. St. Petersburg, Piter Publ., 2005. 940 p. (In Russian)
7. Kemper I. *Is it easy not to get old?* Rus. ed. Moscow, Progress Publ., Iakhtsmen Publ., 1996. 206 p. (In Russian)
8. Galdona N., Martínez-Taboada C., Etxeberria I., et al. Positive aging: the relationship between emotional intelligence and psychological, social and physical wellbeing. *MOJ Gerontol Ger.*, 2018, vol. 3(1), pp. 9–11. <https://doi.org/10.15406/mojgg.2018.03.00073>.
9. Ermolaeva M.V. *Practical psychology of old age*. Moscow, EKSMO-Press Publ., 2002. 318 p. (In Russian)
10. Quesnel-Vallee A. Self-rated health: caught in the crossfire of the quest for «true» health? *International Journal of Epidemiology*, 2007, vol. 36(6), pp. 1161–1164. <https://doi.org/10.1093/ije/dym236>.
11. DeSalvo, K. B., Fan Vincent S., McDonnell Mary B. et al. Predicting Mortality and Healthcare Utilization with a Single Question. *Health services research*, 2005, vol. 40 (4), pp. 1234–1246. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00404.x>.
12. DeSalvo K. B., Bloser N., Reynolds K. et al. Mortality prediction with a single general self-rated health question. *Journal of General Internal Medicine*, 2006, vol. 21, pp. 267–275. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x>.
13. Gurevich K. G., Fabrikant E. G. *Methodological recommendations for the organization of programs for the prevention of chronic non-communicable diseases*. Available at: <http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/ORGZDRAV/Orgproga/p1.html> (accessed: 21.02.2019). (In Russian)
14. Shevelenkova T. D., Fesenko P. P. Research methodology of psychological well-being of personality. *Psikhologicheskaja diagnostika*, 2005, no. 3, pp. 95–129. (In Russian)
15. Syrtsova A., Sokolova E. T., Mitina O. V. Adaptation of the questionnaire of the personality time perspective by F. Zimbardo's. *Psikhologicheskii zhurnal*, 2008, vol. 29, no. 3, pp. 101–109. (In Russian)
16. Barak B. Age identity: A cross-cultural global approach. *Intern. Journal of behavioral development*, 2009, vol. 33, no. 1, pp. 2–11.
17. Pavlova N.S., Sergienko E. A. The life quality research in correlation with subjective age at the late ontogenesis stage. *Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo universiteta. Seriya: Psikhologicheskie nauki*, 2019, no. 2, pp. 36–53. <https://doi.org/10.18384/2310-7235-2019-2-36-53>. (In Russian)
18. Sergienko E. A., Pavlova N.S. Mental resources of late ontogeny. *Vestnik Rossiiskogo fonda fundamental'nykh issledovaniy*, 2019, no. 4 (104), pp. 59–68. <https://doi.org/10.22204/2410-4639-2019-104-04-59-68>. (In Russian)
19. Pavlova N.S., Sergiyenko E. A. Life quality and time perspective at the late ontogenesis stage. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika. Psichologiya. Sociokinetika*, 2020, vol. 26, no. 2, pp. 47–55. <https://doi.org/10.34216/2073-1426-2020-26-2-47-55>. (In Russian)

20. Pavlova N. S., Sergienko E. A. Pensioners' Way of Living and Their Relation to Time. *Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo universiteta. Seriya: Psikhologicheskie nauki*, 2020, no. 2, pp. 46–61. <https://doi.org/10.18384/2310-7235-2020-2-46-61>. (In Russian)

21. Amirdzhanova V. N., Goriachev D. V., Korshunov N. I., Rebrov A. P., Sorotskaia V. N. Population indicators of life quality according to the SF-36 questionnaire (results of the “Mirage” multicenter study of life quality). *Nauchno-prakticheskaia revmatologiya*, 2008, no. 1 pp. 36–48. (In Russian)

22. Novik A. A., Ionova T. I. *Guide to life quality research in medicine*. 2nd izd. Ed. by akad. RAMN Iu. L. Shevchenko. Moscow, OLMA Media Grupp Publ., 2000. 320 p. (In Russian)

23. Ryff C. D., Keyes C. L. M. The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1995, vol. 69, no. 4, pp. 719–727.

Received: May 23, 2020

Accepted: September 10, 2020

Authors' information:

Nadezhda S. Pavlova — PhD in Psychology, Researcher; makarachka@mail.ru

Elena A. Sergienko — Dr. Sci. in Psychology, Professor, Chief Researcher; elenas13@mail.ru