

АЛГОРИТМИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО САНОГЕНЕЗА НА ОСНОВЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ  
КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Л.В. КОЛПИНА

*НИУ Белгородский государственный научно-исследовательский университет, ул. Победы, 85, Белгород,  
Россия, 308015*

**Аннотация.** В работе представлены результаты диагностики качества жизни населения старших возрастных групп на основе опросника SF-36 (русскоязычная версия). Оценка качества жизни населения осуществлялась на основе сравнительного анализа данных качества жизни в контрольной группе (люди 40-59 лет; N=32 человека) и основной (60-89 лет, N=106 человек), затем внутри основной группы между людьми пожилого (60-74 года, N=64 человека) и старческого (75-89 лет, 42 человека) возраста. В ходе обследования было выявлено достоверное снижение физического здоровья от контрольной группы к основной по всем показателям. По психологическому здоровью достоверного снижения от контрольной группы к основной не регистрируется, а только по показателям социального и эмоционально-ролевого функционирования.

Установлено, что социальное функционирование снижается только от группы опрошенных 40-59 лет к группе 60-74 лет, а дальше, в группе опрошенных 75-89 лет остается на этом же уровне. На основе полученных данных предложены рекомендации по повышению качества жизни населения старших возрастных групп через повышение средовой готовности к социальной инклюзии пожилых людей, их адаптации к статусу пенсионера по возрасту, коррекции их социально-ролевого функционирования.

**Ключевые слова:** социальное здоровье, медико-социальный саногенез, качество жизни, пожилые люди, SF-36

ALGORITHMIZATION OF HEALTH SOCIAL SANOGENESIS ON THE BASIS OF INDICATORS  
OF QUALITY OF LIFE IN OLDER AGE GROUPS

L.V. KOLPINA

*Belgorod State Research University, Pobedy St., 85, Belgorod, Russia, 308015*

**Abstract.** In the article the diagnostics results on indicators of life quality among persons of older age groups according to SF-36 questionnaire (the Russian-language version) are presented. The assessment of population life quality was carried out on the basis of the comparative analysis of life quality data in control group (people of 40-59 years; N=32 persons) and in the main group (60-89 years, N=106 people), then in the main group between elderly people (60-74 years, N=64 persons) and between people of senile age (75-89 years, 42 persons). During the inspection the reliable decrease on all indicators in physical health from control group to the main was revealed. On psychological health the reliable decrease from control group to the main doesn't registered, but only on indicators of social and emotional-role functioning.

It is established that social functioning decreases only from group of the interrogated 40-59 years to group of 60-74 years, and further, in group of the interrogated 75-89 years it remains at the same level. On the obtained data basis the recommendations about improvement of senior age groups population life quality through the increase of environmental readiness for elderly people social inclusion, about their adaptation to the age pensioner status, correction of their social and role functioning are offered.

**Key words:** social health, social sanogenesis, quality of life, elderly people, SF-36.

Качество жизни людей пожилого и старческого возраста является не только одним из показателей гуманистичности общества, но в условиях действия глобальной тенденции постарения населения – важным фактором его социально-экономической стабильности. Это обусловлено императивом сохранения, развития и актуализации человеческого потенциала пожилых людей, возросшим запросом на их профессиональное и в целом активное долголетие, вызванное, среди прочего, необходимостью снижения экономической нагрузки на работающее население, поскольку «материальное обеспечение растущего числа пожилых людей и уход за ними ложится на плечи постоянно уменьшающегося числа людей трудоспособного возраста» [3]. Между тем, по данным глобального исследования «Индекс качества жизни пожилых людей» (2013 г.), Россия занимает 78 место (индекс составляет 30,8, тогда как у стран, занявших первые места – Швеция, Норвегия – около 90) [4].

**Библиографическая ссылка:**

Колпина Л.В. Алгоритмизация медико-социального саногенеза на основе показателей качества жизни населения старших возрастных групп // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 7-15. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5037.pdf> (дата обращения: 24.12.2014).

В этой ситуации актуальной задачей становится поиск путей обеспечения здорового долголетия, в том числе профессионального, на основе показателей качества жизни. Ключевая роль в повышении качества жизни населения в целом и старших возрастных групп в частности, принадлежит улучшению социального здоровья, под которым понимается состояние индивида, определяющее его способность взаимодействовать с социумом. Очевидно, что специфика социальных отношений, роль и место человека в социальном пространстве во многом определяют качество его жизни. Так, в документах 62-ой сессии ВОЗ отмечается, что основные потребности пожилых людей – это стремление быть самостоятельными, иметь право и возможность выражать свое мнение и ощущать свою принадлежность к местному сообществу.

Важным фактором, влияющим на качество жизни пожилых людей, является социальная поддержка, особенно отношения с родственниками и друзьями. А одна из действенных стратегий укрепления здоровья и благополучия этой категории состоит в создании условий, при которых пожилые не чувствовали себя одинокими, изолированными от внешнего мира [3]. Совокупность мер по повышению социального здоровья определяется нами как социальный саногенез.

**Цель исследования** – определение возможностей социального саногенеза на основе показателей качества жизни старших возрастных групп.

**Материалы и методы исследования.** Для достижения сформулированной цели с помощью опросника SF-36 нами было обследовано население двух возрастных групп: первая – среднего возраста (45-59 лет, N=32 человека) – контрольная группа; вторая – пожилого и старческого возраста (основная), подразделенная на две подгруппы: респонденты пожилого (60-74 года, N=64 человека) и старческого (75-89 лет, 42 человека) возраста. Исследование поперечное. Сравнивались результаты контрольной и основной групп, а затем пожилого и старческого возраста. Полученные данные были подвергнуты статистической обработке, которая проведена методом описательной статистики с использованием программы STATISTICA 6.0. Результаты представлены в виде средней арифметической и погрешности средней.

Опросник SF-36 (русскоязычная версия, созданная и рекомендованная МЦИКЖ), разработанный для определения качества жизни, содержит 11 пунктов, которые имеют от трех до десяти подпунктов: общее число вопросов – 36. Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100, где 100 представляет собой полное здоровье. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали равным 0,05.

Вопросы опросника отражают общую самооценку здоровья в динамике за последний год, а также 8-и сфер здоровья, измеряемых соответствующими субшкалами: физическое функционирование, ролевые ограничения в связи с проблемами в сфере физического здоровья, интенсивность боли, эмоциональное благополучие, ролевые ограничения в связи с проблемами в сфере эмоционального функционирования, социальное функционирование и представление о сохранности жизненных сил (т.н. «витальность»)

*Общая самооценка здоровья и его динамика* за последний год измерялась следующими вопросами-индикаторами: «В целом, как бы вы охарактеризовали ваше здоровье?» (варианты ответов: отличное, очень хорошее, хорошее, удовлетворительное, плохое) и «Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад?» (варианты ответов: значительно лучше, чем год назад; несколько лучше, чем год назад; приблизительно такое же; несколько хуже, чем год назад; значительно хуже, чем год назад).

Для диагностики *физического функционирования вопросы формулировались таким образом:* «Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?» Подпункты: а) тяжелые физические нагрузки, например, бег, подъем тяжестей, занятия силовыми видами спорта; б) умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, сбор грибов или ягод; в) поднять или нести сумку с продуктами; г) преодоление нескольких пролетов лестницы; д) преодоление одного пролета лестницы; е) наклоны, сгибания, вставание на колени, приседание на корточки; ж) ходьба на расстояние более одного километра; з) ходьба на расстояние нескольких кварталов; и) ходьба на расстояние одного квартала; к) самостоятельное одевание или прием ванны». Варианты ответов на каждый из подпунктов: да, значительно ограничивает; да, немного ограничивает; нет, совсем не ограничивает.

*Ролевые ограничения в связи с проблемами в сфере физического здоровья* характеризует следующий вопрос: «Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего: а) пришлось сократить количество времени, затрачиваемое на работу или другие дела; б) выполнили меньший объем работы по сравнению с тем, который хотели выполнить; в) вы были ограничены в выполнении какого-либо *определенного вида* работ или другой деятельности; г) были трудности при выполнении работы или иной активности (например, для этого требовалось затрачивать дополнительные усилия)». Варианты ответов на каждый из подпунктов: да, нет.

*Ролевые ограничения в связи с проблемами в сфере эмоционального функционирования* измерялись с помощью вопроса-индикатора: бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние

---

**Библиографическая ссылка:**

Колпина Л.В. Алгоритмизация медико-социального саногенеза на основе показателей качества жизни населения старших возрастных групп // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 7-15. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5037.pdf> (дата обращения: 24.12.2014).

вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего: а) пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела; б) выполнили меньше, чем хотели; в) выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно. Варианты ответов на каждый из подпунктов: да, нет.

*Социальное функционирование* отражено в вопросах: «Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние в течение *последних 4 недель* мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе? Варианты ответов на пункт 6 следующие: совсем не мешало, немного, умеренно, сильно, очень сильно; и «Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т. п.)? Варианты ответа на п. 10: все время, большую часть времени, иногда, редко, ни разу».

*Интенсивность боли* измерялась с помощью вопросов: «Насколько сильные боли вас беспокоили на протяжении последних четырех недель?» (варианты ответов: боли вообще не беспокоили, очень слабые, слабые, умеренные, выраженные, очень выраженные) и «В какой степени боль в течение *последних 4 недель* мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой, включая работу вне дома или по дому?» (варианты ответов: совсем не мешала, незначительно, умеренно, значительно, очень значительно).

Для диагностики *эмоционального благополучия задавался вопрос* о том, как чувствовал себя и каким было настроение у респондента в течение последних 4 недель, а именно: сколько времени на протяжении последних четырех недель он: а) чувствовал себя бодрым? б) очень нервничал? с) чувствовал себя таким подавленным, что ничто не могло взбодрить его? д) чувствовали себя спокойным и умиротворенным? е) был полон сил? ж) был подавлен и печален? з) чувствовал себя измученным? и) был счастлив? к) чувствовал себя уставшим?». Варианты ответов на каждый из подпунктов: все время, большую часть времени, часто, иногда, редко, ни разу.

*Витальность*, или представление о сохранности жизненных сил, отражает степень согласия респондента со следующими утверждениями: а) мне кажется, что я более подвержен болезням, чем другие люди; б) мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых; в) я ожидаю, что мое здоровье ухудшится; г) мое здоровье отличное» (варианты ответов: абсолютно верно, в основном верно, не знаю, в основном неверно, абсолютно неверно).

**Результаты и их обсуждение.** При сравнении контрольной и основной групп были получены следующие результаты. У респондентов контрольной группы достоверно выше показатели *физического компонента здоровья* (включающего в себя 4 группы индикаторов: общее состояние здоровья, физическое функционирование, ролевое функционирование, связанное с состоянием здоровья, а также показатель интенсивности боли).

*Значения общего состояния здоровья* у лиц среднего возраста составляют (контрольная группа)  $67,1 \pm 3,9$ , тогда как у респондентов основной группы – ниже:  $54,3 \pm 3,7$  в первый подгруппе, и  $43,1 \pm 1,7^*$  во второй ( $p < 0,05$ ). Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже самооценка состояния здоровья опрошенного. Полученные данные показывают, что самооценка здоровья в контрольной группе достоверно выше, чем у респондентов пожилого и старческого возраста. Среди респондентов основной группы достоверно выше показатели физического компонента здоровья у первой подгруппы (69-74 года) в сравнении со второй (75-89 лет).

Значения по шкале физического функционирования у лиц среднего возраста составляют  $80,9 \pm 2,6$ , тогда как у респондентов основной группы –  $71,5 \pm 4,1$  и  $45,4 \pm 2,6$  соответственно ( $p < 0,05$ ). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность значительно ограничивается состоянием здоровья. В целом, значения показателя физического функционирования у респондентов контрольной группы достоверно выше, чем у основной. Ухудшение физического здоровья от средней группы к пожилой происходит более сглажено (разница составляет 9 единиц), чем от пожилой к группе 75-89-летних опрошенным, где разница составляет уже 26 единиц.

Значения физического ролевого функционирования, связанного с влиянием физического состояния на социальную активность (общение, поддержание отношений, выполнение тех или иных социальных функций – работы, обязанностей), у лиц контрольной группы составляют  $73,4 \pm 6,2$ , а основной –  $73,8 \pm 5,3$  и  $40,0 \pm 4,1$  соответственно ( $p < 0,05$ ). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневное выполнение социальных обязанностей значительно ограничено физическим состоянием. Сравнивая ответы респондентов контрольной и основной группы, можно сделать вывод, что в пожилом возрасте он сохраняется на том же уровне, что и у людей 40-59 лет, а принципиальное изменение ролевого функционирования (разница в значениях составляет 1,8 раза) наступает в старческом возрасте.

В отличие от проанализированных показателей физического компонента здоровья, показатель интенсивности боли *не дает достоверного снижения значения от контрольной группы к основной*. Значение по шкале интенсивности боли у респондентов среднего возраста составляет  $71,9 \pm 4,1$ , тогда как у пожилых оно повышается до  $76,0 \pm 3,8$ , а к старческой наблюдается снижение его значений до  $57,3 \pm 2,6$  ( $p < 0,05$ ). Это означает, что болевые ощущения наиболее значимым образом (в 1,3 раза сильнее ограничивают активность респондентов 75-89 лет.

**Библиографическая ссылка:**

Колпина Л.В. Алгоритмизация медико-социального саногенеза на основе показателей качества жизни населения старших возрастных групп // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 7-15. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5037.pdf> (дата обращения: 24.12.2014).

Объяснить такую нелинейную динамику интенсивности боли в различных возрастных группах можно психологическими и физиологическими причинами. Психологические причины связаны, например, с тем, что для 40-59-летних людей боль является препятствием выполнению ими ряда социальных функций, в которые они активно включены, что вызывает повышенную рефлексию боли и тревогу, вызванную ее возникновением.

Усиление боли в возрастной группе 60-74 лет во многих случаях представляет собой психосоматическое явление, обусловленное стрессом окончания трудовой деятельности. Стресс, связанный с выходом на пенсию, часто сопряжен с резкой сменой социальных ролей, снижением социального статуса, сужением контактов, изменением привычного уклада жизни и т.д. Это, в свою очередь, детерминирует снижение эмоционального состояния (что подтверждается и данными нашего исследования) вплоть до депрессии [1], где боль является одним из сопутствующих ей проявлений [2]. По мере адаптации к этим изменениям интенсивность боли снижается, что заметно в группе опрошенных старческого возраста. В этом возрасте с общим ухудшением здоровья снижаются и требования к себе, к жизни, нарастает апатия, в том числе и в отношении себя самого, своего самочувствия, происходит определенное принятие необратимых изменений в организме и «привыкание» к боли, «смирение» с ней. Различные исследования показывают, что поддержание социальных контактов, социальная инклюзия коррелируют со снижением депрессии и интенсивности боли.

Физиологические причины связаны с особенностями, выявленными в ходе психофизических исследований с применением физиологических раздражителей, которые показывают прогрессирующее уменьшение болевой чувствительности с возрастом [5].

В контрольной группе достоверно выше также практически все показатели *психологического компонента здоровья*. Он включает в себя: социальное, функциональное, эмоциональное и витальное измерения.

Первая шкала психологического компонента здоровья – социальное функционирование. Низкие баллы по этой шкале свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением эмоционального состояния. Значение социального функционирования в контрольной группе достоверно выше, чем в основной группе:  $65,5 \pm 2,5$  против  $49,6 \pm 1,4$  и  $49,8 \pm 1,2$  соответственно, ( $p < 0,05$ ). В основной же группе, судя по указанным данным, от группы пожилого возраста к старческой отсутствует динамика изменений во взаимоотношениях с социальным окружением.

Таким образом, с какими характеристиками социального здоровья человек приходит к пожилому возрасту, исключая сферу профессиональных отношений, примерно с такими же он и остается к старости. Следовательно, основная работа по социальной инклюзии старших возрастных групп должна быть ориентирована на контингент в возрасте 60-74 лет, когда после выхода на пенсию, происходит серьезная перестройка социальных связей и отношений с большим риском резкого сужения круга таковых.

Значения по шкале «эмоционально-ролевое функционирование», отражающей степень, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности, в контрольной группе достоверно выше ( $73,1 \pm 5,1$ ), чем в основной группе, где оно достоверно снижается от пожилых ( $61,3 \pm 6,4$ ) к опрошенным старческого возраста ( $53,9 \pm 4,6$ ),  $p < 0,05$ . Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как значительные ограничения в выполнении повседневной работы, обусловленные ухудшением эмоционального состояния, чем и характеризуется группа старческого возраста.

Следующий показатель психологического здоровья – жизненная активность (витальное здоровье). Низкие баллы свидетельствуют об утомлении человека, снижении жизненной активности. Данные нашего исследования показывают, что в среднем и пожилом возрасте значения этого показателя практически идентичны ( $59,8 \pm 4,2$  и  $58,1 \pm 3,4$  соответственно), но сравнение результатов ответов респондентов пожилого и старческого возраста показывает, что разница в значении физической активности составляет 10 единиц в пользу первых, составляя у вторых  $48,5 \pm 2,1$  ( $p < 0,05$ ). Таким образом, ощутимый упадок жизненных сил характеризует старческую группу.

Шкала, измеряющая эмоциональное (ментальное) здоровье, характеризует настроение; в случае низких значений – наличие депрессии, тревоги, психического неблагополучия. По ответам респондентов основной и контрольной групп нельзя судить о достоверном изменении значений этого показателя. В контрольной группе его значение составляет  $65,3 \pm 3,9$ , а в пожилой несколько поднимается до  $67,1 \pm 3,1$ . В то же время следует говорить о достоверном снижении эмоционального здоровья от пожилых к группе старческого возраста, где значение этого показателя составляет  $59,5 \pm 2,1$ ,  $p < 0,05$ .

Сравнение средних показателей приведено в табл.

---

**Библиографическая ссылка:**

Колпина Л.В. Алгоритмизация медико-социального саногенеза на основе показателей качества жизни населения старших возрастных групп // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 7-15. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5037.pdf> (дата обращения: 24.12.2014).

**Сравнение средних показателей качества жизни населения по группам**

| Шкалы SF-36                                | Контрольная группа | Основная группа |             |
|--|--------------------|-----------------|-------------|
|  |                    | 1 подгруппа     | 2 подгруппа |
| Общее здоровье (GH)                        | 67,1±3,9           | 54,3±3,7*       | 43,1±1,7*** |
| Физическое функционирование (PF)           | 80,9±2,6           | 71,5±3,9*       | 45,4±2,6*** |
| Физическо-ролевое функционирование (RP)    | 73,4±6,2           | 73,8±5,3        | 40,0±4,1*** |
| Эмоционально-ролевое функционирование (RE) | 73,1±5,1           | 61,3±6,4        | 53,9±4,6*   |
| Социальное функционирование (SF)           | 65,5±2,5           | 49,6±1,4*       | 49,8±1,2*   |
| Боль (BP)                                  | 71,9±4,1           | 76,0±3,8        | 57,3±2,6*** |
| Жизненная сила (VT)                        | 59,8±4,2           | 58,1±3,4        | 48,5±2,1*** |
| Ментальное здоровье (MH)                   | 65,3±3,9           | 67,1±3,1        | 59,5±2,1*** |

Примечание: \* –  $p < 0,05$  по сравнению с контрольной группой

\*\* –  $p < 0,05$  по сравнению с 1 подгруппой основной группы

**Выводы:**

1. В целом качество жизни населения снижается от зрелого возраста к пожилому и старческому. Однако такое снижение происходит неравномерно и не по всем параметрам.

2. Сравнение контрольной и основной групп показывает достоверное снижение физического компонента здоровья от первой группы ко второй. Но в отношении психологического компонента здоровья однозначной тенденции к аналогичному снижению его значений не выявлено. Она существует только в отношении таких показателей этого параметра как социальное функционирование и эмоционально-ролевое функционирование, в отличие от показателей эмоционального здоровья и жизненной силы.

3. Сравнение подгрупп населения пожилого и старческого возраста показало, что единственные значения, которые практически полностью совпадают в обеих подгруппах основной группы – это по показателю социального функционирования, тогда как по всем остальным показателям во второй подгруппе значения качества жизни ниже. Это означает, что с возрастом в старших возрастных группах социальный компонент жизнедеятельности не меняется, в отличие от всех остальных характеристик. Во всех остальных случаях значения всех показателей качества жизни в группе старческого возраста значительно ниже, чем в пожилом.

4. В связи с высокой детерминированностью качества жизни людей пожилого и старческого возраста характеристиками социального здоровья, мероприятия социального саногенеза могут иметь следующие направления:

А). Подготовка пожилых людей к выходу на пенсию. Поскольку выход на пенсию, особенно для мужчин, часто сопряжен с психологическим кризисом, обусловленным потерей одной из самых значимых социальных ролей, минимизации других, при, зачастую, достаточно высоком его профессиональном потенциале и желании его реализовывать, необходимо решать две группы задач:

– обучение работодателей сглаживанию этого перехода: во-первых, через постепенное снижение нагрузки после достижения пожилым человеком пенсионного возраста, например, переводя пожилого человека в статус консультанта, наставника; во-вторых, через поддержание с ним связи после увольнения, обеспечивающей некоторую социальную инклюзию;

– превенция социальной дезадаптации пожилого человека после выхода на пенсию, которую следует начинать не позже, чем за год до окончания профессиональной деятельности. Для этого в рамках индивидуальной или групповой работы, проводимой психологом или социальным работником, должны решаться следующие задачи: а) определение индивидуального потенциала пожилого человека и ментального конструирование его будущего на основе индивидуальных целей и предпочтений; б) работа со страхами и опасениями будущего пенсионера, связанными с изменением социального статуса, определение механизмов превенции негативных последствий этого;

Б). Работа с пожилыми людьми после выхода на пенсию. Учитывая, что с наступлением этого периода резко снижается их социальное функционирование, которое еще долго остается у многих на довольно значительном уровне, необходимо направить усилия на социальную инклюзию пожилых, обеспечить им возможность формирования новых сетей общения, адекватных их возможностям, интересам и социальной ситуации. Для этого следует активизировать информационно-просветительскую работу, знакомящую пожилых людей с существующей социальной инфраструктурой и действующими социальными

**Библиографическая ссылка:**

Колпина Л.В. Алгоритмизация медико-социального саногенеза на основе показателей качества жизни населения старших возрастных групп // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 7-15. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5037.pdf> (дата обращения: 24.12.2014).

программами, нацеленными на их адаптацию, обеспечивающими возможность самореализации, укрепления здоровья, получения тех или иных знаний, навыков. Необходимо также содействовать развитию практик взаимопомощи как между пожилыми людьми, так и с другими возрастными категориями. Это является, с одной стороны, мощным инструментом превенции депрессий, социальных дезадаптаций с последующим снижением уровня физического самочувствия в пожилом возрасте, а с другой, адаптивным ресурсом старших возрастных групп, поскольку изменение физического здоровья от среднего возраста к пожилому и к старческому прямо коррелирует со снижением способности представителей двух последних групп выполнять повседневные бытовые дела.

Важным направлением работы с пожилыми людьми после выхода на пенсию является профессиональная психологическая поддержка, связанная, прежде всего, с помощью а) позитивной рефлексии прожитой ими части жизни, что обеспечит снижение тревоги и более легкое принятие происходящих биопсихосоциальных изменений; б) принятия ими новых социальных ролей, формулирования новых задач и коррекции в соответствии с этим их жизненных практик и стратегий.

В). Информационно-просветительская работа с населением по специфике общения с пожилыми людьми и коррекции негативного образа пожилых людей и старости.

### Литература

1. Воробев П.А., Власова А.В. Депрессия в пожилом возрасте // Клиническая геронтология. 2007. №3. С. 22–28.
2. Хадарцев А.А., Гонтарев С.Н., Еськов В.М., Хадарцев А.А. Восстановительная медицина, 2010. Том I. Изд-во ТулГУ-Белгород.
3. Михайлова Н.М. Депрессии в позднем возрасте. URL: [http://www.rmj.ru/articles\\_231.htm](http://www.rmj.ru/articles_231.htm)
4. Прогнозирование тяжелого гестоза на основе компьютерных технологий / Агарков Н.М., Гонтарев С.Н., Шульга Л.В. [и др.] // Врач и информационные технологии. 2013. №5. С.26–30.
5. Отчет о шестьдесят второй сессии Европейского регионального комитета ВОЗ // ВОЗ, Мальта, 10-13 сентября 2012 г. С.115

### References

1. Vorobev PA, Vlasova AV. Depressiya v pozhilom vozraste. Klinicheskaya gerontologiya. 2007;3:22-8. Russian.
2. Khadartsev AA, Gontarev SN, Es'kov VM, Khadartsev AA. Vosstanovitel'naya meditsina. Belgorod: Izd-vo TulGU; 2010. Russian.
3. Mikhaylova NM. Depressii v pozdnem vozraste. URL: [http://www.rmj.ru/articles\\_231.htm](http://www.rmj.ru/articles_231.htm) Russian.
4. Agarkov NM, Gontarev SN, Shul'ga LV, et al. Prognozirovanie tyazhelogo gestoza na osnove komp'yuternykh tekhnologiy. Vrach i informatsionnye tekhnologii. 2013;5:26-30. Russian.
5. Otchet o shest'desyat vtoroy sessii Evropeyskogo regional'nogo komiteta VOZ. VOZ, Mal'ta, 10-13 sentyabrya 2012 g. Russian.

---

#### Библиографическая ссылка:

Колпина Л.В. Алгоритмизация медико-социального саногенеза на основе показателей качества жизни населения старших возрастных групп // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 7-15. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5037.pdf> (дата обращения: 24.12.2014).