

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И. П. ПАВЛОВА»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

---

**Кафедра общей и клинической психологии**

Зав. кафедрой общей  
и клинической психологии,  
д. пс. н., профессор  
Исаева Е. Р. \_\_\_\_\_

Председатель ГАК  
д. пс. н., профессор  
Соловьева С. Л. \_\_\_\_\_

Выпускная квалификационная работа на тему:

**Отношение к смерти у пациентов-женщин гериатрического профиля**

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнил:  
Студент 6 курса  
Отделения Клинической психологии  
Король Алина Константиновна  
\_\_\_\_\_ (подпись)

Научный руководитель:  
К. пс. н., доцент кафедры  
общей и клинической психологии  
Ситкина Евгения Владимировна  
\_\_\_\_\_ (подпись)

Санкт-Петербург

2024

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
1. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР ОТНОШЕНИЯ К СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ .....	8
1.1. Основные психологические особенности пациентов гериатрического профиля.....	8
1.2. Понятия «Жизнь» и «Смерть» .....	15
1.3. Исследования отношения к смерти у людей пожилого и старческого возраста.....	25
2. ОБЪЕКТ, МЕТОДЫ И ПРОЦЕДУРА ИССЛЕДОВАНИЯ .....	32
3. ОПИСАНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	41
3.1. Результаты исследования социально-психологических составляющих старения .....	41
3.2. Результаты исследования отношения к жизни и к смерти .....	50
3.3. Результаты корреляционного анализа отношения к жизни и к смерти с рассматриваемыми социально-психологическими аспектами 62	62
3.4. Результаты факторного анализа .....	74
4. ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ .....	76
5. ВЫВОДЫ.....	84
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	85
РЕКОМЕНДАЦИИ .....	87
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	89
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	99
Приложение №1 .....	99
Приложение №2 .....	101

Приложение №3 .....	104
Приложение №4 .....	106
Приложение №5 .....	107
Приложение №6 .....	108
Приложение №7 .....	109

## ВВЕДЕНИЕ

Здоровье человека и сама продолжительность его жизни тесно связаны с характером старения. Наука о старении — геронтология — изучает нормальный процесс старения человека, его основные проявления и факторы, влияющие на характер, темпы и интенсивность старческих изменений. С геронтологией тесно связана гериатрия — область медицины, исследующая болезни людей пожилого и старческого возраста (Хрисанфова Е. Н., 1999).

Для людей пожилого и старческого возраста данный период их жизни является кризисным, на котором происходит переоценка всего жизненного пути, достижений и разочарований, приспособление к новой социальной ситуации. Важные аспекты, которые осмысляются людьми на этом этапе онтогенеза — понятия жизни и смерти. Пастушкова А. С. (2018) описывает данные понятия следующим образом: «отношение к жизни — отношение к жизнедеятельности, оказывающее влияние на все сферы поведенческой активности, определяемое ценностями индивида и выражающееся в принятии или непринятии жизни, принятии себя, ответственности за свою жизнь, стремлении или отсутствии стремления к росту, а отношение к смерти — отношение к факту смертности человека и процессу умирания, сформированное на основании прошлого опыта человека и выражающееся в принятии смерти, нахождении смысла смерти, страхе смерти».

Стоит отметить, что рассматриваемый в нашей работе аспект отношения к смерти у гериатрических пациентов — специфический для пожилого и старческого возраста процесс, в котором само понимание смерти непосредственно входит в субъективный опыт и приобретает для человека тот смысл, который укладывается в его мировоззрение и жизненный путь (Баканова А. А., 2000; Бажин Е. Ф., Эткинд А. М., 1985).

Период старения является одним из наиболее противоречивых, как с точки зрения научного понимания, так и с точки зрения общественного отношения и бытового самосознания. При этом продолжительность жизни постепенно, но постоянно увеличивается, что не означает ни сохранение, ни тем более улучшение качества жизни. Работа по улучшению качества жизни людей пожилого и старческого возраста – одна из набирающих популярность область психологических исследований. В настоящее время нет единого понимания отношения людей данного возраста к понятиям жизни и смерти. Непринятие смерти, страх перед ней, сожаления о прожитой жизни могут в значительной степени ухудшить психологическое состояние пожилых людей.

Таким образом, встает вопрос о том, как гериатрические пациенты относятся к смерти и к жизни и что нужно делать, чтобы улучшить их качество жизни. Полученные в ходе исследования данные составляют основу для разработки практических рекомендаций по психологическому сопровождению людей пожилого и старческого возраста.

**Актуальность** исследования обуславливается важностью улучшения качества жизни пожилых людей и необходимостью рассмотрения отношения к смерти, как одного из ключевых аспектов, у пациентов гериатрического профиля.

**Гипотеза** исследования – пациенты-женщины гериатрического профиля, проживающие в пансионате, имеют более высокий страх смерти и более выраженное переживание одиночества, чем пациенты-женщины гериатрического профиля, проживающие дома.

**Цель** исследования – изучение отношения к смерти у пациенток-женщин гериатрического профиля.

Для реализации поставленной цели были выделены следующие **задачи**:

1. Сравнить социально-психологические составляющие старения у пациентов-женщин гериатрического профиля, проживающих в пансионате и проживающих дома.

2. Сравнить отношение к жизни и смерти у пациентов-женщин гериатрического профиля, проживающих в пансионате и проживающих дома.

3. Выявить взаимосвязи между отношением к жизни и смерти и рассматриваемыми социально-психологическими аспектами у пациентов-женщин гериатрического профиля.

4. Выявить мишени психокоррекционного воздействия у пациентов-женщин гериатрического профиля.

**Объектом** исследования являются пациентки-женщины, проживающие в пансионате «Наша забота» (n=35), и пациентки-женщины СПб ГБУЗ «Городской гериатрический центр», проживающие дома (n=35).

**Предмет** исследования: социально-психологические особенности пациентов-женщин гериатрического профиля.

Теоретическая значимость исследования заключается в расширении представлений об отношении к смерти у пациентов пожилого и старческого возраста, о социально-психологических особенностях пациентов гериатрического профиля. Исследование имеет высокую практическую значимость, которая определяется разработкой рекомендаций по работе с пациентами гериатрического профиля, направленными на повышение их качества жизни.

При проведении исследования были использованы следующие **методы**:

1. Клинико-психологический метод, включающий беседу и анкетирование, представленное двумя анкетами – анкета «Семантическое

содержание понятий «Жизнь», «Смысл жизни», «Смерть» (приложение №1), анкета «Общие сведения» (приложение №2).

2. Экспериментально-психологический метод, включающий в себя следующий набор методик:

1. Профиль аттитудов по отношению к смерти – переработанный (Death Attitudes Profile – revisited; DAP-R, адаптация Т. А. Гавриловой, 2011);

2. Методика «Отношение к жизни, смерти и кризисной ситуации» (Баканова А. А., 2000);

3. Шкала семейного окружения (Р. Х. Мус, 1974; адаптация С. Ю. Куприянова, 1985; И. Г. Малкина-Пых, 2005);

4. Дифференциальный опросник переживания одиночества (Осин Е. Н., Леонтьев Д. А., 2013);

5. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS; адаптация: А. В. Андрющенко и др., 2003);

6. Тест диспозиционного оптимизма (Т. О. Гордеева, О. А. Сычев, Е. Н. Осин, 2010)

3. Математико-статистический метод, включающий:

1. Критерий Шапиро-Уилка для проверки полученного распределения данных на нормальность распределения;

2. Критерий Манна-Уитни для сравнения полученных в группах данных;

3. Критерий корреляции Спирмена для поиска связей между изучаемыми параметрами;

4. Факторный анализ.

# 1. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР ОТНОШЕНИЯ К СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

## 1.1. Основные психологические особенности пациентов гериатрического профиля

Вопросы старения во все времена привлекали ученых. Традиционно старость считалась увяданием и затуханием организма с неизбежным наступлением смерти человека. Первоначально старение рассматривали с точки зрения дефицитарной (клинической) парадигмы, предполагающей естественность и нормальность наступления негативный и дегенеративных изменений, ассоциируемых с этим возрастом. По мере развития научного знания представления о пожилом возрасте кардинально трансформировались в дивидендную парадигму, предлагающую не только естественность старения, а и новые возможности, которые она привносит в жизнь людей. Так, Olshansky S. J. (2007), Rowe J. W. (2015) следующим образом описывают данную парадигму: помимо проблем, старение имеет и свои позитивные эффекты, свои «дивиденды», потенциал развития. На современном этапе развития психологии все большее внимания теоретиков и практиков науки обращается к вопросам психологии старения.

Необходимо также отметить, что существует феномен «седеющего населения» (Мелёхин А. И., 2014), которому посвящены многочисленные демографические исследования последних лет. Благодаря действию ряда факторов (таких как улучшение качества жизни, питания, достижениям в сфере здравоохранения и т.п.) в мире происходит значительное увеличение продолжительности жизни. По данным статистики в 1950 г. пожилые люди в возрасте 60 лет и старше составляли 8% мирового населения, в 2000 г. – уже 10%, а сегодня, по оценкам демографов, около 70% населения проживут более 65 лет, а 30-40% – более 80 (Орлова Л. В., 2016). Это оказывает значительное влияние на численно-возрастной состав населения.



Для понимания психологических особенностей пациентов гериатрического профиля важны основные возрастные периоды, выделяемые в данном этапе развития человека. Сегодня большинство современных периодизаций развития исходят из того, что переход от одного этапа онтогенеза к другому предполагает наличие определённых изменений (кризисов, критических периодов), результатам которых являются различные психические новообразования. Однако границы возраста очень условны, индивидуальны и зависят от многих факторов.

Согласно классификации, принятой Всемирной организации здравоохранения, в позднем возрасте выделяются следующие периоды (Воробьев Р. В, Короткова А. В., 2016): «60 лет-74 года – пожилой возраст; 75 лет-89 лет – старческий возраст; 90 лет и старше – долгожители». Границы между пожилым, старческим и долгожительским возрастами весьма условны и в значительной степени определяются средней продолжительностью жизни. Дж. Биррен предлагает свою классификацию возрастных периодов (Паттурина Н. П., 2006): «период ранней зрелости (17-25 лет); зрелости (25-50 лет); период поздней зрелости (50-75 лет) и старость (от 75 лет и далее)». Одной из популярных периодизаций является классификация возрастных периодов Д. Б. Бромлея, которая включает в себя пять циклов развития (Оконешникова О. В., 2011): «утробное развитие; детство; юность; зрелость и старение». Цикл «зрелости» состоит из четырех стадий: ранняя зрелость (от 21 года до 25 лет); средняя зрелость (25-40 лет); поздняя зрелость (40-55 лет). В качестве особой переходной стадии выделяется предпенсионный возраст (от 55 до 65 лет). Цикл старения начинается от 65 лет и включает в себя три стадии: «удаление от дел» (65-70 лет); старость (70 и более лет); третья стадия, обозначаемая как финиш, включает в себя период старческих болезней и умирания.

Старение – естественный и неизбежный процесс для каждого человека. Изучением данного процесса занимается одна из отраслей

психологии – геронтология. Геронтология – наука, которая всесторонне изучает процессы старения, от биологических закономерностей до методов оказания социально-медицинской помощи человеку (Седова Е. В., Палеев Ф. Н., Старцева О. Н., 2019). Под старением понимается специфический и необратимый процесс, являющийся универсальным для всего живого и генетически запрограммированным, скорость и качество которого в большей степени зависят от образа жизни человека (Корочина И. Э., 2021).

Ксенда О. Г., Татарко К. И. (2018) пишут, что «геронтология изучает макросистему пожилых, норму, то есть нормальный процесс старения человека, его основные проявления и факторы, влияющие на характер, типы и интенсивность старческих изменений и включает 3 компонента: биологический, психологический, социальный». Естественное старение объясняется универсальными биологическими процессами, укладывающимися в две категории теорий старения (Мушкамбаров Н. Н., 2011): стохастические теории старения (теория «изнашивания», теория случайных повреждений) и теорию биологических часов (запрограммированной гибели клеток, например, ограничение клеточного митоза прогрессирующим укорочением теломеров).

Процесс становления старости, то есть геронтогенез – сложный, противоречивый, нелинейный, фазовый. Стрижицкая О. Ю. (2016) предлагает 4 закона геронтогенеза:

1. Закон гетерохронности (разновременности) развития - в период старения проявляется в темпах и качественном различии протекания старения для разных структур и функций, создавая индивидуальный почерк старения;

2. Закон специфичности - проявляется в разнообразии динамики различных функций и образует различные тренды, делая тем самым «почерк старения» специфичным. Одни функции могут быть взаимосвязаны с

возрастом и представлять собой восходящую, нисходящую или дугообразную траекторию, в то время как другие (внимание или память, например) имеют нелинейный характер и демонстрируют множественные подъёмы и спады в течение жизни в целом, и в течение геронтогенеза в частности;

3. Закон разнообразия - выражается в индивидуализации процессов развития, которые аккумулируются к периоду геронтогенеза и потому именно в этот период оказывают наиболее существенное влияние на функционирование и развитие человека;

4. Закон гетерокатефтенности. Разнонаправленность возрастных изменений, при которой идет подавление одних процессов и активизация других.

Упоминая психологические особенности пациентов гериатрического профиля, нельзя не коснуться одной из наиболее актуальных тем последних лет – темы «Геротрансцендентности». Теория геротрансцендентности, предложенная Л. Торнстамом в начале 1990-х годов, отразила новое для того времени видение периода старения. За качественную особенность функционирования старого человека он предложил взять геротрансцендентность, которая представляет собой специфическую для старшего возраста систему психологических характеристик, позволяющих максимально полно и эффективно реализовать свой потенциал, как результат внутренних трансформаций, связанных с переходом от периода взрослости к периоду старения, в результате чего у человека формируется новое геротрансцендентное мироощущение (Tornstam L., 2011). Согласно Стрижицкой О. Ю. (2017) теория геротрансцендентности рассматривает период старения как «своеобразный уникальный период, принципиально отличающийся от периода взрослости, предполагает создание реальности иной, нежели была в средней взрослости, которую геронтологи и

профессионалы зачастую проецируют на пожилой возраст», и включает три компонента: трансформацию на «космическом» уровне; трансформацию на личностном уровне; трансформацию на социальном уровне.

Нормальный процесс старения не рассматривает пожилых в контексте имеющихся у них заболеваний. В процессе старения у людей могут возникать различные физиологические и психологические патологии. Изучением пожилых людей, имеющих какие-либо отклонения от нормального развития занимается гериатрия. Гериатрия – самостоятельная медицинская специальность, для которой характерен междисциплинарный подход к диагностике, лечению и реабилитации заболеваний у людей пожилого и старческого возраста (Седова Е. В., Палеев Ф. Н., Старцева О. Н., 2019). Гериатрическая помощь оказывается преимущественно людям старше 65 лет.

Роль современной гериатрии в помощи пациентам пожилого и старческого возраста непременно высока. Главной её задачей является продление и повышение качества жизни лиц пожилого и старческого возраста, сохранение и поддержание функциональной способности и максимальной самостоятельности человека (Ткачева О. Н., Рунихина Н. К., Бабенко И. В. и др., 2021). Кроме того, в ведении пациентов важен не сам факт наличия той или иной болезни, а то, в какой степени происходит ограничение их повседневной деятельности и как формируется зависимость таких пациентов в посторонней помощи.

Уровень психического здоровья человека на данный момент времени определяется множеством социальных, психологических и биологических факторов. Акарачкова Е. С. и др. (2019) пишут, что «помимо обычных стресс-факторов, с которыми сталкиваются по жизни все люди, многие пожилые люди утрачивают способность жить независимо из-за ограниченной мобильности, хронической боли, дряхлости или других

психических, физических проблем и нуждаются в каком-либо долгосрочном уходе». Кроме этого, в жизни пожилых значительно чаще могут происходить такие события, как потеря близких, снижение социально-экономического статуса на пенсии или инвалидность. Все эти факторы могут обуславливать изоляцию, утрату независимости, одиночество и психологический дистресс у пожилых людей.

Одними из распространенных вариантов ограничения жизнедеятельности лиц старческого и пожилого возраста с точки зрения психологического влияния являются психологические расстройства, специфические для позднего возраста (Некрасов В. А., 2015): функциональные расстройства, куда входят климактерические невротоподобные состояния и функциональные психозы позднего и старческого возраста; органические расстройства, к которым относятся различные дегенеративные заболевания (Болезнь Альцгеймера, болезнь Пика, сосудистая деменция и др.).

По мнению Полищук Ю. И., Летниковой З. В. (2019) функциональные психические расстройства позднего возраста в одних случаях носят непсихотический характер и входят в область пограничной психиатрии (невротические и климактерические невротоподобные состояния), в других — достигают психотического уровня (функциональные психозы позднего возраста), а в основе органических заболеваний ГМ лежит так называемый процесс слабоумия, который начинается с легких и умеренных когнитивных нарушений и переходит при определенных обстоятельствах в синдром деменции. Согласно Орловой Е. А., Селимову Г. Р. И др. (2023) самыми распространенными расстройствами у людей пожилого и старческого возраста являются деменция и депрессия; тревожными расстройствами страдают 3,8% пожилых людей; от проблем, вызванных использованием психоактивных веществ — почти 1%, а порядка 25% смертности от

причинения себе вреда приходится на долю людей в возрасте 60 лет или старше.

В пожилом возрасте могут наблюдаться и заболевания, которые были манифестированы пациентом в более раннем возрасте (шизофрения, БАР, бредовые расстройства и многие другие). Для течения этих психических расстройств будут характерны следующие особенности (Сафарова Т. П., Яковлева О. Б., Ряховский В. В., 2016): 1) упрощение и сужение объема психического нарушения; 2) нарушение единства симптомокомплексов психических расстройств; 3) урежение ремиссий; 4) стойкость психопатологического феномена; 5) учащение психических расстройств.

Вне зависимости от наличия или отсутствия тех или иных заболеваний у пациентов геронтологического профиля при оценке их психического состояния следует особое внимание обращать на внешний вид пожилого пациента, состояние сознания, речь, эмоциональные реакции и настроение, мышление, восприятие, способность оценивать свое состояние, поведение, оценить наличие признаков недееспособности. Инструментами оценки становятся шкалы оценки когнитивных способностей, шкалы депрессии, пробы для оценки возбуждения, моторных навыков, функциональных состояний.

При исследовании пациентов данной возрастной группы нужно учитывать их физическое состояние – заболевания, снижение зрения и слуха и др. Особое внимание нужно уделять психологическому состоянию данных пациентов – наличие или отсутствие у них психологических или психиатрических расстройств, снижение когнитивной деятельности и т.п. В данном аспекте ключевую роль играет синдром старческой астении - специфическое состояние, которое может развиваться у человека пожилого и старческого возраста и характеризуется такими симптомами, как (Седова Е. В., Палеев Ф. Н., Старцева О. Н., 2019): похудание, когда наблюдается

снижение массы тела темпом не более чем на 10% в год; нарушение походки; снижение мышечной силы; развитие когнитивных расстройств и снижение мотивации, утрата прежних жизненных интересов; выраженная истощаемость психических процессов и быстро наступающая усталость; низкий уровень двигательной активности.

Таким образом, пациенты гериатрического профиля – особая группа пациентов, имеющая ряд своеобразных психологических особенностей в связи с имеющимися возрастными изменениями. При планировании и проведении исследования необходимо учитывать их психологическое и физическое состояние.

## **1.2. Понятия «Жизнь» и «Смерть»**

Проблема жизни и смерти – одна из сложнейших и необъяснимых. Люди во все времена продолжают пытаться найти ответ на такие вопросы как: «В чем смысл жизни?», «Что такое жизнь?», «Что такое смерть?», «Есть ли жизнь после смерти?» и т.д. Отсутствие ответов на такие вопросы рождает страх – за жизнь, за людей, за смерть, за жизнь после смерти. Проблема изучения понятий «Жизнь» и «Смерть» относится к мультидисциплинарной области научных исследований. Учёные различных специальностей уделяют внимание данной проблеме – философии, психологии, медицины и др.

Серьезную проблему для теоретических и эмпирических исследований, касающихся темы смерти, составляет табуированность и этическая проблематичность данной темы. Люди не любят, а часто и боятся обсуждать её. В современном обществе наблюдается тенденция к вытеснению смерти из общественного сознания, что является результатом психологической защиты нашей цивилизации от этой темы.

Формирование отношения к смерти – сложный и многофакторный процесс. Довольно хорошо изучен процесс формирования отношения к смерти у лиц, страдающих жизненно опасными заболеваниями. Э. Кюблер-Росс (2001), обобщая свой многолетний опыт работы с умирающими больными, выделяла пять стадий психологической адаптации к смерти:

1. Первая стадия – «Отрицание» – состоит в неприятии возможности своей смерти, а известие о том, что болезнь смертельна, кажется пациентам ошибочным диагнозом;

2. На второй стадия – «Гнев» – человек задается вопросом: «Почему именно Я?», возникают фрустрация и обвинительные реакции в отношении врачей, других людей и судьбы в целом;

3. На третьей стадии – «Торг» – человек ищет способы продления жизни и обещает (Богу, врачам, близким и т. д.) все что угодно в обмен на продление жизни;

4. На четвертой стадии – «Депрессия» – умирающий теряет интерес к жизни, испытывая отчаяние, чувство безнадежности, неизбежности скорой смерти, тяжело переживая предстоящую разлуку с родными и близкими;

5. На пятой и последней стадии – «Принятие» – человек смиряется со скорой смертью, обретает душевный мир и спокойствие, смиренно ожидает своего конца.

Л. А. Китаев-Смык (2008) выделяет два главных фактора, влияющих на переживания умирающего: 1) внутренние физиологические предсмертные преобразования в его организме и влияние продолжающегося общения с окружающими людьми, 2) эсхатологические (религиозные) представления и установки.

Данные классификации применимы в том случае, когда человек сталкивается со своим смертельным диагнозом, но она не учитывает



адаптацию к собственной смерти в иных случаях. Кроме того, Фейфел Г. (1999) пишет, что, несмотря на естественно присутствующий у любого человека страх смерти, все же для большинства людей страшна не столько смерть, сколько тяжелое, болезненное умирание, то есть образ ухода из жизни обуславливает отношение человека к жизни и смерти.

В. Ш. Сабиров (2013) выделяет четыре парадигмы в отношении к смерти, которые могут быть присущи любому человеку: трактовка смерти и конечности человеческого существования (онтология смерти); оценка (аксиология) смерти; представления о бессмертии (метафизика смерти); моральные императивы (нормативная этика) смерти.

Теме смерти уделяется большое внимание в экзистенциально-гуманистическом направлении психологии, которое придерживается позиции, согласно которой личностному развитию способствует преодоление, а не отрицание страха смерти.

Один из ключевых аспектов в рассмотрении понятия «Смерть» – страх смерти. В литературе нет четкого определения термину «страх (тревога) смерти». Понятие страх (тревога) смерти используется для обозначения опасений, порождаемых осознанием смерти. И. Ялом (2019) предлагает использовать как синонимы несколько выражений: «тревога смерти», «страх смерти», «ужас смерти», «страх конца». Автором сформулированы основные положения, касающиеся представлений о смерти в психике человека:

1. Страх смерти постоянно присутствует во внутреннем опыте человека и играет огромную роль в его поведении;
2. С вопросом смерти человек сталкивается в раннем детстве, преодоление страха смерти является базовой задачей развития;

3. Чтобы справиться со страхом смерти, люди воздвигают психологические защиты. Психопатологии возникают как следствие неэффективности защит против страха смерти;

4. Инкорпорация смерти в жизнь обогащает жизнь человека, позволяет жить более осмысленно и аутентично. Полное осознание смерти может дать толчок кардинальным личностным изменениям.

В целом тревогу смерти можно обозначить как многомерный конструкт, проявляющийся тревогой или страхом в ответ на осознание реальности смерти, включающий эмоциональные, когнитивные и мотивационные компоненты, варьирующие в зависимости от возраста, социокультурных особенностей (Lehto et al., 2009). Существуют разные взгляды на появление страха смерти и его роль в жизни человека. Считается, что страх смерти присущ человеку изначально и проявляется на разных возрастных этапах, или появляется в конце жизни при неблагоприятных условиях личностного развития (Э. Эриксон, 1996). Согласно теории Э. Эриксона (1996) страх смерти возникает в конце жизни, если не достигается или утрачивается целостность личности, и главные переживания пожилого человека сводятся к чувствам отчаяния и безысходности. В таких случаях «судьба принимается как обрамление жизни, а смерть – как ее последняя граница».

В концепции В. А. Петровского (1996) акцент делается на реализации потребности быть личностью, а личность «выступает как идеальная представленность индивида в других людях, как его инобытие в них... как его персонализация». То есть главным для человека оказывается возможность позитивно отразиться в других людях, сделать свой «вклад» в другую личность, стать источником нового для нее смысла. Человек, так реализовавшийся в жизни, как бы не полностью умирает, а продолжает

жить, персонализированный в других людях. В других людях сохраняется «отраженная субъектность».

О. С. Парахневич (2006) считает, что «переживание жизни и смерти, переживание боли составляет главное содержание философии жизни, которое конкретизируют для ребенка окружающие его люди». Таким образом, уже на этом этапе, можно определить существование возрастных особенностей отношения к смерти. Т.А. Гаврилова (2001) описывает исследование, в результате которого, с помощью «Шкалы танатической тревоги», было установлено, что тревога по поводу личной смерти связана с полом, местом проживания и уровнем образования.

На современном этапе развития экзистенциальной психологии распространены две основные теоретические концепции, в рамках которых разрабатывался феномен страха смерти. Теория управления страхом смерти (ТМТ), предложенная Дж. Гринбергом, Ш. Соломоном и Т. Пицински (1991) и теория управления смыслом и принятия смерти П. Вонга (2007). Первая теория (теория управления страхом смерти) базируется на положении о том, что в основе развития человеческой культуры лежит страх смерти, присущий каждому человеку, амбивалентно рассматриваемый как результат конфликта инстинкта самосохранения и осознания неизбежности смерти. Согласно теории управления смыслом, отношение к жизни и смерти неразрывно связаны между собой. Подчеркивается, что отношение к смерти может иметь различное значение: а) положительное – определяет ценностный смысл жизни; б) отрицательное – характеризуется выраженным страхом смерти и ведет к полному избеганию упоминаний о смерти; в) нейтральное – понимание неизбежности смерти и ее естественности для всех живых организмов.

Описывая феномен «страха смерти» необходимо разобраться в том, что такое страх и какие бывают страхи у людей. По мнению Дорофеевой Г.

А. (2002), «страх – это эмоциональное состояние, отражающее защитную биологическую реакцию человека или животного при переживании ими реальной или мнимой опасности для их здоровья и благополучия». Следовательно, для человека, как биологического существа, возникновение страха не только целесообразно, но и полезно. Однако для человека как социального существа страх часто становится препятствием для достижения поставленных им целей.

Существует множество классификаций страхов. Рассмотрим основные из них и место страха смерти в них. Так, Б. Д. Карвасарский (1980), в зависимости от того, чего именно боится человек, выделяет в своей классификации восемь основных фабул страха:

- К первой группе страхов автор относит боязнь пространства в различных ее формах. В частности, сюда входит клаустрофобия (боязнь замкнутого пространства), агорафобия (боязнь открытых пространств), а также страх глубины и страх высоты;
- Ко второй группе относятся социофобии, связанные с общественной жизнью. Они включают в себя эрептофобию (страх покраснеть в присутствии людей), страх публичных выступлений и другие;
- К третьей группе относятся нозофобии - страхи заболеть, заразиться;
- Четвертая группа представлена танатофобией - страхом смерти;
- К пятой относятся различные сексуальные страхи;
- К шестой - страхи нанести вред себе или близким;
- К седьмой - «контрастные» фобии, например, страх громко произнести нецензурные слова в обществе у воспитанного человека;
- Последнюю, восьмую, группу страхов в данной классификации, представляют фобофобии, то есть страхи бояться чего-либо.

Ф. Риман (1999), считает страх «неизбежной принадлежностью нашей жизни», и наряду со страхами, обусловленными возрастными особенностями, выделяет индивидуальные страхи. Автор утверждает, что характер переживаемого страха зависит в большей степени от присущей человеку предрасположенности, его наследственности, окружающих условий после его рождения, и, конечно же, в каждой истории страхов большое значение имеет детство. Среди множества индивидуальных страхов Ф. Риман (1999) выделяет четыре основные формы страха: страх перед самоотвержением, переживаемый как утрата «Я» и зависимость; страх перед самостановлением (стагнацией «Я»), переживаемый как незащищенность и изоляция; страх перед изменением, переживаемым как изменчивость и неуверенность; страх перед необходимостью, переживаемый как окончательность и несвобода. А. И. Захаров (2000) считает, что условно все страхи можно разделить на две большие группы: природные и социальные. По мнению автора, «природные страхи основаны на инстинкте самосохранения, и помимо основополагающих страхов своей смерти и смерти родителей включают также страхи чудовищ, призраков, животных, темноты, движущегося транспорта, стихии, высоты, глубины, воды, замкнутого пространства, огня, пожара, крови, уколов, боли, врачей, неожиданных звуков и т.д.». Анализируя состояния страха, А. Кемпински (2000) выделяет четыре вида страха: биологический, социальный, моральный, дезинтеграционный. Данную классификацию он связывает с ситуациями, вызывающими установку страха. Ситуации, связанные с непосредственной угрозой жизни, вызывают биологический страх. Угроза, исходящая извне, ясно осознается субъектом, вызывая страх, и он тем сильнее, чем беспомощней чувствует себя человек в ситуации опасности. Страх появляется и в том случае, если угроза исходит изнутри, но «осознание угрозы неопределенное, туманное. Есть только страх, но причины его неизвестны».

В классификации, представленной С. Ю. Мамонтовым (2002), страхи подразделяются на следующие группы: экзистенциальные страхи (страх перед смертью и процессом умирания, страх свободы, страх одиночества и изоляции, бессмысленности жизни, страх нищеты); опасения по поводу собственной бездарности, неспособности (не соответствовать профессиональным требованиям, страх неудачи и поражения, боязнь выглядеть хуже других, быть обойденным другими и др.); фобии и связанные с ними приступы паники; социальные страхи. В классификации страхов Ю. В. Щербатых (2003) имеется 3 группы страхов – природные, социальные и внутренние, а страх смерти автор относит к природным страхам.

Классификация страхов Цыбульского В. Е. и Торлецкого С. А. (2003) включает следующие группы страхов: социальные страхи (страхи экзаменов, публичных выступлений, знакомств, власти, насилия и агрессии, секса, оценок, ответственности, провала и успеха, нелюбви окружающих, насмешек, ответственности); природные страхи (страх боли, уколов, зубных врачей; голода и холода; нехватки денег, безработицы; насекомых и животных; темноты; природных явлений; чужих; болезней; страх за детей, родителей, близких; пространственные страхи: высоты, глубины, открытых и закрытых пространств, скорости; транспортные страхи); мистические страхи (страх смерти; будущего; привидений, духов, порчи, сглаза, космических пришельцев; страх перед судьбой; неизвестности и случайности; страх перед Высшей Силой; Страшного Суда и загробной жизни).

Указывая на большее количество классификаций страхов, Акопян Л. С. (2009) предлагает собственную интегративную классификацию страхов, подразделив их на обусловленные, индуцированные, внутренне-генерированные.

Страх смерти во многих классификациях включен в группу природных или биологических страхов (Захаров А. И., 2000; Кемпински А., 2000; Щербатых Ю. В., 2003; Акопян Л. С., 2009), что позволяет сделать вывод о том, что страх смерти – базовый и нормальный страх, врожденно присущий человеку. Часть классификаций относит страх смерти к экзистенциальным страхам (Мамонтов С. Ю., 2002; Цыбульский В. Е., Торлецкий С. А., 2003). Есть и отдельно выделенный страх смерти – танатофобия (Карвасарский Б. Д., 1980).

Танатофобиями помимо психологии занимается активно развивающаяся в настоящее время наука – танатология. Многочисленные аспекты проблемы смерти человека представляют интерес для юристов, врачей клинических специальностей, патофизиологов, патологоанатомов, судебных медиков, философов, историков, и именно из-за широкого интереса обусловлено разделение танатологии на правовую, медицинскую, судебно-медицинскую, литературоведческую, религиозную и философскую («дискурс смерти») танатологию (Алексеева Е. В., 2018).

Страхи бывают разными, но существуют закономерности их возникновения и преодоления в зависимости от возраста человека. Мурзиной О. Р. (2012) проведено исследование страхов в зависимости от возраста людей. Автором было выявлено, что:

- У людей в возрасте 17 лет - 21 года доминируют страхи, связанные с семьей и близкими людьми, страхи, связанные с различными видами животных, а также страхи, связанные с мистикой, чем-либо паранормальным;
- У людей в возрасте 21 года - 35 лет доминируют страхи, связанные с семьей и близкими людьми, а также боязнь высоты;

- У людей 35-65 лет доминируют страхи, связанные с семьей и близкими людьми, а также страхи, связанные с собственной жизнью - боязнь смерти и физического насилия;
- У пожилых людей (65 лет и старше) доминируют страхи войны, страхи конца света и боязнь природных катаклизмов.

Василенко А. А., Плотникова Е. С. (2014) выявили следующие особенности: «для каждого возраста актуальны все виды страхов, некоторые выражены сильнее, некоторые слабее, но отмечается преодоление большинства страхов с возрастом, всех, кроме витальных, страх смерти не преодолевается, а только актуализируется».

Юревич А. В. (2018) пишет, что «страх смерти свойственен людям любого возраста и выполняет важные функции, оказывая влияние на стремление к сохранению собственной жизни и на уважение к жизни других». В то же время его испытывают далеко не все люди, в том числе и преклонного возраста. Например, некоторые из представителей этой возрастной категории, обследованные М. Э. Елютиной (2015), высказывались таким образом: «Я смерти не боюсь, потому что жизнь после смерти продолжается. Смерть меня не страшит. Тело умирает, а душа остается живой», «Нет, страха смерти я не испытываю ... Что ее бояться? Ничего страшного в ней нет». А один из проинтервьюированных социологом В. Н. Ивановым (2017) респондентов преклонного возраста сказал по поводу смерти: «Отношусь к ней с неким любопытством» Исследования, проведенные Елютиной М. Э. (2015) показывают, что негативные переживания, порождаемые осознанием приближающейся смерти, - «танатические тревоги» - касаются не столько прекращения своего существования, сколько угрозы тяжелой, мучительной смерти, своей беззащитности и создания проблем близким людям.



Доступность мыслей о смерти возможно измерять при помощи интерпретации неоднозначных событий, стимулов, изменения в скорости реакции на них (Hayes, 2010). Автором выделяются четыре основных направления исследований доступности мыслей о смерти: влияние прямого напоминания о смерти на доступность мыслей о смерти; влияние стимулов, ассоциативно связанных со смертью; факторы повышения / снижения тревоги смерти; индивидуальные различия в уровне доступности мыслей о смерти.

Таким образом, страх смерти может быть характерен как для зрелых и пожилых людей, так и для молодых людей и детей, но он приобретает все большую актуальность в зрелом возрасте, что позволяет связать механизм его появления с переосмыслением жизненного пути и взрослением, а при переходе к пожилому возрасту происходит постепенная актуализации темы смерти и начинается процесс принятия собственной смерти. Сам вопрос жизни и смерти остается актуальным для любого человека, а формирование концепций жизни и смерти индивидуально и полиэтиологично. Выявление общих факторов, влияющих на представления о жизни и смерти, представляет особый интерес для научных исследований.

### **1.3. Исследования отношения к смерти у людей пожилого и старческого возраста**

Исследование концепции смерти у людей пожилого и старческого возраста – малоизученная тема. Довольно много исследований в данной возрастной группе направлены на тему страха смерти. Исследование социально-психологического портрета пожилых людей, проведенное, Каменских В. Н. (2011), показало, что у пожилых людей отмечаются два основных страха: страх одиночества и страх смерти, на основе чего автором подчеркивалась важность внедрения систематической психологической помощи пожилым людям.

Рыбинской А. В. (2013) были проанализированы характеристики кризиса пожилого возраста: ригидность и косность взглядов, негативное отношение к себе и к действительности, субъективное чувство одиночества и ненужности обществу, на благо которого трудился всю жизнь. Усугубляют течение кризиса трудности с принятием собственной жизни и смерти (страх смерти): осталось не так уж и много, а того что хотел - так и не успел сделать - это основная причина кризиса.

Гурылева А. О. (2013) исследовала социально-психологические детерминанты конструктивного старения. По результатам исследования автором был выдвинут круг проблем, с которыми может столкнуться пожилой человек и с которыми ему самостоятельно справиться очень тяжело: страх смерти; предательства; сожаления об абортах; измены супругов и свои; страх, что их забудут после смерти; сожаление, что война не дала реализовать возможности; постоянная тревога за детей; вопрос религии и веры; сожаления о смерти родителей; сожаления о смерти детей и чувство вины за это; желание прожить жизнь по-другому; сожаление, что не родили детей; надежда на спасение души после смерти; страх одиночества, расставания; безобъектная тревога.

Горьковая И. А., Баканова А. А. (2014) пишут, что «большая часть психологических исследований свидетельствует, что преобладающим страхом периода поздней взрослости и предпенсионного периода является «страх смерти»».

Исследование, проведенное Nazarzadeh M., Sarokhani M., Sayehmiri K. (2015), показало, что страх перед смертью отрицательно связан с более высоким уровнем здоровья и наличием религиозных убеждений.

Плехановой Н. П. (2020) было выявлено, что «преобладание социальных страхов в средней взрослости, связанные с реализацией социальных возможностей, от которых зависит жизнедеятельность

человека, а к выходу на пенсию они сменяются актуальностью экзистенциальных страхов – боязнь смерти и переживания за будущего».

Таким образом, приведенные исследования страха смерти описывают пожилых пациентов как непременно имеющих страх смерти, который ухудшает их качество жизни.

Интерес представляет ряд исследований, описывающих отношение к смерти, не связанных со страхом смерти. В исследовании смертности и отношения к смерти у пожилых людей в Японии, проведенном Tanno K., Sakata K. и др. (2009) была выявлена связь между долгожительством и «икигай» (японское понятие, означающее ощущение собственного предназначения в жизни; икигай может представлять собой хобби, профессию или семью. Икигай - философия, помогающая находить удовлетворение, радость и осознанность во всех делах каждый день).

Шваревой Е. В. (2010) проведено исследование семантических характеристик образа смерти у людей разных поколений. Автором было выявлено, что пожилыми людьми на слова-стимулы «война» и «смерть», наблюдается лишь одно совпадение в лице ассоциации – горе. Рисунки образа смерти пожилыми имели исключительно атрибутивный характер, поскольку имели место только изображения людей, крови, гробов, крестов, могил, что косвенно может указывать на избегание темы смерти.

Было также установлено, что размышления о значимости и смысле собственной жизни повышают уровень доступности мыслей о смерти (Taubman-Ben-Ari O., 2011).

Исследования влияния неудачи на суицидальные и саморазрушительные мысли показали, что неудача повышает мотивацию убегания от себя, увеличивает доступность мыслей о смерти и суициде у людей с дисфорическими симптомами, высоким уровнем самосознания,

мотивом эскапизма, неадекватной самооценкой (Chatard A., Selimbegovic L., 2011, 2017)

Leo D. De, Draper B. M., Snowdon J., Kõlves K. (2013) провели анализ истории жизни пожилых людей, закончивших жизнь самоубийством в Австралии. В общей сложности было зарегистрировано 261 самоубийство (73 в возрасте 60 лет и старше). Самоубийства пожилых людей показали значительно меньшую распространенность психиатрических диагнозов (62%) по сравнению со случаями самоубийств среднего возраста (80%). Кроме того, одиночество было важным предиктором самоубийств у пожилых людей.

Newall N. E. G., Chipperfield, J. G., Bailis, D. S., Stewart, T. L. (2013) выявили, что одиночество является фактором риска смертности и снижения физической активности среди пожилых людей; однако коррекция эмоционального состояния в позитивную сторону может компенсировать негативные последствия одиночества. Будущие вмешательства могли бы быть нацелены на положительные эмоции и одиночество как способ в конечном итоге увеличить продолжительность жизни и благополучие пожилых людей.

Исследование отношения к смерти в зависимости от смысла жизни показало, что процесс поиска смысла жизни, сопровождается страхом смерти (Lyke J., 2013).

Дьяченко И. А. (2014) выявила, что «переживание одиночества в пожилом возрасте взаимосвязано с отношением к смерти, в частности с такими аспектами тревоги по поводу смерти как осознание течения времени и озабоченность болью и стрессом».

Сенкевич Л. В., Шагидаева А. Б. (2014) исследовали отношения к смерти у пожилых людей, живущих в разных условиях. По результатам исследования авторами было выявлено, что отношение к смерти в старости

не зависит от конкретных условий проживания: оно идентично у пожилых людей, проживающих в семьях и в геронтологических центрах в своем регионе. Кроме того, оптимистичное отношение к смерти отрицательно коррелирует с депрессивностью и чувством одиночества, если пожилой человек проживает в семье, и не связано с негативными эмоциональными состояниями в геронтологическом центре.

Было обнаружено, что помимо картины мира, особенностей самооценки и привязанности, значимым фактором, влияющим на отношение к смерти, являются навыки саморегуляции. Так, у респондентов с ориентацией на действия, негативный эффект напоминания о смерти был значительно ниже, чем у лиц, ориентированных на бездействие (Lüdecke С., Baumann N., 2015).

Guirdy E. T., Sukrowicz K. C. (2016) провели исследование отношения к смерти у пожилых людей, выявившее связь представлений о смерти с чувством одиночества, безнадежностью и обременительностью своего положения пожилыми людьми.

Lloyd A., Kendall M., Starr J.M. et al. (2016) исследовали отношение к смерти у тяжело больных пациентов. Авторы выявили, что благополучие пожилых людей ухудшалось, когда они теряли чувство собственного «Я», почувствовав себя отчужденными от мира. Также было выделено 3 типа таких изменений: 1) Поддержание психологического и экзистенциального благополучия с постепенным социальным спадом, отражающим физическое ухудшение. 2) постепенное снижение как психологического, так и экзистенциального благополучия. 3) заметное снижение социального, психологического и экзистенциального благополучия перед смертью.

Wittkowski J. (2016) исследовал копинг-стратегии и их связь с отношением к смерти, в результате чего был получен вывод о том, что

отношение к смерти связано с такими копинг-стратегиями, как дистанцирование и приспособление.

Lifshin U., Helm P.J., Greenberg J. и др. (2017) установил, что возможность идентификации с той или иной референтной группой помогает справиться с утратой, а возможность такой идентификации в пожилом возрасте крайне ограничена.

Slater M.D., Oliver M.B., Appel M. и др. (2017) предъявляли респондентам экзистенциально-ориентированные фильмы, после просмотра которых респонденты демонстрировали возрастание принятия смерти и способности к отсрочке в удовлетворении потребностей.

Ипполитовой Е. А. (2019) была исследована субъективная картина жизненного пути пожилых людей (60-70 лет), переживших смерть брачного партнера, по результатам анализа которой было показано, что «овдовевшие пожилые люди фокусируются на светлых моментах прошлого, утрачивая интерес к настоящему и будущему с насыщением субъективной картины жизненного пути негативно оцениваемыми событиями, связанными со страхом, отчаянием, ожиданием одиночества, болезни и смерти».

Исследование тревоги по поводу смерти среди пожилых людей, проведенное Sharma P., Astbana H. S., Gambbir I. S., Ranjan J. K. (2019) показало, что духовная вера и хорошее психическое состояние у пожилых людей связаны с низким уровнем тревоги по поводу смерти.

Особое внимание в настоящее время представляет отношение к смерти в связи с изменившейся эпидемиологической обстановкой в мире. Александрова М. Г. (2021) провела исследование представлений о смерти в данной ситуации у взрослых и пожилых, по результатам которого был сделан вывод о недостаточном влиянии фактора возраста на представления о смерти, так как усиление страха смерти зафиксировать не удалось, но

полученные различия в представлениях о смерти трактовались как свидетельства усиления защитных механизмов из-за пандемии.

Корнеева Е. Н., Богомолова Т. Б. (2021) изучали специфику переживания страха смерти мужчин и женщин разных возрастов в условиях пандемии. Авторами было выявлено, что «у женщин всех возрастов выше тревожность по поводу собственной смерти, причем женщины пожилого возраста сильнее обеспокоены осознанием быстрого течения времени и скоротечности жизни».

Таким образом, отношение к смерти, концепция смерти пожилых пациентов довольно обширно изучены с точки зрения страха смерти. Множеством авторов изучались различные аспекты, которые могли бы быть связаны с отношением к смерти: мировоззрение, смысл жизни, одиночество, межличностные контакты, личностные и эмоциональные особенности и др. Анализ отечественных и зарубежных исследований показывает, что целостного рассмотрения концепции смерти с включением всего многообразия психологических особенностей людей данного возрастного периода проведено не было, в связи с чем исследование многофакторного влияния психологических особенностей лиц пожилого возраста на отношение к смерти представляется перспективным как в теоретическом, так и в практическом плане.

## 2. ОБЪЕКТ, МЕТОДЫ И ПРОЦЕДУРА ИССЛЕДОВАНИЯ

**Гипотеза** исследования – пациенты-женщины гериатрического профиля, проживающие в пансионате, имеют более высокий страх смерти и более выраженное переживание одиночества, чем пациенты-женщины гериатрического профиля, проживающие дома.

**Цель** исследования – изучение отношения к смерти у пациентов-женщин гериатрического профиля.

Для реализации поставленной цели были выделены следующие **задачи**:

1. Сравнить социально-психологические составляющие старения у пациентов-женщин гериатрического профиля, проживающих в пансионате и проживающих дома.

2. Сравнить отношение к жизни и смерти у пациентов-женщин гериатрического профиля, проживающих в пансионате и проживающих дома.

3. Выявить взаимосвязи между отношением к жизни и смерти и рассматриваемыми социально-психологическими аспектами у пациентов-женщин гериатрического профиля.

4. Выявить мишени психокоррекционного воздействия у пациентов-женщин гериатрического профиля.

В качестве **объекта** в проведенном исследовании приняли участие пациенты, постоянно проживающие в пансионате «Наша забота», из них все респонденты – женского пола (n=35). Средний возраст пациентов составил 83 года  $\pm$  8 лет. В качестве группы сравнения были исследованы пациенты-женщины гериатрического профиля ГБУЗ Городской гериатрический медико-социальный центр, проживающие дома (n=35). Средний возраст группы сравнения составил 78 лет  $\pm$  5 лет. В зависимости от места



проживания респонденты были разделены на 2 группы: проживающие в пансионате («Пансионат», n=35) и проживающие дома («Дом», n=35).

**Предмет** исследования: социально-психологические особенности пациентов-женщин гериатрического профиля.

Пациенты проходили исследование в несколько этапов:

1. Формирование экспериментальных групп на основе имеющейся информации об их когнитивном функционировании. Когнитивное функционирование оценивалось клиническими психологами тех учреждений, в которых проводилось данное исследование методиками MMSE, МОСА. На основании результатов исследования отбирались пациенты в экспериментальные группы. В исследовании принимали участие только пациенты, не имеющие выраженных отклонений в когнитивной сфере.

2. Подготовка к проведению экспериментально психологического исследования. Первично проводилась беседа для подготовки пациентов к участию в исследовании, в связи с возможностью влияния актуализации темы «Смерти» на результатах диагностики пациентов. Во время беседы обсуждалось общее соматическое и психологическое состояние пациентов, их отношение к теме смерти и желание принять участие в исследовании. Исследование проводилось только с теми пациентами, кто был готов участвовать.

3. Проведение экспериментально-психологического исследования. С пациентами осуществлялось от 5 до 15 встреч с учетом возрастных особенностей физического и психического состояния пациентов. После обследования проводилась консультация для выяснения их психологического состояния после прохождения обследования в связи с его эмоциональной и личностной значимостью для респондентов. При необходимости проводилась коррекция эмоционального состояния после

проведения исследования. Учитывая специфику пациентов гериатрического профиля бланк для заполнения методик был переработан и представлен в удобном для данных пациентов варианте.

4. Обработка, описание и интерпретация полученных результатов с помощью методов математико-статистического анализа данных.

Критерии включения респондентов в экспериментальные группы: пожилой или старческий возраст (старше 60 лет), женский пол, сохранность когнитивного функционирования (на основании имеющихся результатов оценки респондентов методиками MMSE, МОСА клиническими психологами учреждений, где обследовались респонденты).

Критерии исключения респондентов: мужской пол, невозможность прохождения обследования, отказ от обследования, снижение когнитивного функционирования на основании имеющихся результатов оценки респондентов методиками MMSE, МОСА клиническими психологами учреждений, где обследовались респонденты).

При проведении исследования были использованы следующие **методы**:

1) **Клинико-психологический метод**, включающий беседу и анкетирование, состоящее из 2 анкет – анкета «Семантическое содержание понятий «Жизнь», «Смысл жизни», «Смерть»» (приложение №1), анкета «Общие сведения» (приложение №2).

2) **Экспериментально-психологический метод**, включающий в себя следующий набор методик:

1. **Профиль аттитюдов по отношению к смерти – переработанный** (Death Attitudes Profile – revisited; DAP-R, адаптация Т. А. Гавриловой, 2011)

Автор: P. Wong et al. (1994), адаптация Т. А. Гавриловой (2011).

Цель: исследование выраженности аттитюдов (типов) по отношению к смерти – «Страх смерти», «Избегание темы смерти», «Нейтральное принятие смерти», «Приближающее принятие смерти», «Избавляющее принятие смерти».

Обработка и интерпретация результатов: Ответы соотносятся с ключом и оцениваются от 0 до 7 баллов. Затем высчитываются итоговые баллы по шкалам по формулам, предложенным авторами. Максимальный балл по шкале – 7 баллов.

Шкала «Страх смерти» включает в себя пункты, которые оценивают негативные чувства человека при столкновении с темой собственной смерти. Высоким уровнем страха смерти для возрастной группы от 60 лет является показатель выше 3,6 балла, средний уровень – 0,9-3,5 балла, низкий – ниже 0,8.

В шкалу «Избегания темы смерти» включены пункты, оценивающие опыт человека по избеганию мыслей и разговоров на тему смерти в попытке ослабить тревогу по этому поводу. Высоким уровнем избегания темы смерти для возрастной группы от 60 лет является показатель выше 4,4 балла, средний уровень – 1,4-4,3 балла, низкий – ниже 1,3.

В шкалу «Нейтрального принятия» включены пункты, оценивающие убеждение в том, что смерть является частью жизни и не надо ни бояться, ни приветствовать ее; человек просто принимает это как «неизбежный факт жизни и старается наилучшим образом использовать конечную жизнь». Высоким уровнем нейтрального принятия смерти для возрастной группы от 60 лет является показатель выше 6,7 балла, средний уровень – 1-6,6 балла, низкий – ниже 0,9.

«Приближающее принятие» заключается в вере в счастливую «послежизнь», при которой смерть является просто переходом в другую

жизнь. Высокого уровня для возрастной группы от 60 лет не предусмотрено, средний уровень – 3,9-7 баллов, низкий – ниже 3,8.

«Избавляющее принятие» состоит в убеждении, что смерть предлагает освобождение от физической или психологической боли и страданий. Это вера в то, что «когда жизнь полна боли и отчаяния, смерть может быть желанной альтернативой». Высоким уровнем избавляющего принятия смерти для возрастной группы от 60 лет является показатель выше 6,5 балла, средний уровень – 4-6,4 балла, низкий – ниже 3,9.

## **2. Методика «Отношение к жизни, смерти и кризисной ситуации» (Баканова А. А., 2000)**

Автор: А. А. Баканова (2000)

Цель: исследования особенностей отношения испытуемого к жизни, смерти, выявление системы отношений личности к основным экзистенциальным данностям, себе и кризисным ситуациям.

Обработка и интерпретация результатов: методика содержит 14 шкал, каждая из которых представлена одним из пунктов опросника. Максимальное значение по шкалам – 7 баллов. Ответы респондентов по ключу распределяются от 1 до 7 баллов. Итоговые баллы по шкалам оцениваются следующим образом: 1-3 балла – слабая выраженность показателя, 4 балла – средняя, 5-7 баллов – высокая.

## **3. Шкала семейного окружения (Р.Х. Мус, адаптация С.Ю. Куприянова, 1985; И. Г. Малкина-Пых, 2005)**

Автор: Р. Х. Мус (1974), адаптация С. Ю. Куприянова (1985).

Цель: исследование семейных взаимоотношений у испытуемого.

Обработка и интерпретация результатов: за каждый ответ, совпадающий с ключом дается 1 балл. Полученные баллы суммируются по

ключу в 10 шкал, каждая из которых представлена девятью пунктами, имеющими отношение к характеристике семейного окружения. Максимальный балл по шкалам – 9 баллов. Результатам 0-2 является низким, 3 балла – пониженным, 4-6 – средним, 7 – повышенным, 8-9 – высоким. Шкалы:

1) Показатели отношений между членами семьи: «Сплоченность» – в какой степени члены семьи заботятся друг о друге, помогают друг другу; «Экспрессивность» – в какой степени в семье разрешается открыто действовать и выражать свои чувства; «Конфликт» – в какой степени открытое выражение гнева, агрессии и конфликтных взаимоотношений в целом характерно для семьи.

2) Показатели личностного роста: «Независимость» – в какой степени члены семьи поощряются к самоутверждению, независимости к самостоятельности в обдумывании проблем и принятии решений; «Ориентация на достижения» – в какой степени разным видам деятельности (учебе, работе и пр.) в семье придают характер достижения и соревнования; «Интеллектуально-культурная ориентация» – степень активности членов семьи в социальной, интеллектуальной, культурной и политической сферах деятельности; «Ориентация на активный отдых» – насколько семье свойственны активный отдых и спорт; «Морально-нравственные аспекты» – степень семейного уважения к этическим и нравственным ценностям и положениям.

3) Показатели управления системой семьи: «Организация» – насколько для семьи важны порядок и организованность (структурирование семейной деятельности, финансовое планирование, ясность и определенность семейных правил и обязанностей); «Контроль» – степень иерархичности семейной организации, ригидности семейных правил и процедур, контроля членами семьи друг друга.

#### **4. Дифференциальный опросник переживания одиночества (Осин Е. Н., Леонтьев Д. А., 2013)**

Авторы: Осин Е. Н., Леонтьев Д. А. (2013)

Цель: исследование отношения респондентов к одиночеству и выраженности их переживания одиночества.

Обработка и интерпретация результатов: происходит подсчет баллов согласно ключу, в котором ответы оцениваются от 1 до 4 баллов в прямых или обратных значениях. Затем по ключу высчитываются суммы баллов по 8 субшкалам. Сумма субшкал 1-3 («Изоляция», «Переживание одиночества», «Отчуждение») составляет шкалу «Общее одиночество». Сумма субшкал 4-6 («Дисфория одиночества», «Одиночество как проблема», «Потребность в компании») составляет шкалу «Зависимость от общения». Средние значения по субшкалам 1-6 – 10-15 баллов, минимальный балл – 5, максимальный – 20. Средние значения по шкалам «Общее одиночество» и «Зависимость от общения» – 30-45 баллов, минимальный балл – 15, максимальный – 60. Сумма субшкал 7-8 («Радость уединения», «Ресурс уединения») составляет шкалу «Позитивное одиночество». Средние значения по субшкале 7 («Радость уединения») – 8-12 баллов, минимальный балл – 4, максимальный – 16. Средние значения по субшкале 8 («Ресурс уединения») – 12-18 баллов, минимальный балл – 6, максимальный – 24. Средние значения по шкале «Позитивное одиночество» – 20-30 баллов, минимальный балл – 10, максимальный – 40.

#### **5. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS; адаптация: А. В. Андрющенко и др., 2003)**

Авторы: Zigmond A.S., Snaith R.P. (1983), адаптация А. В. Андрющенко и др. (2003)

Цель: исследование выраженности тревоги и депрессии

Обработка и интерпретация результатов: каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность). Высчитывается итоговый балл по шкалам «Тревога» и «Депрессия» согласно ключу. Интерпретация результатов по шкалам: 0-7 — норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии); 8-10 — субклинически выраженная тревога/депрессия, 11 и выше — клинически выраженная тревога/депрессия.

**6. Тест диспозиционного оптимизма (Т.О. Гордеева, О.А. Сычев, Е.Н. Осин, 2010)**

Авторы: Ч. Карвер, М. Шейер (1985), адаптация Т.О. Гордеева, О.А. Сычев, Е.Н. Осин (2010)

Цель: исследование отношения к жизни – оптимизма и пессимизма.

Обработка и интерпретация результатов: опросник состоит из 12 пунктов, 4 из которых являются прямыми и формируют шкалу «Оптимизма», 4 - обратными и формируют шкалу «Пессимизма», 4 - пустыми и не участвуют в формировании шкал. Ответы испытуемого соотносятся с ключом, где каждому ответу присвоено от 0 до 4 баллов. Затем баллы суммируются в подшкалы «Оптимизм» и «Пессимизм», на основании суммы которых подсчитывается итоговый балл по шкале «Диспозиционный оптимизм». Общий диспозиционный оптимизм имеет средние значения 18-30 баллов, результаты меньше 18 баллов оцениваются как выраженность пессимизма, более 30 баллов – как выраженный оптимизм. Максимальный балл – 48 баллов.

3) **Математико-статистический метод:**

1. Критерий Шапиро-Уилка для проверки полученного распределения данных на нормальность распределения;
2. Критерий Манна-Уитни для сравнения полученных в группах данных;
3. Критерий корреляции Спирмена для поиска связей между изучаемыми параметрами;
4. Факторный анализ.



### 3. ОПИСАНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

#### 3.1. Результаты исследования социально-психологических составляющих старения

В исследовании приняло участие 70 человек, которые были разделены на две группы в зависимости от места проживания: проживающие в пансионате («Пансионат», n=35) и проживающие дома («Дом», n=35).

Были исследованы основные социально-психологические аспекты жизни гериатрических пациентов-женщин при помощи анкеты «Общие сведения». Результаты клинико-психологического исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты клинико-психологического исследования

Показатель	«Пансионат» (n=35)	«Дом» (n=35)
Пол	Женский (100%)	Женский (100%)
Средний возраст	83 года ± 8 лет	78 лет ± 5 лет
Социальная ситуация	На пенсии (100%) в среднем около 30 лет	На пенсии (63%) в среднем около 11 лет Работают (37%)
Образование	1. Высшее образование (70%) 2. Среднее профессиональное образование (училище) (22%) 3. Среднее общее образование (10-11 классов) (8%)	1. Высшее образование (71%) 2. Среднее специальное образование (техникум) (23%) 3. Среднее профессиональное образование (училище) (6%)
Семейное положение	1. Вдова (65%) 2. Не замужем (20%) 3. Разведена (15%)	1. Замужем (49%) 2. Вдова (40%) 3. Разведена (11%)
Количество детей (среднее значение)	1	2

Количество внуков/правнуков (среднее значение)	2	2
Общее состояние здоровья	1. Плохое (43%) 2. Удовлетворительное (27%) 3. Скорее плохое, чем хорошее (17%) 4. Скорее хорошее, чем плохое (13%)	1. Удовлетворительное (32%) 2. Хорошее (26%) 3. Скорее хорошее, чем плохое (26%) 4. Плохое (10%) 5. Скорее плохое, чем хорошее (6%)
Актуальное состояние здоровья	В среднем – 2 жалобы на актуальное состояние здоровья 1) Боль в различных частях тела 2) Отсутствие сил; 3) Усталость; 4) Апатия; 5) Плохой сон.	
Хронические заболевания	В среднем – 2 хронических заболевания 1) Гипертоническая болезнь; 2) Сахарный диабет; 3) Остеохондроз.	
Болевой синдром	Выражен (83%) Не выражен (17%)	Выражен (57%) Не выражен (43%)
Хобби	Не имеют (60%) Имеют (40%): вязание, шитье, прогулки, уход за цветами	Имеют (95%): вязание, шитье, прогулки Не имеют (5%)
Эмоциональное состояние	1. Апатия (68%) 2. Тревога (18%) 3. Эмоциональный подъем (14%)	1. Эмоциональный подъем (74%) 2. Тревога (13%) 3. Апатия (13%)
Оценка будущего	1. Ухудшится (60%) 2. Улучшится (22%) 3. Не изменится (18%)	1. Не изменится (63%) 2. Улучшится (26%) 3. Ухудшится (11%)
Наличие друзей	Нет (58%) Есть (42%)	Есть (89%) Нет (11%)
Вероисповедание	Считают себя верующими (60%): Православие Не считают себя верующими (40%)	Считают себя верующими (94%): Православие Не считают себя верующими (6%)

Был проведен сравнительный анализ в группах по возрасту респондентов. По результатам сравнительного анализа группы *не имеют* статистически достоверных различий по возрасту.

Респонденты, проживающие в пансионате и проживающие дома, все являются женщинами. Пациенты были опрошены об их социальном статусе (таблица 1). В группе «Пансионат» 100% пациентов находятся на пенсии в среднем 30 лет. В группе «Дом» 63% пациентов находятся на пенсии в среднем 11 лет, а 37% продолжает работать.

Были собраны данные у исследуемых об уровне образования (таблица 1). В обеих группах респонденты преимущественно имеют высшее образование (70% «Пансионат» и 71% «Дом»). Среднее специальное образование (техникум) имеют 23% пациентов группы «Дом». Среднее профессиональное образование (училище) имеют 22% респондентов группы «Пансионат» и 6% группы «Дом». Среднее общее образование (10-11 классов) имеют 8% пациентов пансионата.

Было изучено семейное положение респондентов гериатрического профиля (таблица 1). В группе «Пансионат» большинство пациентов являются вдовами (65%), 20% - не замужем и никогда не были в браке, 15% - разведены. В группе «Дом» 49% пациентов замужем, 40% - являются вдовами, 11% - разведены.

Были собраны данные о количестве детей, внуков/правнуков у респондентов (таблица 1). В группе «Пансионат» в среднем имеется 1 ребенок, причем число детей в данной группе варьировалось от 0 (нет детей) до 3 детей. Пожилые пациенты пансионата в среднем имеют 2 внуков/правнуков. Количество внуков в группе «Пансионат» варьировалось от 0 (нет внуков) до 9 внуков и правнуков. В группе «Дом» в среднем имеется 2 детей, причем число детей варьировалось от 0 (нет детей) до 5 детей, среднее количество внуков/правнуков – 2 (варьировалось от 0 до 7).

Респондентов просили оценить состояние своего здоровья (таблица 1). Пожилые пациенты пансионата в данном исследовании оценили состояние своего здоровья преимущественно как плохое (43% респондентов). Удовлетворительная оценка здоровья наблюдалась у 27% респондентов. Скорее плохое, чем хорошее настроение выявлено у 17% респондентов, а у 13% - скорее хорошее, чем плохое. В группе «Дом» преимущественно наблюдается удовлетворительная оценка здоровья (32%). Оценку здоровья как «хорошее» дали 26%, скорее хорошее – также 26%. Оценили здоровье как «плохое» - 10% пациентов, как «скорее плохое» - 6%.

Респонденты были опрошены об их актуальном состоянии здоровья (таблица 1). В группе «Пансионат» количество жалоб на текущее состояние в среднем составило 2 и варьировалось от 0 (нет жалоб) до 6 жалоб. В группе «Дом» среднее количество жалоб также составило 2 и варьировалось от 0 (нет жалоб) до 5 жалоб. Жалобы в обеих группах имели схожий характер и касались таких проблем как: боль в различных частях тела, отсутствие сил, усталость, апатия, плохой сон.

Изучались хронические заболевания у пожилых пациентов (таблица 1). В группах выявлены схожие данные: в среднем имеется 2 хронических заболевания. Количество хронических заболеваний в группах варьировалось от 0 (нет, «Не помню») до 5 заболеваний. Среди наиболее часто встречающихся хронических заболеваний у пожилых людей – гипертоническая болезнь, сахарный диабет, остеохондроз.

Был изучен аспект наличия или отсутствия болевого синдрома у респондентов (таблица 1). Пациенты группы «Пансионат» преимущественно имеют болевой синдром (83%), только 17% указали на его отсутствие. Пациенты группы «Дом» также имеют болевой синдром (57%), на его отсутствие указало 43% пациентов.

У респондентов собирались данные о наличии или отсутствии хобби, увлечений (таблица 1). По результатам исследования было выявлено, что в группе «Пансионат» респонденты преимущественно не имеют хобби (60%). Часть пациентов пансионата имеет хобби (40%): вязание, шитье, прогулки, уход за цветами. В группе «Дом» большинство пациентов имеют хобби (95%), которое также заключается в вязании, шитье, прогулках.

Была проведена самооценка респондентами своего эмоционального состояния (таблица 1). Пациентами группы «Пансионат» была преимущественно выделена апатия (68%), на наличие тревоги указали 18% респондентов, а эмоциональный подъем наблюдался у 14% респондентов. У пациентов группы «Дом» преимущественно наблюдался эмоциональный подъем (74%), тревогу отметили 13% пациентов, апатию – также 13%.

Респондентам было предложено оценить свое состояние в будущем (таблица 1). Респондентами группы «Пансионат» будущее оценивается в негативном аспекте, так как 60% респондентов указали на ухудшение их состояния в будущем. Улучшение состояния отметили 22% респондентов, 18% респондентов думают, что их будущее не изменится. В группе «Дом» пациенты преимущественно не считают, что их состояние в будущем как-либо изменится (63%), но 26% пациентов указали на улучшение состояния, а 11% - на ухудшение.

Исследовалось также наличие друзей у людей пожилого возраста (таблица 1). По результатам исследования в группе «Пансионат» респонденты преимущественно не имеют друзей (58% не имеют, 42% имеют), а в группе «Дом» пациенты преимущественно имеют друзей (89% имеют, 11% не имеют).

Респонденты были опрошены о наличии или отсутствии вероисповедания (таблица 1). В группе «Пансионат» 60% пациентов считают себя верующими людьми и исповедуют православие, 40% - не

считают себя верующими. В группе «Дом» 94% пациентов отметило, что считают себя верующими и исповедуют православие, 6% - не считают себя верующими.

У респондентов было проведено исследование семейных взаимоотношений при помощи шкалы семейного окружения (Р.Х. Мус, адаптация С.Ю. Куприянова, 1985; И. Г. Малкина-Пых, 2005). Результаты исследования отношений между членами семьи представлены на рисунке 1.

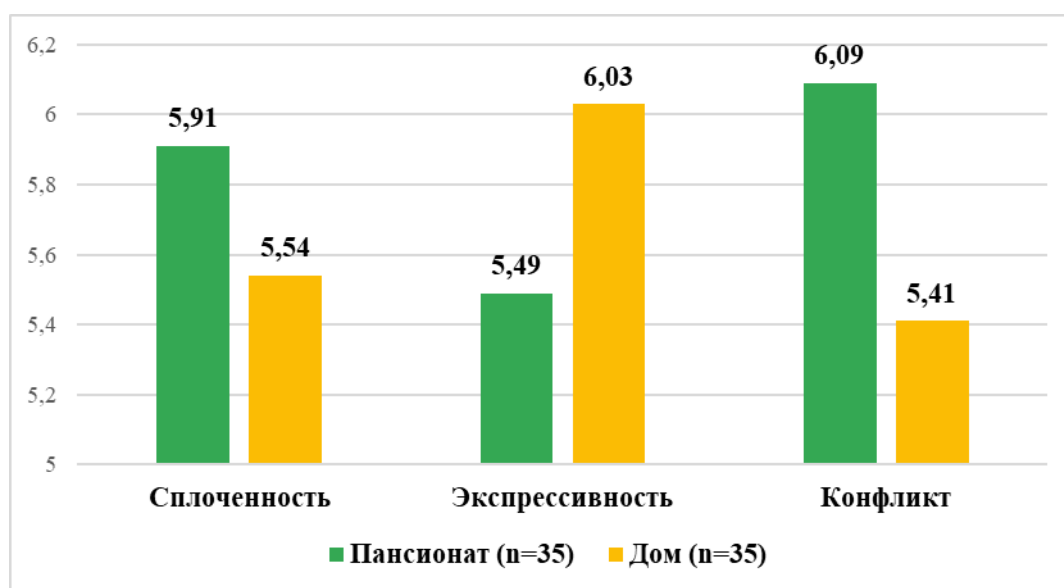


Рис. 1. Отношения между членами семьи в изучаемых группах (средние значения, в баллах)

По результатам оценки отношений между членами семьи в обеих группах был выявлен средний уровень сплоченности (5,91 балла в группе «Пансионат»; 5,54 в группе «Дом»), экспрессивности (5,49 балла; 6,03 балла), конфликта (6,09 балла; 5,46 балла). Статистически достоверных различий в отношениях между членами семьи в группах не выявлено.

Далее были изучены показатели личностного роста в семейных взаимоотношениях. Результаты представлены на рисунке 2.

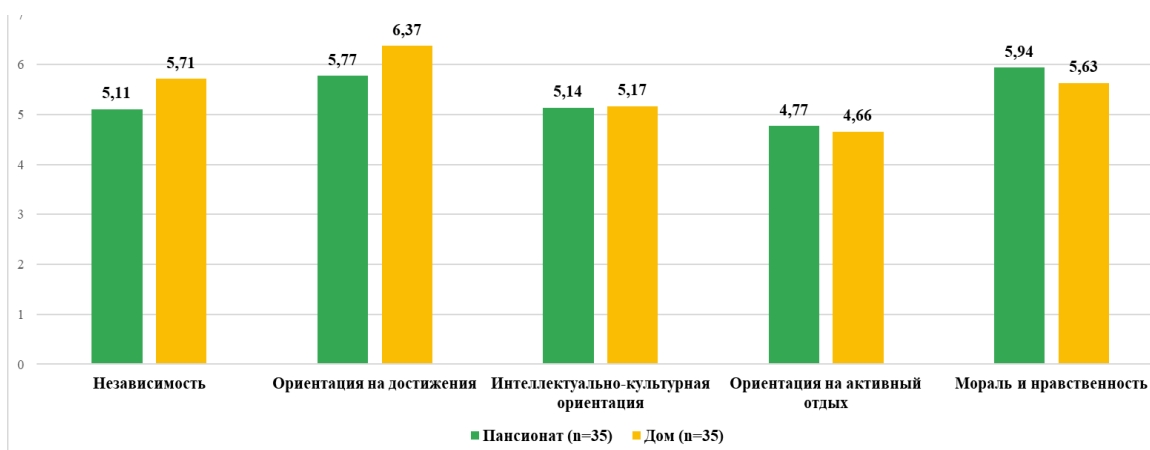


Рис. 2. Показатели личностного роста в семейных взаимоотношениях в изучаемых группах (средние значения, в баллах)

При анализе показателей личностного роста в семейных взаимоотношениях в обеих группах выявлен средний уровень независимости (5,11 балла в группе «Пансионат»; 5,71 балла в группе «Дом»), ориентации на достижения (5,77 балла; 6,37 балла), интеллектуально-культурной ориентации (5,14 балла; 5,17 балла), ориентации на активный отдых (4,77 балла; 4,66 балла), морали и нравственности в семье (5,94 балла; 5,63 балла). Статистически достоверных различий в группах по данным показателям не обнаружено.

Были изучены показатели управления системой семьи в изучаемых группах. Результаты представлены на рисунке 3.

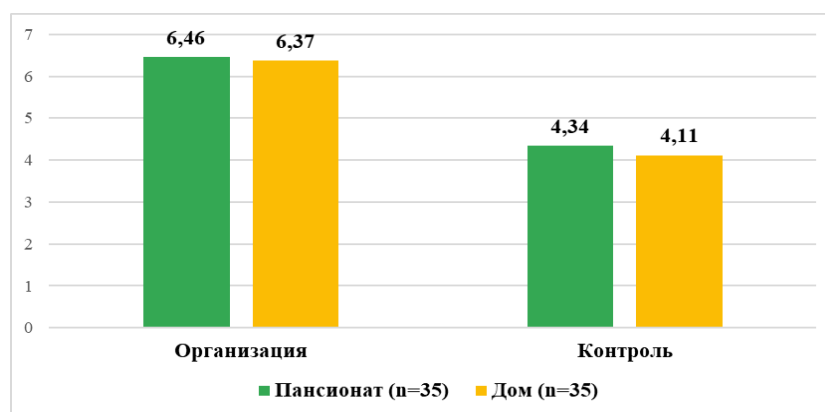


Рис. 3. Показатели управления системой семьи в изучаемых группах (средние значения, в баллах)

При анализе результатов управления системой семьи было выявлено, что респонденты обеих групп организованны на повышенном уровне (6,46 балла в группе «Пансионат»; 6,37 балла в группе «Дом»). Контроль семьи в обеих группах выражен на среднем уровне (4,34 балла в группе «Пансионат»; 4,11 балла в группе «Дом»). Статистически достоверных различий по данным показателям не выявлено.

Было проведено исследование субъективного переживания одиночества респондентами при помощи дифференциального опросника переживания одиночества (Осин Е. Н., Леонтьев Д. А., 2013). Результаты исследования представлены на рисунке 4.

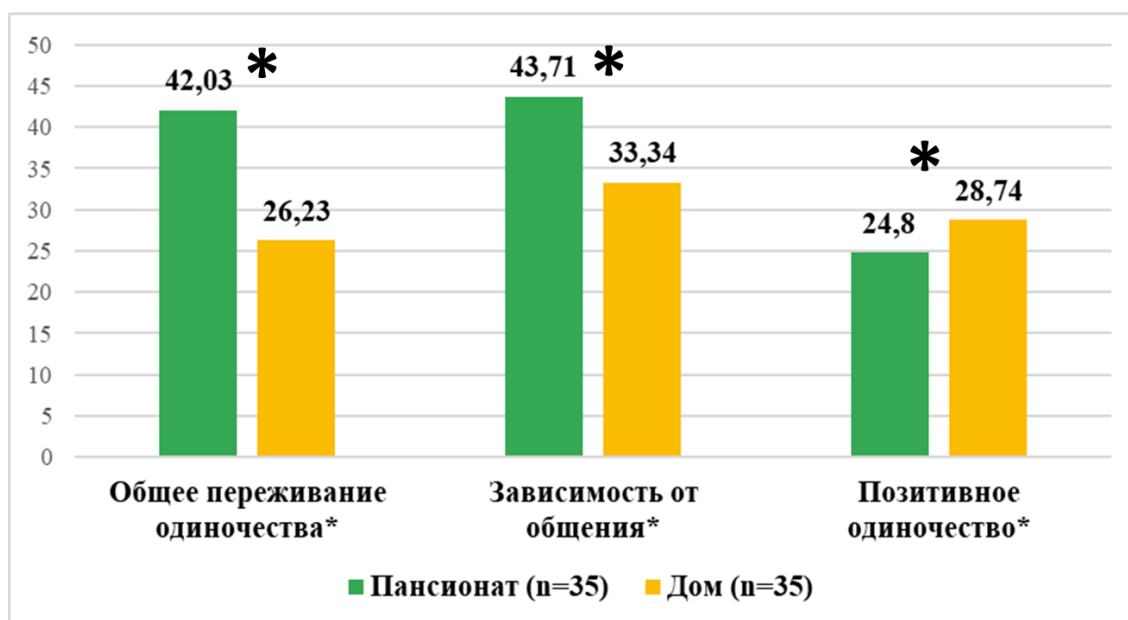


Рис. 4. Переживание одиночества в изучаемых группах (средние значения, в баллах) (\*- достоверность различий при  $p \leq 0,05$ )

Общее переживание одиночества в группе «Пансионат» составило 42,03 балла, что соответствует среднему уровню переживания одиночества, в группе «Дом» - 26,23 балла, что соответствует низкому уровню переживания одиночества. Зависимость от общения в группе «Пансионат» на среднем уровне (43,71 балла), в группе «Дом» - на среднем уровне (33,34 балла). Позитивное переживание одиночества у пациентов пансионата



выражено на среднем уровне (24,80 балла), в группе «Дом» - на среднем уровне (28,74 балла). Статистически достоверные различия были получены по всем трем показателям переживания одиночества. Пациенты пансионата имеют более выраженное общее переживание одиночества, большую зависимость от общения с другими людьми, чем пациенты, проживающие дома, а позитивное восприятие одиночества у пациентов пансионата менее выражено, чем у пациентов, проживающих дома.

Исследовалась выраженность тревоги и депрессии у респондентов при помощи Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS, адаптация: А. В. Андрющенко и др., 2003). Результаты изучения и сравнения уровня тревоги и депрессии в изучаемых группах представлены на рисунке 5.

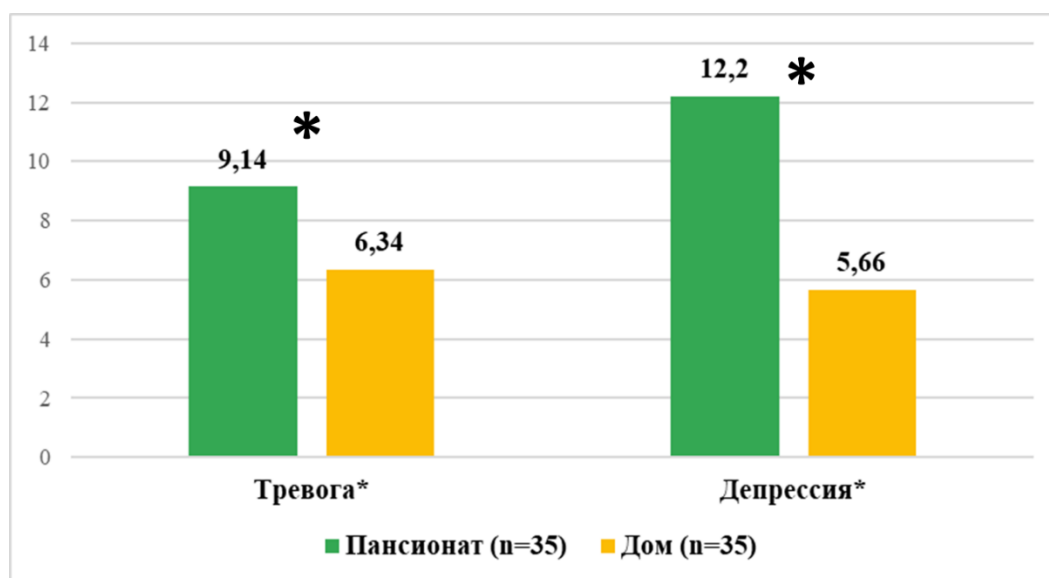


Рис. 5. Тревога и депрессия в изучаемых группах (средние значения, в баллах) (\*- достоверность различий при  $p \leq 0,05$ )

По результатам исследования у пациентов пансионата выявлена субклинически выраженная тревога (9,14), а пациенты, проживающие дома, не имеют тревогу (6,34 балла). Пациенты пансионата имеют клинически выраженную депрессию (12,2 балла), а пациенты, проживающие дома, не имеют депрессию (5,66 балла). Статистически достоверные различия по данным показателям были обнаружены в группах, то есть пациенты

пансионата отличаются от пациентов, проживающих дома, субклинически выраженной тревогой и клинически выраженной депрессией, которые отсутствуют у пациентов, проживающих дома.

Таким образом, при изучении социально-психологических составляющих старения была выявлено, что пациенты пансионата: имеют более старший возраст, являются преимущественно вдовами, оценивают свое состояние здоровья как плохое, считают, что их будущее ухудшится, не имеют хобби и друзей. Пациенты, проживающие дома отличаются меньшим возрастом, преимущественно замужем, здоровье оценивают удовлетворительно и считают, что их будущее не изменится, имеют хобби и друзей. Эмоциональное состояние пациентов пансионата – апатичное с субклинически выраженной тревогой и клинически выраженной депрессией. У пациентов, проживающих дома, отмечается эмоциональный подъем при отсутствии тревоги или депрессии. Семейные взаимоотношения у пациентов-женщин гериатрического профиля сплоченные с высоким уровнем организации внутри семьи. Место проживания по результатам данного исследования не показывает статистических различий в семейных взаимоотношениях.

### **3.2. Результаты исследования отношения к жизни и к смерти**

Было проведено исследование аттитюдов по отношению к смерти у респондентов изучаемых групп при помощи методики «Профиль аттитюдов по отношению к смерти – переработанный» (Death Attitudes Profile – revisited; DAP-R, адаптация Т. А. Гавриловой, 2011). Результаты изучения и сравнительного анализа аттитюдов по отношению к смерти в рассматриваемых группах представлены на рисунке 6.

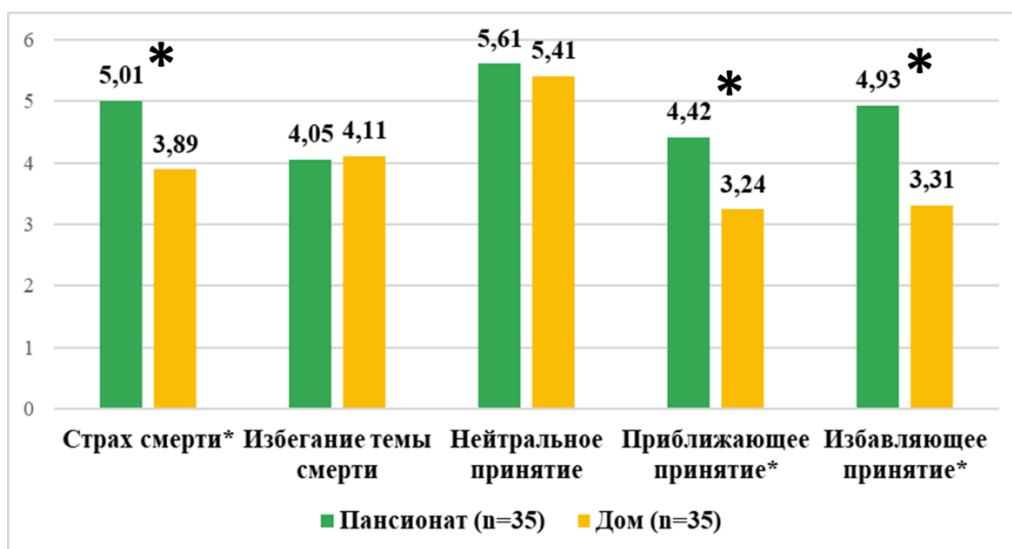


Рис. 6. Аттитюды по отношению к смерти в изучаемых группах (средние значения, в баллах) (\*- достоверность различий при  $p \leq 0,05$ )

Согласно результатам изучения аттитюдов по отношению к смерти у респондентов группы «Пансионат» были выявлены: страх смерти на высоком уровне выраженности (5,01 балла); избегание темы смерти на среднем уровне выраженности (4,05 балла); нейтральное принятие смерти на среднем уровне выраженности (5,61 балла); приближающее принятие смерти на среднем уровне выраженности (4,42 балла); избавляющее принятие смерти на среднем уровне выраженности (4,93 балла). В группе «Дом» были выявлены: страх смерти на высоком уровне выраженности (3,89 балла), избегание темы смерти на среднем уровне выраженности (4,11 балла), нейтральное принятие смерти на среднем уровне выраженности (5,41 балла), приближающее принятие смерти на низком уровне выраженности (3,24) балла, избавляющее принятие смерти на низком уровне выраженности (3,31 балла).

Статистически достоверные различия между изучаемыми группами были выявлены в отношении страха смерти, приближающего принятия смерти и избавляющего принятия смерти. Пациенты пансионата имеют более выраженный страх смерти, но имеют концепцию смерти и

воспринимают смерть как избавление от боли и страданий, что не характерно для пациентов, проживающих дома.

У респондентов изучалось отношение к жизни, смерти, кризисной ситуации при помощи методики «Отношение к жизни, смерти и кризисной ситуации» (Баканова А. А., 2000). Результаты исследования и сравнительного анализа отношения к жизни представлены на рисунке 7.

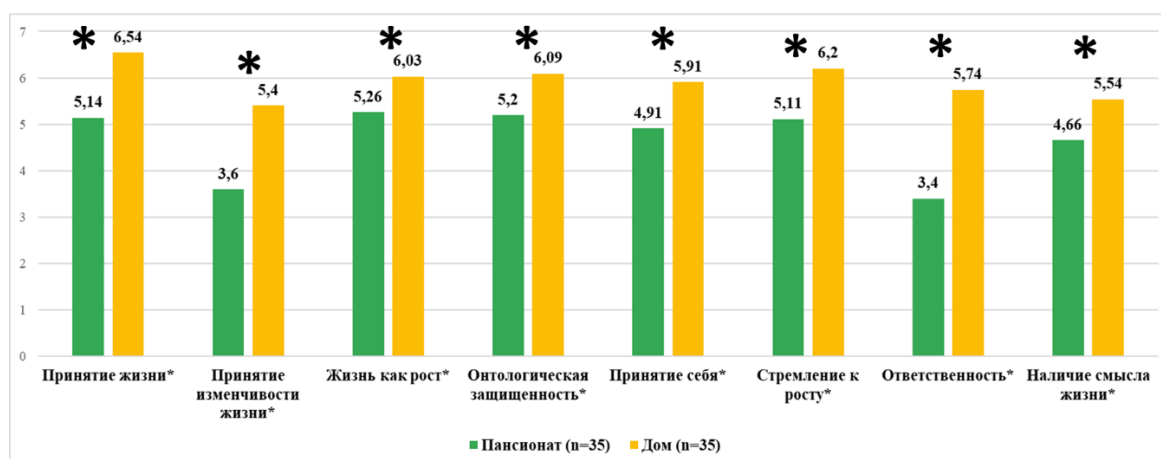


Рис. 7. Отношение к жизни в изучаемых группах (средние значения, в баллах) (\*-достоверность различий при  $p \leq 0,05$ )

По результатам сравнительного анализа показателей отношения к жизни группы статистически достоверно различаются по всем аспектам отношения к жизни. Респонденты, проживающие в пансионате, в отличие от респондентов, проживающих дома:

- В меньшей выраженности принимают жизнь (шкала «Принятие жизни» 5,14 балла в группе «Пансионат», 6,54 балла в группе «Дом»);
- Имеют затруднения в принятии изменчивости жизни (шкала «Принятие изменчивости жизни» 3,6 балла в группе «Пансионат», 5,4 балла в группе «Дом»);
- В меньшей выраженности воспринимают жизнь как возможность для роста (шкала «Жизнь как возможность для роста» 5,26 балла в группе «Пансионат», 6,54 в группе «Дом»);

- Чувствуют себя менее защищенными по отношению к миру (шкала «Онтологическая защищенность» 5,2 балла в группе «Пансионат», 6,09 балла в группе «Дом»);
- Имеют трудности в принятии себя (шкала «Принятие себя» 4,91 балла в группе «Пансионат», 5,91 в группе «Дом»);
- В меньшей выраженности стремятся к росту (шкала «Стремление к росту» 5,11 балла в группе «Пансионат», 6,2 балла в группе «Дом»);
- Не склонны принимать ответственность за свою жизнь (шкала «Ответственность» 3,4 балла в группе «Пансионат», 5,74 балла в группе «Дом»);
- В меньшей выраженности наделяют жизнь смыслом (шкала «Наличие смысла жизни» 4,66 балла в группе «Пансионат», 5,54 балла в группе «Дом»).

Далее было изучено отношение к смерти в изучаемых группах. Результаты представлены на рисунке 8.

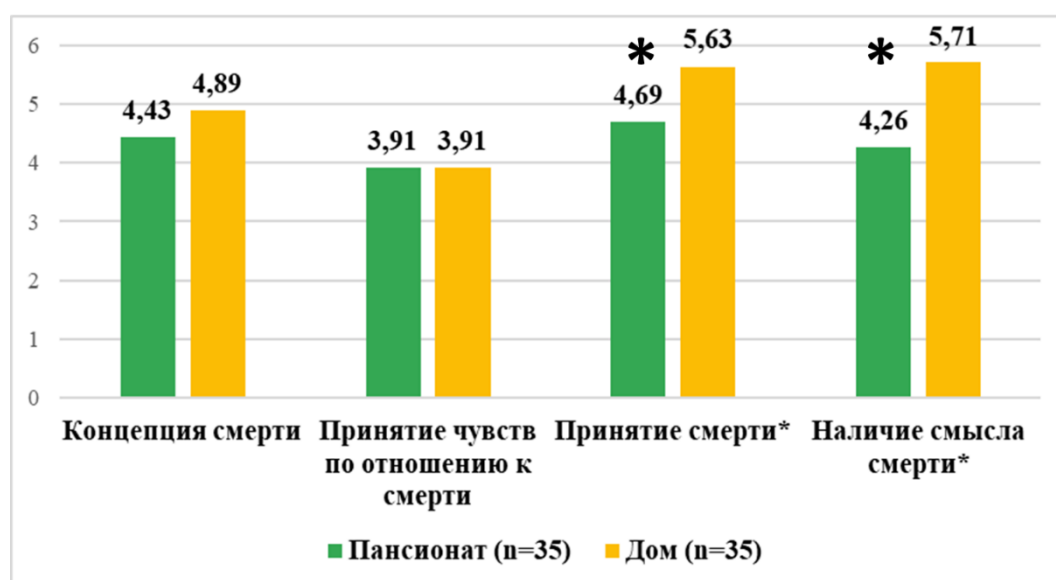


Рис. 8. Отношение к смерти в изучаемых группах (средние значения, в баллах) (\*-достоверность различий при  $p \leq 0,05$ )

Респонденты обеих групп имеют концепцию смерти как перехода в другой мир (4,43 балла в группе «Пансионат»; 4,89 балла в группе «Дом»). Трудности в принятии чувств по отношению к смерти в одинаковой выраженности характерны для обеих изучаемых групп (3,91 балла в обеих группах).

Статистически достоверные различия в группах получены по шкалам «Принятие смерти» и «Наличие смысла смерти». Пациенты пансионата в меньшей степени выраженности принимают смерть (4,69 балла), чем пациенты, проживающие дома (5,63 балла). Под принятием смерти здесь понимается её естественность в жизни. Считают, что в смерти есть смысл, пациенты, проживающие дома (5,71 балла), а пациенты пансионата преимущественно не видят в ней смысла (4,26 балла).

Было изучено отношение к кризисной ситуации в изучаемых группах. Результаты представлены на рисунке 9.

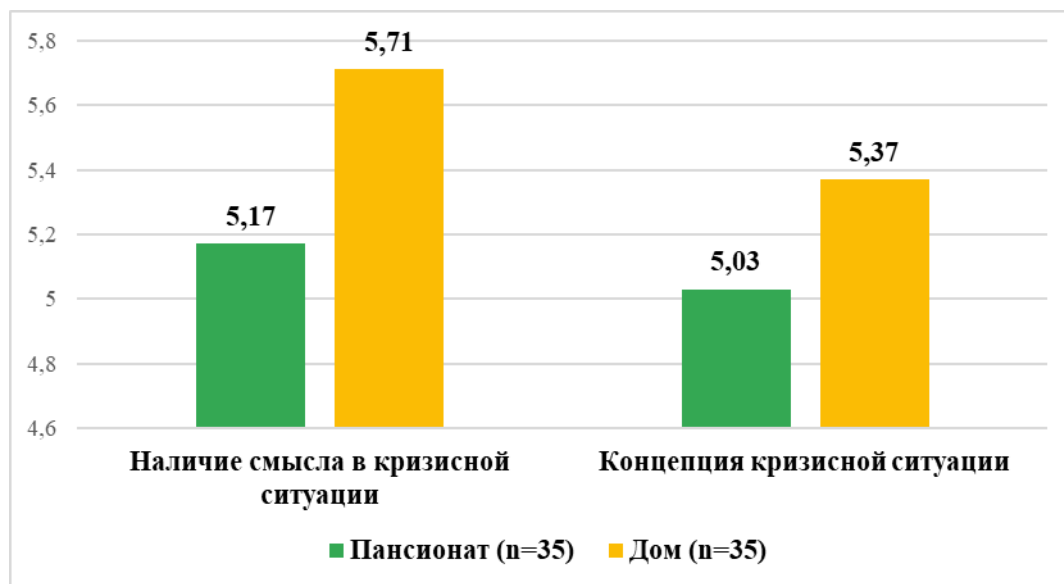


Рис. 9. Отношение к кризисной ситуации в изучаемых группах (средние значения, в баллах)

У респондентов обеих групп было выявлено наличие смысла в кризисной ситуации (5,17 балла в группе «Пансионат», 5,71 балла в группе

«Дом»). Понимание кризисной ситуации как возможности для роста характерно также для респондентов обеих групп (5,03 в группе «Пансионат»; 5,37 балла в группе «Дом»). Статистически достоверных различий в группах по данным показателям не обнаружено.

Была изучена направленность отношения к жизни в изучаемых группах – оптимистичное отношение к жизни или пессимистичное, при помощи теста диспозиционного оптимизма (Т.О. Гордеева, О.А. Сычев, Е.Н. Осин, 2010). Результаты изучения и сравнительного анализа направленности отношения к жизни представлены на рисунке 10.

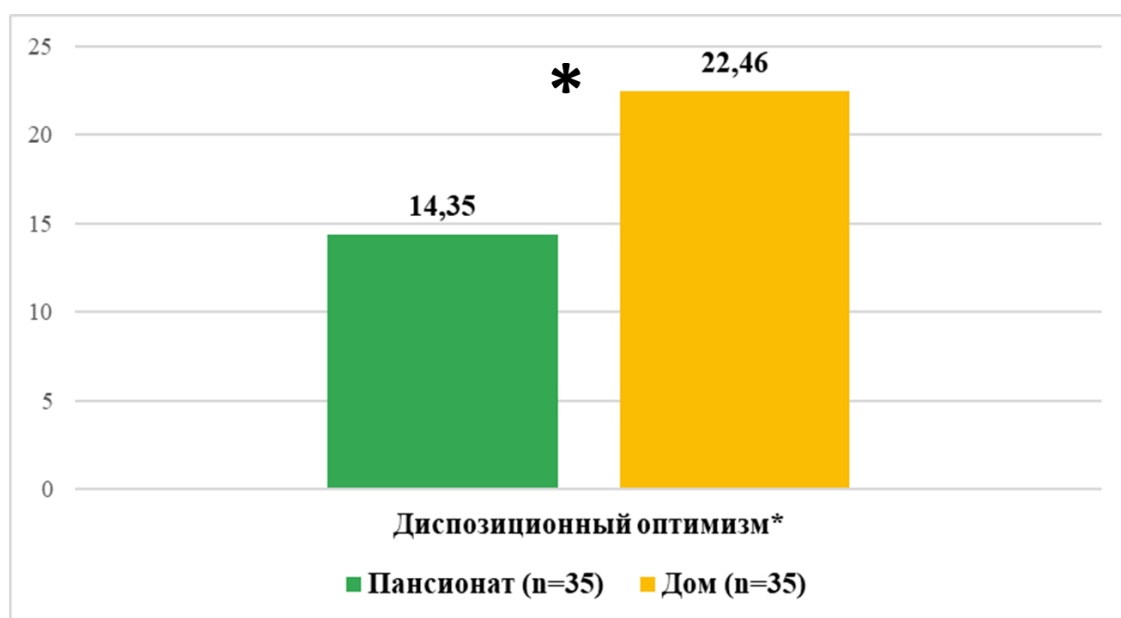


Рис. 10. Направленность отношения к жизни (диспозиционный оптимизм) в изучаемых группах (средние значения, в баллах) (\*- достоверность различий при  $p \leq 0,05$ )

По результатам изучения диспозиционного оптимизма в группе «Пансионат» было выявлено пессимистичное отношение к жизни (14,35 балла). В группе «Дом» не выявляется явной пессимистичной или оптимистичной направленности отношения к жизни (22,46 балла). Полученное в группе «Дом» значение можно условно назвать

«реалистичным» отношением к жизни. Группы статистически достоверно различаются по диспозиционному оптимизму.

Было проведено исследование семантического содержания понятия «Смысл жизни», «Жизнь», «Смерть». Респондентам предлагалось дать ассоциацию на предложенные понятия и ответить на представленные вопросы. На основании ответов респондентов был проведен качественный анализ, результаты которого представлены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты исследования семантического содержания понятий «Смысл жизни», «Жизнь», «Смерть»

Показатель	«Пансионат» (n=35)	«Дом» (n=35)
Ассоциации на понятие «Смысл жизни»	1. Семья (40%) 2. Философский аспект (28%) 3. Жизнь (18%) 4. Религиозный аспект (5%) 5. Отсутствие смысла жизни (5%) 6. Здоровье (2%) 7. Работа (2%)	1. Философский аспект (38%) 2. Жизнь (23%) 3. Семья (15%) 4. Отсутствие смысла жизни (13%) 5. Работа (8%) 6. Религиозный аспект (3%).
Ассоциации на понятие «Жизнь»	1. Философский аспект (40%) 2. Семья (26%) 3. Положительно окрашенное качество жизни (12%) 4. Отрицательно окрашенное качество жизни (10%) 5. Метафоры (8%) 6. Религиозный аспект (2%) 7. Работа (2%)	1. Философский аспект (47%) 2. Положительно окрашенное качество жизни (36%) 3. Отрицательно окрашенное качество жизни (11%) 4. Семья (6%)
Сожаления о прожитой жизни	Нет (52%) Есть (48%)	Есть (67%) Нет (33%)



Мечты и планы	Есть планы на будущее (80%) Нет (20%)	Есть планы на будущее (100%)
Ассоциация на понятие «Смерть»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Эмоционально-отрицательные ассоциации (35%)</li> <li>2. Конец жизни (33%)</li> <li>3. Эмоционально-положительная ассоциация (13%)</li> <li>4. Философский аспект (11%)</li> <li>5. Отказ от ответа (5%)</li> <li>6. «Могила» (3%)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Конец жизни (43%)</li> <li>2. Эмоционально-отрицательная ассоциация (20%)</li> <li>3. Философский аспект (20%)</li> <li>4. Эмоционально-положительная ассоциация (11%)</li> <li>5. Отказ от ответа (4%)</li> <li>6. «Могила» (2%)</li> </ol>
Чувства, вызываемые упоминание смерти	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Отрицательные (47%)</li> <li>2. Нейтральные (40%)</li> <li>3. Положительные (13%)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нейтральные (50%)</li> <li>2. Отрицательные (42%)</li> <li>3. Положительные (8%)</li> </ol>
Смысл смерти	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Естественный порядок вещей (49%)</li> <li>2. Нет смысла (28%)</li> <li>3. Религиозный смысл (23%)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Религиозный смысл (40%)</li> <li>2. Естественный порядок вещей (37%)</li> <li>3. Нет смысла (23%)</li> </ol>

Было проведено исследование семантического содержания понятия «Смысл жизни» (таблица 2). Пациенты пансионата на понятие «Смысл жизни» преимущественно давали ассоциации, связанные с семьей (40%). В данную категорию вошли ответы: «семья», «дети», «дочь», «сын». Часть ответов респондентов касалась философского аспекта, рассмотрения понятия «Смысл жизни» (28%). В данную категорию вошли ответы: «философский вопрос», «счастье», «чтобы все было хорошо», «перспективы», «существование». 18% респондентов ассоциировали смысл жизни с самой жизнью, эти ответы вошли в категорию «жизнь». Религиозный аспект был затронут в 5% ответов («жить благочестиво», «Бог», «молитва»). Указали на отсутствие смысла жизни 5% пациентов

пансионата («его нет»). Здоровье и работа ассоциировались со смыслом жизни у 2% респондентов.

Респонденты группы «Дом» преимущественно давали ассоциации на понятие «Смысл жизни» в философском аспекте (38%). В категорию «философский аспект» вошли ответы: «дилемма», «цель», «удовольствие», «поиск», «процесс», «путь». Ассоциировали смысл жизни с самой жизнью 23% респондентов. Ответы категории «семья» дали 15% респондентов («семья», «дети»). На отсутствие смысла жизни указали 13% респондентов (ответы – «его нет», «смысла жизни нет»). С работой смысл жизни ассоциировали 8% респондентов. Религиозного аспекта коснулись 3% респондентов (ответ: «быть достойным христианином»).

Было проведено исследование семантического содержания понятия «Жизнь» (таблица 2). Пациенты пансионата на понятие «Жизнь» давали большее число ассоциаций, касающихся философского аспекта жизни (40%). В данную категорию вошли ответы: «испытание», «путь», «чудо», «развитие», «приключение», «возможность», «движение», «миг», «череда событий», «шанс». Ассоциации, связанные с семьей, были даны 26% респондентов (ответы: «семья», «дети», «сын», «дочь»). Ассоциации, характеризующие положительно окрашенное качество жизни были даны 12% респондентов (ответы: «яркая», «прекрасная», «красивая», «счастье»). Отрицательно-окрашенные ассоциации качества жизни на понятие «Жизнь» были даны 10% респондентов (ответы: «одиночество», «боль», «борьба за существование»). В данной группе 8% респондентов дали ассоциации-метафоры на понятие «Жизнь» (ответы: «Жизнь прожить – не поле перейти», «жизнь - чистый лист, от тебя зависит какой рисунок получится в итоге»). Религиозного аспекта жизни касались 2% ассоциаций («Дар Божий»). Ассоциацию работа на понятие «Жизнь» дали 2% респондентов.

В группе «Дом» респонденты в большинстве случаев ассоциировали понятие «Жизнь» с философским аспектом его рассмотрения (47%). В данную категорию вошли ответы: «процесс», «дыхание», «действие», «развитие», «движение», «цветение», «чередa событий», «шанс», «ценность». Респонденты данной группы в 36% случаев ассоциировали понятие «Жизнь» с положительно окрашенным качеством жизни (ответы: «хороша», «счастье», «радость», «тепло», «любовь», «красота»). Отрицательно окрашенное качество жизни ассоциировалось с понятием жизнь у 11% респондентов (ответы: «бред», «смерть», «борьба», «трагедия», «печаль»). Ассоциация жизни с семьей была выявлена у 6% респондентов группы «Дом».

У респондентов собирались данные о наличии или отсутствии сожалений о прожитой жизни (таблица 2). В группе пациентов пансионата преимущественно не имеется сожалений о прожитой жизни (52% не имеют сожалений, 48% имеют сожаления о прожитой жизни). При этом 70% респондентов отметили также, что все их мечты, желания и цели сбылись, а 83% пациентов указали, что не имеют планов на будущее. Только 33% респондентов указали, что изменили бы прошлое, если бы имели такую возможность.

В группе пациентов, проживающих дома, наличие сожалений о прожитой жизни отметили 67% пациентов. Указали на то, что все их мечты и планы сбылись 60% пациентов. Наличие планов на будущее отметили 95% пациентов. Исправили бы прошлое 54% пациентов.

Респонденты были опрошены о наличии планов на будущее (таблица 2). Пациенты, проживающие в пансионате, преимущественно имеют планы на будущее (80%), как и пациенты, проживающие дома (100%). Не имеют планов на будущее 20% пациентов пансионата.

Было проведено исследование семантического содержания понятия «Смерть» (таблица 2). В группе «Пансионат» на понятие «Смерть» больший процент ассоциаций имел эмоционально-отрицательную окраску (35%). В данную категорию вошли ответы: «боль», «страх», «ужас», «печаль», «растерянность», «утрата», «тяжесть». Понятие «Смерть» 33% респондентов ассоциировала с концом жизни (ответы: «конец жизни», «естественный порядок вещей», «завершение жизни»). Эмоционально-положительные ассоциации встречались в 13% ответов респондентов (ответы: «покой», «избавление»). Философский аспект был затронут в 11% ассоциаций пожилых респондентов (ответы: «неизвестность», «темнота»). Не смогли дать ассоциацию 5% респондентов (отказ от ответа). Ассоциация «могила» была дана 3% респондентов.

На понятие «Смерть» респонденты группы «Дом» преимущественно давали ассоциацию «Конец жизни» (43%). Помимо ответа «Конец жизни», в данную категорию вошли ответы «естественно», «часть жизни», «итог жизни». Эмоционально-отрицательные ассоциации на понятие «Смерть» дали 20% респондентов (ответы: «печаль», «грусть», «горе», «боль», «страх»). Ассоциации на понятие «Смерть» у 20% респондентов касались философского аспекта (ответа: «пустота», «неизвестность», «темнота»). Эмоционально-положительно окрашенные ассоциации дали 11% респондентов (ответы: «покой», «умиротворение», «облегчение»). Не смогли дать ассоциацию на понятие «Смерть» 4% респондентов (отказ от ответа). Ассоциацию «могила» дали 2% респондентов.

Было изучено, какие чувства вызывает упоминание смерти у респондентов (таблица 2). По результатам исследования чувств, вызываемых упоминанием смерти, в группе «Пансионат» было выявлено, что респонденты преимущественно испытывают отрицательные эмоции (страх, ужас, паника) при упоминании смерти (47%). В данную группу также попали ответы: «не хочу говорить», отказ от ответа (молчание,

игнорирование вопроса). Нейтральные эмоции испытывали 40% исследуемых (спокойствие, равнодушие), положительные эмоции – 13% пожилых людей (надежда, облегчение).

По результатам исследования чувств, возникающих при упоминании смерти, в группе «Дом» было обнаружено, что большинство респондентов при упоминании смерти испытывают нейтральные эмоции (50%; спокойствие, «все равно», равнодушие). Отрицательные эмоции (страх, паника, ужас, боль, печаль) испытывают 42% исследуемых, 8% - положительные эмоции (надежда).

Было изучено наличие или отсутствие смысла смерти и его смысл (таблица 2). В результате изучения смысла смерти в группе «Пансионат» установлено, что большинство респондентов считают, что в смерти есть смысл и дают ему нерелигиозный характер (49%; конец, естественное завершение жизни). 28% исследуемых считают, что в смерти смысла нет. На религиозный смысл смерти в данной группе указывают только 23% респондентов.

В группе «Дом» респонденты преимущественно выделяют религиозный смысл смерти (40%). На нерелигиозный смысл смерти указало 37% респондентов и только 23% пациентов отметило, что смысла смерти нет.

Таким образом, в отношении к жизни пациенты, проживающие в пансионате, в отличии от пациентов, проживающих дома в меньшей степени выраженности принимают жизнь и её изменчивость, не склонны принимать ответственность за свою жизнь, в большей степени выраженности не наделяют жизнь смыслом. Направленность отношения к жизни у пациентов пансионата – пессимистичная, у пациентов, проживающих дома нет тенденции рассматривать жизнь оптимистично или пессимистично. Смысл жизни у пациентов, проживающих в пансионате,

ассоциируется преимущественно с семьей, а у пациентов, проживающих дома, с философским аспектом осмысления данного понятия. Жизнь в обеих группах пациентов преимущественно ассоциируется с философским аспектом осмысления данного понятия.

В отношении к смерти у пациентов пансионата был выявлен высокий страх смерти при восприятии смерти как избавления от боли и страданий, а у пациентов, проживающих дома – средний, при несформированной концепции смерти (низкий уровень приближающего принятия смерти). Кроме того, у пациенток-женщин обеих групп есть трудности в принятии чувств по отношению к смерти. В большей степени выраженности принимают смерть пациенты, проживающие дома, а пациенты пансионата преимущественно не видят в смерти смысла. Смерть у пациентов пансионата ассоциируется с отрицательными эмоциями и имеет смысл естественности завершения жизни, а у пациентов, проживающих дома, с естественным концом жизни, причем они преимущественно выделяют религиозный смысл смерти.

### **3.3. Результаты корреляционного анализа отношения к жизни и к смерти с рассматриваемыми социально-психологическими аспектами**

Был проведен корреляционный анализ изученных аспектов у пациенток-женщин гериатрического профиля по критерию корреляции Спирмена. Результаты корреляционного анализа страха смерти и избегания темы смерти с рассматриваемыми социально-психологическими аспектами у всех пациенток-женщин гериатрического профиля представлены на рисунке 11.

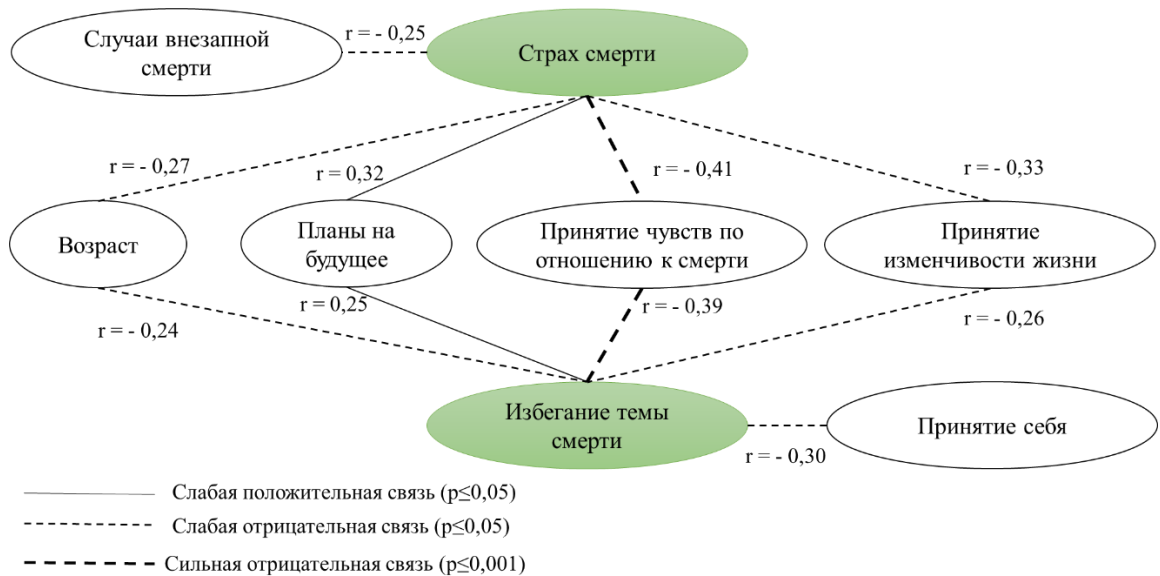


Рис. 11. Взаимосвязь страха смерти и избегания темы смерти с рассматриваемыми характеристиками у всех пациенток-женщин

У пациенток-женщин гериатрического профиля по результатам корреляционного анализа страха смерти и избегания темы смерти была выявлена статистически достоверная слабая отрицательная (обратная) взаимосвязь данных показателей с возрастом респондентов, принятием изменчивости жизни, то есть чем младше респонденты, чем меньше они принимают изменчивость жизни, тем больше у них страх смерти и избегание данной темы.

Была выявлена статистически достоверная сильная отрицательная взаимосвязь страха смерти и избегания темы смерти с принятием чувств по отношению к смерти, то есть чем труднее респондентам принимать свои чувства по отношению к смерти, тем более выражен страх смерти и избегание данной темы.

Была выявлена положительная (прямая) слабая взаимосвязь страха смерти и избегания темы смерти с наличием планов на будущее, то есть респонденты, которые имеют планы на будущее имеют больший страх смерти и более выраженное избегание данной темы.

Была выявлена слабая отрицательная взаимосвязь страха смерти с наличием в жизни пациентов-женщин гериатрического профиля случаев внезапной смерти близких, то есть у тех пациентов, у которых были обнаружены случаи внезапной смерти близких, выше страх смерти. Была выявлена слабая отрицательная взаимосвязь избегания темы смерти с принятием себя, то есть больше избегают тему смерти те исследуемые, которые не принимают себя.

Был проведен корреляционный анализ страха смерти и избегания темы смерти с рассматриваемыми характеристиками в группе пациентов-женщин гериатрического профиля, проживающих в пансионате, результаты которого представлены на рисунке 12.

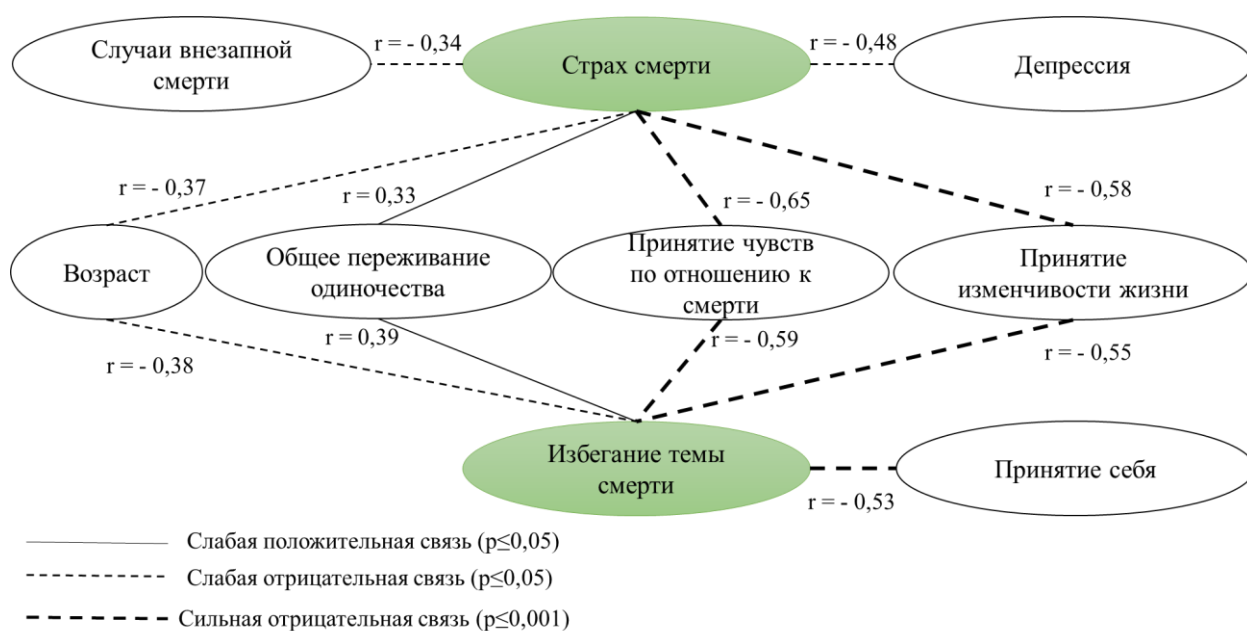


Рис. 12. Взаимосвязь страха смерти и избегания темы смерти с рассматриваемыми характеристиками у пациентов-женщин, проживающих в пансионате

У пациентов-женщин гериатрического профиля, проживающих в пансионате, по результатам корреляционного анализа страха смерти и избегания темы смерти была выявлена статистически достоверная слабая отрицательная (обратная) взаимосвязь данных показателей с возрастом



респондентов, то есть чем младше респонденты, тем больше у них страх смерти и избегание данной темы.

Была выявлена статистически достоверная сильная отрицательная взаимосвязь страха смерти и избегания темы смерти с принятием чувств по отношению к смерти и с принятием изменчивости жизни, то есть чем труднее респондентам принимать свои чувства по отношению к смерти и чем труднее принимать жизнь, тем более у них выражен страх смерти и избегание данной темы.

Была выявлена положительная (прямая) слабая взаимосвязь страха смерти и избегания темы смерти с общим переживанием одиночества, то есть респонденты, которые чувствуют себя одинокими имеют больший страх смерти и более выраженное избегание данной темы.

Была выявлена слабая отрицательная взаимосвязь страха смерти с наличием в жизни пациентов-женщин случаев внезапной смерти близких и с депрессией, то есть у тех пациентов, у которых были обнаружены случаи внезапной смерти близких, выше страх смерти, а также он выше у тех пациентов, у кого нет депрессии.

Была выявлена сильная отрицательная взаимосвязь избегания темы смерти с принятием себя, то есть больше избегают тему смерти те исследуемые, которые не принимают себя.

Был проведен корреляционный анализ страха смерти и избегания темы смерти с рассматриваемыми характеристиками в группе пациентов-женщин гериатрического профиля, проживающих дома, результаты которого представлены на рисунке 13.

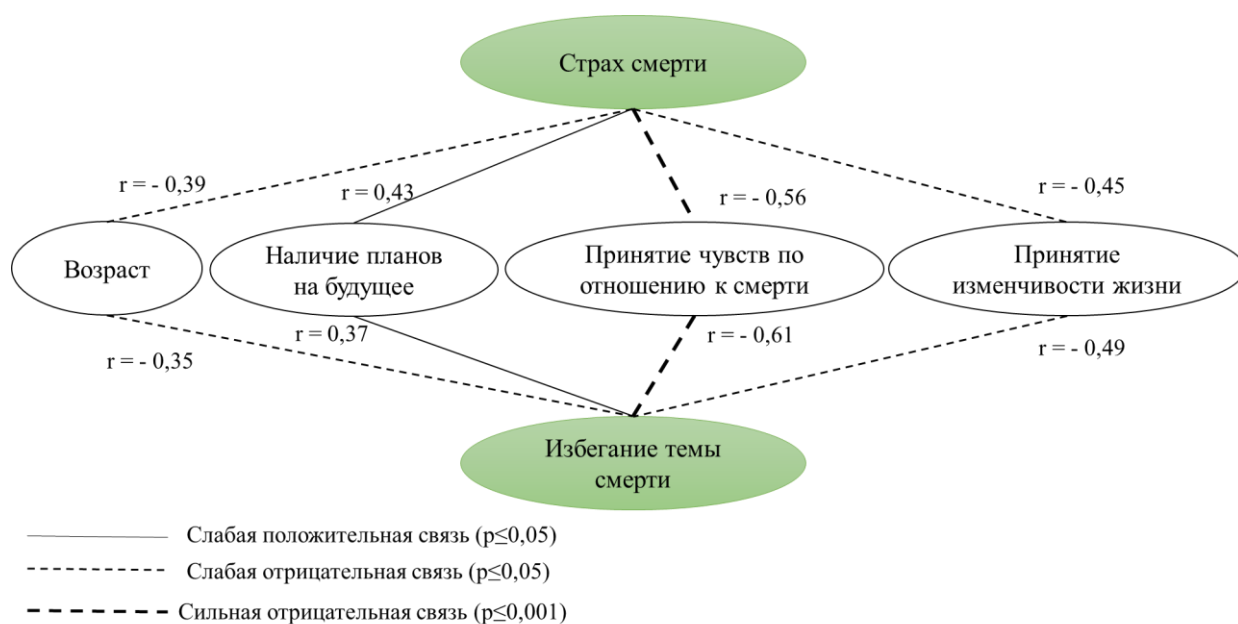


Рис. 13. Взаимосвязь страха смерти и избегания темы смерти с рассматриваемыми характеристиками у пациентов-женщин, проживающих дома

У пациентов-женщин гериатрического профиля, проживающих дома, по результатам корреляционного анализа страха смерти и избегания темы смерти была выявлена статистически достоверная слабая отрицательная (обратная) взаимосвязь данных показателей с возрастом респондентов, принятием изменчивости жизни, то есть чем младше респонденты, чем меньше они принимают изменчивость жизни, тем больше у них страх смерти и избегание данной темы.

Была выявлена статистически достоверная сильная отрицательная взаимосвязь страха смерти и избегания темы смерти с принятием чувств по отношению к смерти, то есть чем труднее респондентам принимать свои чувства по отношению к смерти, тем более выражен страх смерти и избегание данной темы.

Была выявлена положительная (прямая) слабая взаимосвязь страха смерти и избегания темы смерти с наличием планов на будущее, то есть

респонденты, которые имеют планы на будущее имеют больший страх смерти и более выраженное избегание данной темы.

Таким образом, страх смерти и избегание темы смерти у пациентов-женщин гериатрического профиля более выражены при меньшем возрасте респондентов, при наличии планов на будущее, при непринятии чувств по отношению к смерти и непринятии изменчивости жизни. Также страх смерти ниже у тех пациентов, которые сталкивались со случаями внезапной смерти близких, а непринятие себя усиливает избегание данной темы пациентами. Страх смерти у пациентов пансионата выше при переживании одиночества и ниже при наличии депрессии. Пациенты, проживающие дома, отличаются от пациентов пансионата более высоким страхом смерти при наличии планов на будущее.

Был проведен корреляционный анализ нейтрального принятия смерти с рассматриваемыми социально-психологическими аспектами у всех пациентов-женщин гериатрического профиля, результаты которого представлены на рисунке 14.

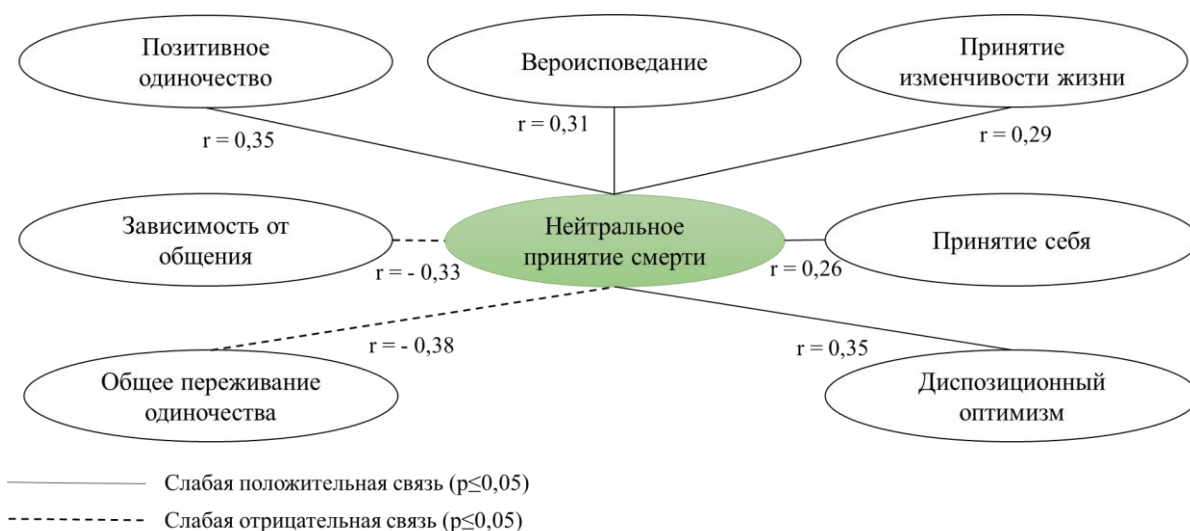


Рис. 14. Взаимосвязь нейтрального принятия смерти с рассматриваемыми характеристиками у всех пациентов-женщин

По результатам корреляционного анализа нейтральное принятие смерти имеет слабую положительную взаимосвязь с принятием изменчивости жизни, принятием себя, диспозиционным оптимизмом, позитивным переживанием одиночества и вероисповеданием, то есть пожилые люди в большей степени нейтрально принимают смерть, когда принимают изменчивость жизни, себя, имеют оптимистичную оценку жизни, позитивно переживают одиночество и являются приверженцами религии.

Была выявлена слабая отрицательная взаимосвязь нейтрального принятия смерти с общим переживанием одиночества и зависимостью от общения, то есть нейтрально принимают смерть пожилые, не испытывающие одиночества и не зависящие от других.

Был проведен корреляционный анализ нейтрального принятия смерти с рассматриваемыми характеристиками у пациентов-женщин гериатрического профиля, проживающих в пансионате, результаты которого представлены на рисунке 15.

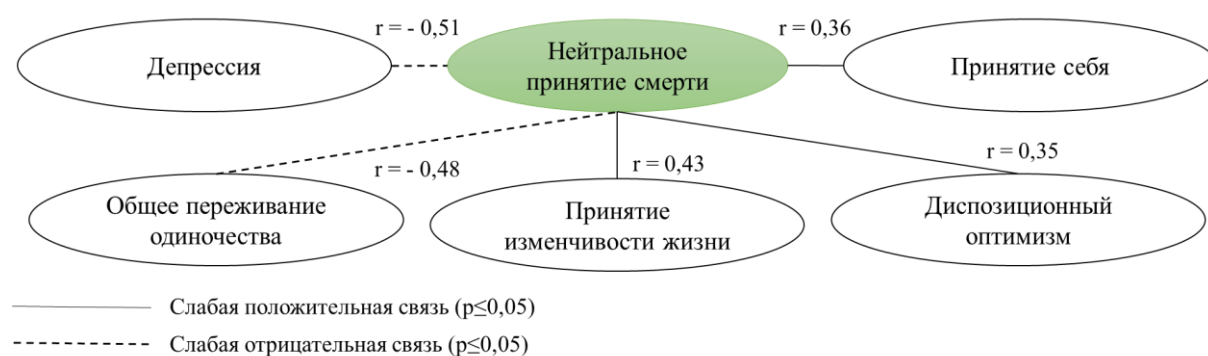


Рис. 15. Взаимосвязь нейтрального принятия смерти с рассматриваемыми характеристиками у пациентов-женщин, проживающих в пансионате

По результатам корреляционного анализа нейтральное принятие смерти имеет слабую положительную взаимосвязь с принятием изменчивости жизни, принятием себя, диспозиционным оптимизмом, то есть пожилые люди, проживающие в пансионате, в большей степени

нейтрально принимают смерть, когда принимают изменчивость жизни, себя, имеют оптимистичную оценку жизни.

Была выявлена слабая отрицательная взаимосвязь нейтрального принятия смерти с общим переживанием одиночества и депрессией, то есть нейтрально принимают смерть пациенты пансионата, не испытывающие одиночества и не имеющие депрессии.

Был проведен корреляционный анализ нейтрального принятия смерти с рассматриваемыми социально-психологическими аспектами у пациентов-женщин гериатрического профиля, проживающих дома, результаты которого представлены на рисунке 16.

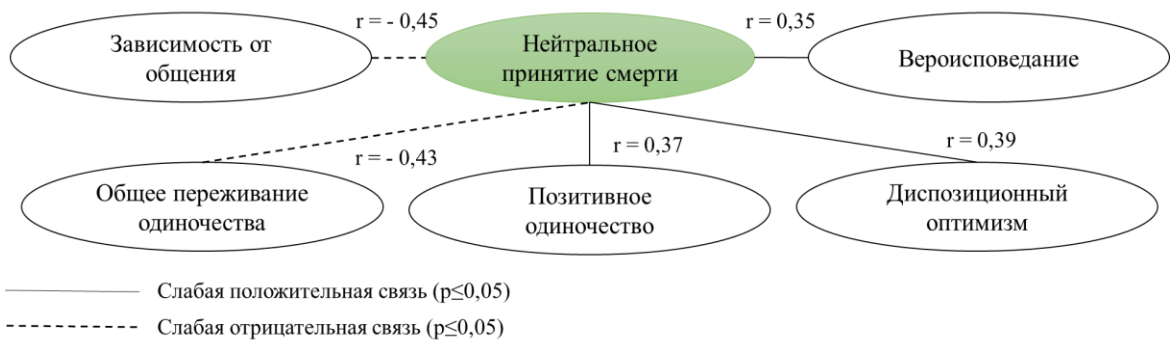


Рис. 16. Взаимосвязь нейтрального принятия смерти с рассматриваемыми характеристиками у пациентов-женщин, проживающих дома

По результатам корреляционного анализа нейтральное принятие смерти имеет слабую положительную взаимосвязь с вероисповеданием, диспозиционным оптимизмом, позитивным переживанием одиночества, то есть пожилые люди, проживающие дома, в большей степени нейтрально принимают смерть, когда являются приверженцами религии, имеют оптимистичную оценку жизни, одиночество воспринимают позитивно.

Была выявлена слабая отрицательная взаимосвязь нейтрального принятия смерти с общим переживанием одиночества и зависимостью от общения, то есть нейтрально принимают смерть пациенты пансионата, не испытывающие одиночества и не зависящие от общения.

Таким образом, нейтрально принимают смерть те пациенты, которые позитивно воспринимает одиночество, не зависят от общения или не чувствуют себя одинокими, исповедуют религию, принимают изменчивость жизни, принимают себя, позитивно оценивают жизнь. Пациенты пансионата, не испытывающие депрессию, нейтрально принимают смерть, что не характерно для пациентов, проживающих дома.

Был проведен корреляционный анализ приближающего принятия смерти с рассматриваемыми социально-психологическими аспектами у всех пациентов-женщин гериатрического профиля, результаты которого представлены на рисунке 17.



Рис. 17. Взаимосвязь приближающего принятия смерти с рассматриваемыми характеристиками у всех пациентов-женщин

Была выявлена положительная слабая взаимосвязь приближающего принятия смерти у пожилых людей с наличием болевого синдрома, с наличием смысла смерти, с принятием чувств по отношению к смерти, то есть приближающее принятие смерти (формирование концепции смерти) более выражено у тех пациентов, которые принимают чувства по отношению к смерти, имеют смысл смерти и болевой синдром.

Был проведен корреляционный анализ приближающего принятия смерти с рассматриваемыми характеристиками у пациентов-женщин гериатрического профиля, проживающих в пансионате, результаты которого представлены на рисунке 18.

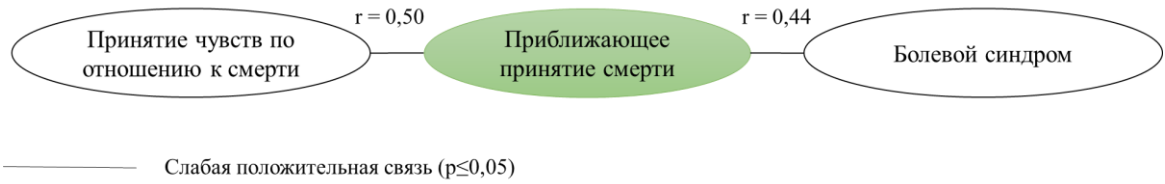


Рис. 18. Взаимосвязь приближающего принятия смерти с рассматриваемыми характеристиками у пациентов-женщин, проживающих в пансионате

Была выявлена положительная слабая взаимосвязь приближающего принятия смерти у пожилых людей с наличием болевого синдрома, с принятием чувств по отношению к смерти, то есть приближающее принятие смерти (формирование концепции смерти) более выражено у тех пациентов, которые принимают чувства по отношению к смерти, имеют болевой синдром.

Был проведен корреляционный анализ приближающего принятия смерти с рассматриваемыми характеристиками у пациентов-женщин гериатрического профиля, проживающих дома, результаты которого представлены на рисунке 19.

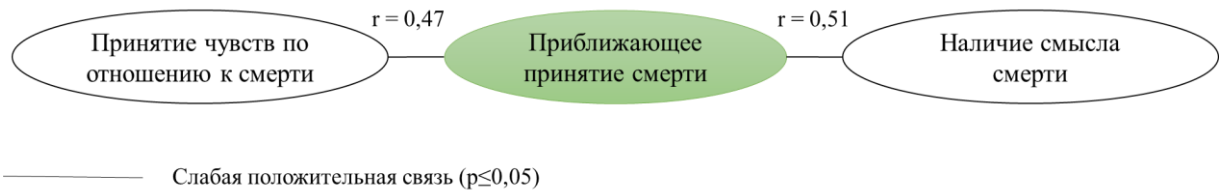


Рис. 18. Взаимосвязь приближающего принятия смерти с рассматриваемыми характеристиками у пациентов-женщин, проживающих дома

Была выявлена положительная слабая взаимосвязь приближающего принятия смерти у пожилых людей с наличием смысла смерти, с принятием чувств по отношению к смерти, то есть приближающее принятие смерти

(формирование концепции смерти) более выражено у тех пациентов, которые принимают чувства по отношению к смерти, имеют смысл смерти.

Был проведен корреляционный анализ избавляющего принятия смерти с рассматриваемыми характеристиками у всех пациентов-женщин гериатрического профиля, результаты которого представлены на рисунке 20.

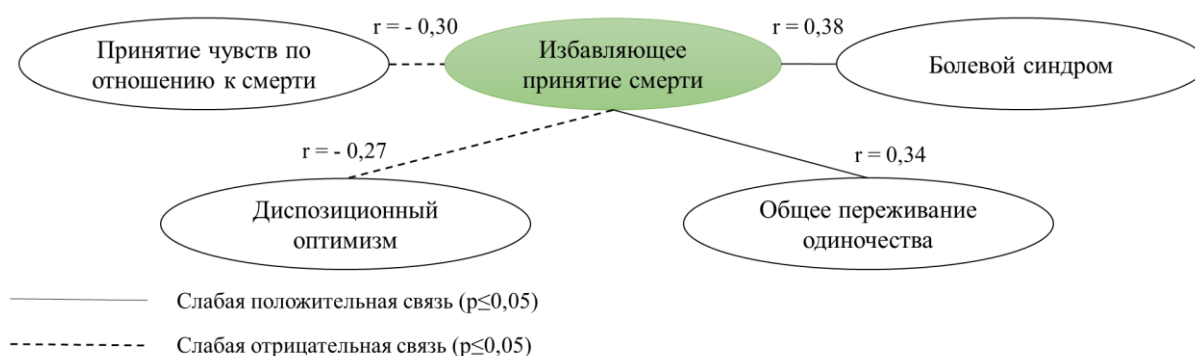


Рис. 20. Взаимосвязь избавляющего принятия смерти с рассматриваемыми характеристиками у всех пациентов-женщин

У пожилых людей избавляющее принятие смерти имеет слабую положительную взаимосвязь с болевым синдромом и общим переживанием одиночества и слабую отрицательную взаимосвязь с диспозиционным оптимизмом, принятием чувств по отношению к смерти, то есть пожилые люди считают смерть избавлением от страданий при наличии болевого синдрома, пессимизма, высокого уровня переживания одиночества и при непринятии чувств по отношению к смерти.

Был проведен корреляционный анализ избавляющего принятия смерти с рассматриваемыми характеристиками у пациентов-женщин гериатрического профиля, проживающих в пансионате, результаты которого представлены на рисунке 21.



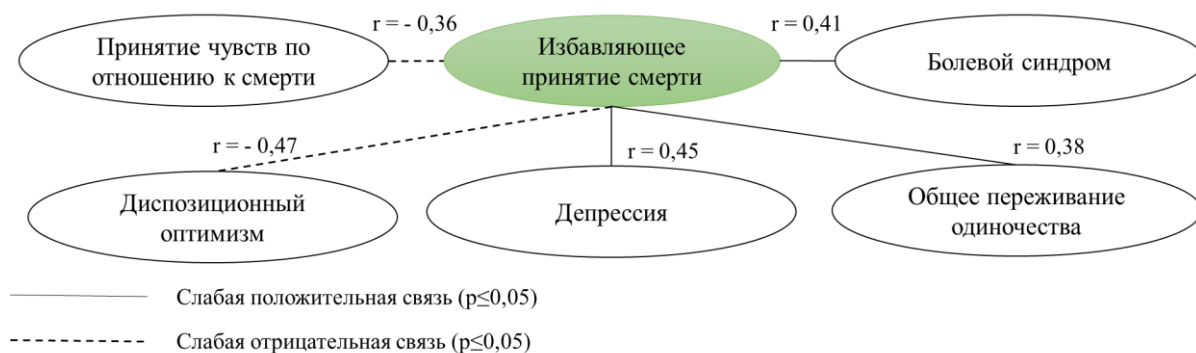


Рис. 21. Взаимосвязь избавляющего принятия смерти с рассматриваемыми характеристиками у пациентов-женщин, проживающих в пансионате

У пожилых людей, проживающих в пансионате, избавляющее принятие смерти имеет слабую положительную взаимосвязь с болевым синдромом, общим переживанием одиночества, депрессией и слабую отрицательную взаимосвязь с диспозиционным оптимизмом, принятием чувств по отношению к смерти, то есть пожилые люди считают смерть избавлением от страданий при наличии болевого синдрома, депрессии, пессимизма, высокого уровня переживания одиночества и при непринятии чувств по отношению к смерти.

Был проведен корреляционный анализ избавляющего принятия смерти с рассматриваемыми характеристиками у пациентов-женщин гериатрического профиля, проживающих дома, результаты которого представлены на рисунке 22.



Рис. 22. Взаимосвязь избавляющего принятия смерти с рассматриваемыми характеристиками у пациентов-женщин, проживающих дома

У пожилых людей, проживающих дома, избавляющее принятие смерти имеет слабую положительную взаимосвязь с болевым синдромом, общим переживанием одиночества и слабую отрицательную взаимосвязь с принятием чувств по отношению к смерти, то есть пожилые люди считают смерть избавлением от страданий при наличии болевого синдрома, высокого уровня переживания одиночества и при непринятии чувств по отношению к смерти.

Таким образом, воспринимают смерть как избавление от боли и страданий те пациенты, которые имеют болевой синдром, пессимизм, считают себя одинокими, не принимают чувства по отношению к смерти. Пациенты пансионата воспринимают смерть как избавление от страданий еще и при наличии депрессии, а пациенты, проживающие дома только при непринятии чувств по отношению к смерти, при наличии болевого синдрома, при переживании одиночества.

### 3.4. Результаты факторного анализа

Был проведен факторный анализ изученных психологических характеристик у пожилых пациентов-женщин гериатрического профиля. Результаты факторного анализа представлены в таблице 3.

Таблица 3

Факторный анализ изученных психологических характеристик у пациентов-женщин гериатрического профиля

Фактор	Параметры, вошедшие в фактор	Вес
Фактор 1 «Отношение к жизни» 35% дисперсии	Общее переживание одиночества	0,86
	Диспозиционный оптимизм	-0,94
	Принятие жизни	-0,84
	Принятие изменчивости жизни	-0,86
	Тревога	0,85
	Депрессия	0,76

Фактор 2 «Отношение к смерти» 19% дисперсии	Страх смерти	0,75
	Избегание темы смерти	0,83
	Приближающее принятие смерти	-0,83
	Принятие смерти	-0,83
	Принятие чувств по отношению к смерти	-0,81

По результатам факторного анализа у пациентов-женщин гериатрического профиля было выявлено два фактора, которые оказывают влияние на их психологическое состояние. Первый фактор (35% дисперсии) – «Отношение к жизни», в него вошли: общее переживание одиночества (0,86), диспозиционный оптимизм (-0,94), принятие жизни (-0,84), принятие изменчивости жизни (-0,86), тревога (0,85), депрессия (0,76). Второй фактор (19% дисперсии) – «Отношение к смерти», в него вошли: страх смерти (0,75), избегание темы смерти (0,83), приближающее принятие смерти (-0,83), принятие смерти (-0,83), принятие чувств по отношению к смерти (-0,81).

#### 4. ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Выборку составило 70 человек, из которых 35 человек – пациенты-женщины гериатрического, проживающие в пансионате, 35 человек – пациенты-женщины, проживающие дома.

Клинико-психологическое исследование показало, что в группе «Пансионат» все пациенты находятся на пенсии в среднем примерно 30 лет и преимущественно имеют высшее образование. Пациенты пансионата являются вдовцами/вдовами, имеют в среднем 1 ребенка, 2 внуков/правнуков. Общее состояние здоровья оценивают, как плохое и имеют такие проблемы со здоровьем, как боль в различных частях тела, отсутствие сил, усталость, апатия, плохой сон. Характерные хронические заболевания: гипертоническая болезнь, сахарный диабет, остеохондроз. Пожилые пациенты имеют болевой синдром, преимущественно не имеют хобби, увлечений (среди тех, кто их имеет распространены вязание, шитье, прогулки, уход за цветами). Ведущее эмоциональное состояние – апатия. Пожилые пациенты оценивают свое состояние в будущем как возможное ухудшение состояния. Друзей не имеют, что может оказывать влияние на психологическое состояние пожилых людей и их отношения к смерти.

В группе «Дома» пациенты находятся на пенсии в среднем примерно 11 лет и имеют высшее образование. Пациенты данной группы преимущественно замужем, имеют в среднем 2 детей, 2 внуков/правнуков. Общее состояние здоровья оценивают, как удовлетворительное и имеют такие же проблемы со здоровьем, как и в группе «Пансионат». Пациенты группы «Дома» имеют схожие с группой «Пансионат» хронические заболевания, также имеют болевой синдром. Пациенты данной группы преимущественно имеют хобби, у них есть друзья. Данные пациенты считают, что их состояние в будущем не изменится, что может означать принятие или страх за свое будущее.

В обеих группах пациенты отметили, что считают себя верующими. Данный аспект интересно рассмотреть в корреляционном анализе, так как отношение к жизни и смерти может быть взаимосвязано с вероисповеданием.

По результатам клинико-психологического исследования была сделана сравнительная таблица основных выявленных особенностей респондентов, представленная в приложении №3.

Исследование семейных взаимоотношений показало, что пожилые респонденты отношения между членами семьи характеризуют на среднем уровне сплоченности, экспрессивности и конфликта, то есть члены семьи заботятся друг о друге, поощряют выражать свои чувства, в том числе гнев, агрессию. Показатели личностного роста (независимость, ориентация на достижения, интеллектуально-культурная ориентация, ориентация на активный отдых, мораль и нравственность) в семье респондентов выражены на среднем уровне, то есть респонденты самостоятельны в обдумывании и принятии решений, стремятся к достижениям, активны в социальной, интеллектуальной, культурной, политической сферах деятельности, ориентированы на активный отдых и спорт, уважают и ценят нравственные ценности семьи. В исследуемых группах показатель организации в управлении системой семьи выражен на повышенном уровне, то есть особое внимание в семье пожилых уделяется порядку и организованности, а показатель контроля – на среднем уровне, то есть в семье важно соблюдать установленные правила.

Все показатели семейных отношений не имеют статистически достоверных различий в группах, что возможно связано с нежеланием респондентов говорить что-либо плохое о семье, так как в обществе не принято жаловаться на членов семьи. Для пожилых людей важно представлять свою семью в хорошем свете. Само осознание семейных отношений, как хороших, является поддерживающим механизмом для них.

Общее переживание одиночества пациентами пансионата соответствует среднему уровню, то есть респондентам свойственно переживание одиночества и его негативного влияния на их состояние, причем высоко переживающих одиночество респондентов больше, чем мало переживающих или не испытывающих одиночества. У пациентов, проживающих дома, переживание одиночества низкое, им менее свойственно чувство одиночества, они не чувствуют себя одинокими.

Пожилым людям свойственны зависимость от общения и позитивное переживание одиночества, выраженные на среднем уровне, то есть пациенты пансионата и пациенты, проживающие дома, могут испытывать позитивные эмоции от переживания одиночества, но при этом зависят от общения с другими людьми, что более характерно для пациентов пансионата (их зависимость от общения выше). Выявленные различия должны стать мишенями работы психолога с пациентами гериатрического профиля.

Пациенты пансионата отличаются от пациентов, проживающих дома, субклинически выраженной тревогой и клинически выраженной депрессией. Выявленные особенности оказывают значительное влияние на их состояние, оценку жизни и смерти. Пациенты, проживающие дома, не имеют ни тревоги, ни депрессии.

По результатам исследования семейных взаимоотношений, субъективного переживания одиночества, тревоги и депрессии была сделана сравнительная таблица, представленная в приложении №4 и отражающая основные выявленные особенности.

Исследование отношения к жизни и смерти в изучаемых группах показало, что в отношении к жизни пациенты пансионата, как и пациенты, проживающие дома:

- принимают жизнь, возможность в ней для роста, стремятся к росту;
- принимают изменчивость жизни, чувствуют себя в безопасности в настоящем;
- принимают себя и свою ответственность за жизнь;
- наделяют жизнь смыслом.

Стоит отметить, что данные аспекты в большей степени выраженности характерны для пациентов, проживающих дома. Для пациентов пансионата в меньшей степени свойственны вышеперечисленные показатели отношения к жизни, что может быть обусловлено наличием у них пессимизма по отношению к жизни. У пациентов, проживающих дома, наблюдается реалистичный взгляд на мир, они не склонны к однозначной оптимистичной или пессимистичной оценке.

В отношении к смерти пациенты пансионата имеют более выраженный страх смерти при сформированной концепции смерти, преимущественно выражающейся в понимании смерти, как избавления от боли и страданий, но они не видят в смерти смысла. Пациенты, проживающие дома, в меньшей выраженности боятся смерти и не задумываются о ней, не имеют определённой концепции смерти, но считают, что в ней есть смысл.

Для обеих групп характерно избегание упоминаний смерти, что обусловлено наличием страха смерти и включением психологической защиты (избегания) для снижения вреда от обсуждения данной темы. Также, для обеих групп характерно непринятие чувств по отношению к смерти.

В отношении к кризисной ситуации пациенты обеих групп воспринимают ее как возможность для роста и видят в ней смысл.

Полученные различия представляют большую практическую ценность в работе с пожилыми людьми с отношением к жизни и смерти. На выявленные аспекты особенностей отношения к жизни и смерти у

пациентов-женщин гериатрического профиля должна быть направлена психологическая помощь.

По результатам исследования отношения к смерти, жизни и кризисной ситуации была сделана сравнительная таблица, представленная в приложении №5 и отражающая основные выявленные особенности в изучаемых группах.

Исследование семантического содержания понятий «Смысл жизни», «Жизнь», «Смерть» выявило, что в группе «Пансионат» понятие «Смысл жизни» ассоциируется с семьей, а в группе «Дома» преобладает философское осмысление данного понятия. То, что в пансионате пациенты в первую очередь ассоциируют смысл жизни с семьей, может указывать с одной стороны на важность семьи в жизни пациента, а с другой стороны на нехватку семейного общения и взаимодействия. Ассоциации на понятие «Жизнь» в группе «Пансионат» и в группе «Дома» касаются преимущественно философского аспекта жизни.

Пациенты пансионата не имеют сожалений о прожитой жизни и считают, что все их мечты и желания сбылись, и не имеют текущих желаний и планов. Пациенты, проживающие дома, наоборот, имеют сожаления о прожитой жизни, также считают, что почти все их мечты сбылись, имеют планы на будущее. Большее число из респондентов группы «Пансионат» не стало бы менять свое прошлое, даже если бы у них была такая возможность, а в группе «Дома» стали бы менять прошлое.

Понятие «Смерть» у пациентов пансионата в большем числе случаев имеет эмоционально-отрицательную ассоциацию, что указывает на наличие страхов и опасений, тревоги по поводу смерти у группы «Пансионат». При этом, упоминание смерти преимущественно вызывает отрицательные эмоции у исследуемых данной группы, что может быть связано с актуальностью темы смерти в данном возрасте и наличием страха смерти.



Пациенты пансионата считают, что в смерти есть смысл и описывают его нейтральный характер, то есть естественность завершения жизни.

В группе «Дома» большое число ассоциаций имели отношение к пониманию смерти как конца жизни или как естественного порядка вещей, а среди эмоций, вызываемых упоминанием смерти преимущественно наблюдались нейтральные эмоции (спокойствие), что косвенно означает отсутствие актуализации данной темы в жизни пациентов. Но при описании смысла смерти респонденты преимущественно указывают на религиозный аспект. В данном случае можно предположить о влиянии вероисповедания на страх смерти.

По результатам изучения семантического содержания понятий «Смысл жизни», «Жизнь», «Смерть» была сделана сравнительная таблица выявленных в группах особенностей. Таблица представлена в приложении №6.

Корреляционный анализ показал, что высокий страх смерти и избегание темы смерти пациентами-женщинами гериатрического профиля характерны для респондентов меньшего возраста, имеющих планы на будущее, не принимающих изменчивость жизни, не принимающих чувства по отношению к смерти. В более старшем возрасте наблюдается снижение страха смерти и степени избегания данной темы. Пациенты не будут готовы смириться с возможностью смерти, в связи с неприятием своей жизни в настоящем. Они будут считать, что у них еще много времени, строить планы на будущее. Все это не позволит им даже думать о возможности смерти.

Наличие низкого страха смерти также связано с наличием в жизни респондентов внезапной смерти близких (надежда на воссоединение с ними). Сталкиваясь с внезапной смертью близких, пациенты обдумывают тему смерти, формируют концепцию смерти, укладывающуюся в их мировоззрение. Избегание темы смерти наблюдается при неприятии себя,

то есть пока пациенты не примут себя в настоящем со всеми своими особенностями и качествами, они не будут готовы смириться с возможностью своей смерти и с возможностью думать об этом.

Пациенты-женщины гериатрического профиля в большей степени нейтрально принимают смерть, когда принимают изменчивость жизни, принимают себя, имеют оптимистичную оценку жизни, позитивно переживают одиночество (или вовсе его не испытывают и не зависят от других). Помогает принять смерть сам факт принятия жизни, поиск в ней положительных аспектах, наличие людей, которые будут рядом и помогут справиться с трудностями и чувствами.

Кроме того, нейтральное принятие смерти положительно взаимосвязано с вероисповеданием. Приверженность религии помогает пациентам сформировать концепцию жизни и смерти, что само по себе позволяет принять возможность смерти, найти в ней смысл.

Приближающее принятие смерти у пациентов связано с наличием болевого синдрома, наличием смысла смерти, с принятием чувств по отношению к смерти. Формируя концепцию смерти, пациенты приближают принятие смерти, так как понимает, что имеют болезнь (боль), находят смысл в смерти. Страх, ужас и другие эмоции, возникающие при размышлениях о смерти, не всегда осознаются и принимаются пациентами, а при непринятии чувств, связанных со смертью, не будет принят сам факт смерти.

Пациенты-женщины гериатрического профиля считают смерть избавлением от страданий при наличии болевого синдрома, пессимизма, высокого уровня переживания одиночества, непринятии чувств по отношению к смерти. В данном случае пациентами смерть принимается именно как избавление от психологической и физической боли и страданий, спасение от одиночества и плохой жизни.

Факторный анализ показал, что для пациентов-женщин гериатрического профиля выявлено 2 фактора, влияющих на психологическое состояние исследуемых. Первый фактор – «Отношение к жизни», при его действии увеличивается уровень переживания одиночества и роль негативной оценки жизни, не принимается жизнь в настоящем и возможность её изменчивости, увеличивается уровень тревоги и депрессии. Действие первого фактора сходно с действием кризиса выхода на пенсию. Второй фактор – «Отношение к смерти», при его действии увеличивается страх смерти, избегание темы смерти, снижается приближающее принятие смерти, само принятие смерти и принятие чувств по отношению к смерти. Действие второго фактора похоже на столкновение человека с угрозой жизни и шоковой реакцией на возможность скорой смерти.

## 5. ВЫВОДЫ

Исходя из анализа результатов проведенного исследования и их статистической обработки были сделаны следующие выводы:

1) Пациенты пансионата в большей степени чувствуют себя одинокими, чем пациенты, проживающие дома, у них наблюдаются признаки тревоги и депрессии; семейные взаимоотношения характеризуются положительно обеими группами респондентов.

2.1) Отношение к жизни у пациентов-женщин гериатрического профиля, проживающих в пансионате, пессимистичное с неприятием ответственности за жизнь, неприятием изменчивости жизни, а у пациентов, проживающих дома – реалистичное.

2.2) Отношение к смерти у обеих групп респондентов, характеризуется страхом и неприятием чувств по отношению к ней. Пациенты пансионата имеют концепцию смерти как избавления от боли и страданий, а у пациентов, проживающих дома, отсутствует сформированная концепция смерти.

3) Высокий страх смерти и избегание темы смерти у пациентов-женщин гериатрического профиля наблюдаются у более молодых респондентов, при наличии планов на будущее. Воспринимают смерть как избавление от страданий, пациенты, имеющие болевой синдром и черты пессимистичности, переживающие одиночество. Помогает принять смерть наличие вероисповедания, оптимистичность и принятие чувств по отношению к смерти.

4) Мишенями психокоррекционного воздействия у пациентов-женщин гериатрического профиля являются: концептуальные и эмоциональные аспекты отношения к жизни и смерти, субъективное переживание одиночества, наличие признаков тревоги и депрессии.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Отношение к смерти – сложная и неприятная тема для любого человека. В проведенном исследовании было изучено 70 человек, 35 из которых являются пациентами-женщинами гериатрического профиля, проживающими в пансионате, 35 – пациентки-женщины, постоянно проживающие дома.

По результатам проведенного исследования был выявлен высокий страх смерти у всех пациенток-женщин гериатрического профиля с тенденцией к избеганию данной темы. Принятие смерти затруднено у пациенток, что несомненно важно учитывать при оказании психологической помощи им. Кроме того, им трудно принимать чувства по отношению к смерти. Избавляющее принятие смерти характерно для пациенток пансионата в связи с плохим самочувствием и здоровьем, отмечаемым ими. Пациентки, проживающие дома, отличаются отсутствием сформированной концепции смерти, то есть представлениями о смерти, её смысле и месте в жизни.

В отношении к жизни пациентам пансионата преимущественно не свойственно брать на себя ответственность за свою жизнь. Они считают, что не могут ей управлять. С данной особенностью тесно связана пессимистичная оценка жизни респондентами. Пациентки, проживающие дома, более ответственны в отношении к жизни и не имеют тенденции оценивать её пессимистично или оптимистично.

Семейные взаимоотношения пациентки описывают как сплоченные и внимательные, организованные. Особо проблемным аспектом для пожилых людей является высокое переживание одиночества с ощущением изоляции, отчужденности. Было выявлено наличие у пациенток-женщин гериатрического профиля тревоги и депрессии.

Таким образом, отношение к смерти у пациентов гериатрического профиля, проживающих в пансионате, характеризуется сформированной концепцией смерти, что не характерно для пациентов, проживающих дома. Вне зависимости от места проживания пациенты имеют затруднения в эмоциональном аспекте отношения к смерти. В проведенном исследовании были решены поставленные задачи, гипотеза подтвердилась. Выявленные особенности в психологическом состоянии и отношении к смерти у пожилых людей были использованы для разработки рекомендаций по психологическому сопровождению пациентов гериатрического профиля.

## РЕКОМЕНДАЦИИ

В рамках исследовательской работы были получены данные, которые составляют значительную практическую ценность в психологическом сопровождении пациентов гериатрического профиля. Нами были разработаны следующие рекомендации, которые необходимо учитывать при планировании и проведении психологических мероприятий, направленных на повышение качества жизни пожилых людей:

1. Одно из основных направлений работы – коррекция психоэмоционального состояния пожилых людей. Данный вид работы заключается в коррекции субъективного переживания одиночества, тревоги и депрессии. Также важно включать в коррекцию психоэмоционального состояния работу со страхом смерти.

2. Страх смерти, характерный для пациентов данного профиля, можно снизить при работе с избеганием самой темы смерти, непринятием чувств по отношению к смерти, восприятию собственной жизни и одиночества пожилыми людьми.

3. Для формирования нейтрального, приближающего принятия смерти у пациентов гериатрического профиля особо важной представляется работа с принятием жизни в настоящее время, её изменчивости, принятием себя, в особенности работа с переживанием одиночества и депрессии. В рамках данной работы может быть затронут и религиозный аспект, который поможет пожилым людям сформировать концепцию смерти.

4. Психологическая работа с пациентами должна быть направлена на коррекцию переживания одиночества, характерного для пожилых людей. Особое внимание нужно уделять чувству изоляции и отчужденности у пожилых, их негативному восприятию одиночества, делая упор на позитивные аспекты, которое оно может принести в их жизнь. Мишенями работы психолога в данном случае могут выступать снижение зависимости

от общения пожилых, работа по позитивному восприятию одиночества, работа с семьей пожилых людей. Одно из направлений работы с переживанием одиночества может быть направлено на включение пожилых в группу сверстников путем построения занятий в групповом формате, так как ряд пожилых людей не имеют друзей и хотели бы их иметь, а также нуждаются в компании.

5. Ввиду наличия затруднений в принятии жизни и её изменчивости необходимо уделять внимание коррекции данного аспекта пожилыми людьми. При работе над данной проблемой необходимо уделять внимание принятию себя, своего прошлого и настоящего, коррекции пессимистичного взгляда на мир пожилыми людьми.



## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акарачкова Е. С., Артеменко А. Р., Беляев А. А. и др. Стрессы, коморбидность и качество жизни пожилого пациента // Трудный пациент. 2019. №10. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/stressy-komorbidnost-i-kachestvo-zhizni-pozhilogo-patsienta> (дата обращения: 31.03.2023).
2. Акопян Л. С. Новый подход к классификации страхов // Известия Самарского научного центра РАН. 2009. №4-6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/novyy-podhod-k-klassifikatsii-strahov> (дата обращения: 15.03.2023).
3. Александрова М. Г. Представления о смерти в ситуации различной эпидемиологической обстановки у взрослых и пожилых людей // Психология XXI века. Психологические исследования: от теории к практике. Сборник тезисов участников международной научной конференции молодых ученых. Санкт-Петербург, 2021. – С. 163-164.
4. Алексеева Е. В. Танатология и танатогенез: исторические факты, проблемы и перспективы изучения // Медицинские новости. 2018. №2 (281). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tanatologiya-i-tanatogenez-istoricheskie-fakty-problemy-i-perspektivy-izucheniya> (дата обращения: 31.05.2023).
5. Андрющенко А. В., Дробижев М. Ю., Добровольский А. В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова, 2003. №103(5)
6. Бажин Е. Ф., Эткинд А. М. Цветовой тест отношений: метод. рекомендации / Е. Ф. Бажин, А. М. Эткинд. – Санкт-Петербург: Ленинградский науч.-исслед. психо-неврол. ин-т им. В. М. Бехтерева, 1985. – 18 с.

7. Баканова А. А. Отношение к жизни и смерти в критических жизненных ситуациях: автореф. дис. ... канд. психол. наук / А. А. Баканова. – Санкт-Петербург, 2000. – 18 с.

8. Василенко А. А., Плотникова Е. С. Возрастное изменение актуальных страхов человека // Современные научные исследования и инновации. 2014. № 12. Ч. 3

9. Воробьев Р. В., Короткова А. В. Аналитический обзор проблемы здорового старения в странах Европейского региона воз и Российской Федерации // Социальные аспекты здоровья населения. 2016. №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiticheskiy-obzor-problemy-zdorovogo-stareniya-v-stranah-evropeyskogo-regiona-voz-i-rossiyskoj-federatsii> (дата обращения: 12.03.2023).

10. Гаврилова Т. А. Об адаптации опросника «Профиль аттитюдов по отношению к смерти – переработанный» (DAP-R), разработанного П.Т.П. Вонгом, Г.Т. Рикером и Дж. Гессер. // Ежеквартальный научный журнал «Теоретическая и экспериментальная психология», 2011. Том 4 №1. С. 46-57.

11. Гаврилова Т. А. Экзистенциальный страх смерти и танатическая тревога // Прикладная психология, № 6, 2001. С. 1-6.

12. Гордеева Т. О., Сычев О. А., Осин Е. Н. Разработка русскоязычной версии теста диспозиционного оптимизма (LOT) // Психологическая диагностика, 2010. №2.

13. Горьковая И. А. Баканова А. А. Осознаваемые компоненты страха смерти в зрелом возрасте // Вестник ЛГУ им. А. С. Пушкина. 2014. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osoznavaemye-komponenty-straha-smerti-v-zrelomvozraste> (дата обращения: 24.03.2023).

14. Гурылева А. О. Социально-психологические детерминанты конструктивного старения // Фундаментальные и прикладные исследования: проблемы и результаты. 2013. №3. URL:

<https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psihologicheskie-determinanty-konstruktivnogo-stareniya> (дата обращения: 01.04.2023).

15. Дорофеева Г. А. Страхи: определение, виды, причины // Известия ЮФУ. Технические науки. 2002. №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/strahi-opredelenie-vidy-prichiny> (дата обращения: 25.02.2023).

16. Дьяченко И. А. Социально-психологические факторы переживания одиночества в пожилом возрасте: автореф. дис. ... канд. психол. Наук / Дьяченко И. А., 2014. – 24 с.

17. Елютина, М. Э. Пожилые люди: отношение к смерти и танатические тревоги / М. Э. Елютина // Социологические исследования. - 2015. - № 10. - С. 111-119.

18. Захаров А. И. Дневные и ночные страхи у детей. Серия «Психология ребенка». - СПб.: 2000.

19. Иванов В. Н. От 70 до 100 / В. Иванов. -М.: У Никитских ворот, 2017.

20. Ипполитова Е. А. Субъективная картина жизненного пути пожилых людей, переживших смерть брачного партнера // Методология, теория, история психологии личности, 2019.

21. Каменских В. Н. Социально-психологический портрет пожилых людей // Педагогика и психология образования. 2011. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psihologicheskij-portret-pozhilyh-lyudey> (дата обращения: 01.04.2023).

22. Карвасарский Б. Д. Неврозы // М.: 1980.

23. Китаев-Смык, Л. А. О стрессе и умирании // Вопросы психологии. -2008. - № 5. - С. 121-125.

24. Корнеева Е. Н., Богомолова Т. Б. Специфика переживания смерти мужчин и женщин разных возрастов в условиях пандемии // Интеграция в психологии: теория, методология, практика. Сборник статей

IV Всероссийской научно-практической конференции. Ярославль. 2021. – С. 120-124.

25. Корочина И. Э. Вопросы геронтологии и гериатрии в амбулаторно-поликлинической практике // Методические рекомендации, Оренбург. 2021.

26. Кемпински А. Страх // Психические состояния / Сост. и общ. ред. Л. В. Куликова. - СПб.: 2000. - С.230 - 231.

27. Ксенда О. Г., Татарко К. И. Старение через призму социальных, психологических и биологических изменений // Психолог. 2018. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/starenie-cherez-prizmu-sotsialnyh-psihologicheskikh-i-biologicheskikh-izmeneniy> (дата обращения: 03.03.2023).

28. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании / Э. Кюблер-Росс; пер. с англ. - К.: София, 2001.

29. Малкина-Пых И. Г. Семейная терапия. Справочник практического психолога // М.: Эксмо, 2005.

30. Мамонтов С. Ю. Страх. Практика преодоления // СПб.: 2002.

31. Мелёхин А. И. Психологические модели успешного старения (обзор зарубежных исследований) // Психологический журнал Международного университета природы, общества и человека «Дубна», 2014. – С. 44-61.

32. Мурзина О. Р. Возрастные и гендерные особенности субъективной выраженности страхов личности // Психологические науки: теория и практика: материалы I Междунар. науч. конф. (г. Москва, февраль 2012 г.). — Москва: Буки-Веди, 2012. — С. 10-13. — URL: <https://moluch.ru/conf/psy/archive/33/1203/> (дата обращения: 13.02.2023).

33. Мушкамбаров Н. Н. Старение: природа и механизмы // Пространство и Время. 2011. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/starenie-priroda-i-mehanizmy> (дата обращения: 29.03.2023).

34. Некрасов В. А. Психические расстройства позднего возраста: учебно-методическое пособие / В. А. Некрасов, С. Ф. Случевская. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015. — 52 с.
35. Оконешникова О. В. Типы социальной субъектности в пожилом возрасте // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2011. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/typy-sotsialnoy-subektnosti-v-rozhilom-vozraste> (дата обращения: 13.03.2023).
36. Орлова Е. А., Селимов Г. Р. и др. Фармакоэпидемиологические аспекты влияния коморбидности на выживаемость у гериатрических пациентов психоневрологического диспансера // Прикаспийский вестник медицины и фармации. 2023. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/farmakoepidemiologicheskie-aspekty-vliyaniya-komorbidnosti-na-vyzhivaemost-u-geriatricheskih-patsientov-psihonevrologicheskogo> (дата обращения: 29.03.2023).
37. Орлова Л. В. Организация психологической помощи пожилым пациентам в России и в мире // Научное обозрение. Медицинские науки. — 2016. — № 3. — С. 99-104; URL: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=893> (дата обращения: 22.03.2023)
38. Осин Е. Н., Леонтьев Д. А. Дифференциальный опросник переживания одиночества: структура и свойства // Психология. Журнал Высшей школы экономики, 2013. Т. 10, № 1. С. 55–81.
39. Пастушкова А. С. Отношение к жизни и смерти у пожилых людей как фактор их социальной адаптированности // Социальные явления. 2018. №2 (9). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otnoshenie-k-zhizni-i-smerti-u-pozhilyh-lyudey-kak-faktor-ih-sotsialnoy-adaptirovannosti> (дата обращения: 31.03.2023).
40. Парахневич О. С., Портнова А. Г. Специфика переживания страха смерти в возрастно-половом аспекте // Ползуновский вестник, № 3, 2006. С. 186-189.

41. Паттурина Н. П. Проблема зрелости в современной психологии // Известия РГПУ им. А. И. Герцена. 2006. №17. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problema-zrelosti-v-sovremennoy-psihologii> (дата обращения: 12.03.2023).
42. Петровский В. А. Личность в психологии // Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. – 512 с.
43. Плеханова Н. П. Актуальные страхи в зрелом возрасте, связанные с продолжением трудовой деятельности // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2020. Т. 9. № 2А. С. 238-253.
44. Полищук Ю. И., Летникова З. В. Многофакторные причины возникновения и развития непсихотических депрессивных и тревожных расстройств в позднем возрасте // Социальная и клиническая психиатрия. 2019. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/mnogofaktornye-prichiny-vozniknoveniya-i-razvitiya-nepsihoticheskikh-depressivnyh-i-trevozhnyh-rasstroystv-v-pozdнем-vovraste> (дата обращения: 31.03.2023).
45. Риман Ф. Основные формы страха / Пер. с нем. Э. Л. Гушанского. – М.: 1999.
46. Рыбинская А. В. Психологические характеристики кризиса пожилого возраста // Вестник ТГУ. 2013. №7 (123). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-harakteristiki-krizisa-rozhilogo-vovrasta> (дата обращения: 01.04.2023).
47. Сабиров В. Ш. Жизнь. Смерть. Бессмертие (Обзор основных религиозно-философских парадигм) [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://tanat.info/zhizn-smert-bessmertie-26-10-2013.html>
48. Сафарова Т. П., Яковлева О. Б., Ряховский В. В. Особенности клиники, диагностики и лечения шизофрении в позднем возрасте // СТПН. 2016. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-kliniki->

diagnostiki-i-lecheniya-shizofrenii-v-pozdnem-vozhraste (дата обращения: 29.03.2023).

49. Седова Е. В., Палеев Ф. Н., Старцева О. Н. Основы гериатрии для врачей первичного звена // Учебно-методическое пособие, Москва. 2019. – 52 с.

50. Сенкевич Л. В., Шагидаева А. Б. Отношение к смерти пожилых людей, живущих в разных условиях // Ученые записки российского государственного социального университета, №2 (214), 2014. – С. 67-72.

51. Современная гериатрия для врачей первичного звена здравоохранения: Методическое пособие / О. Н. Ткачева, Н. К. Рунихина, И. В. Бабенко и др. — 2-е издание. — М.: Прометей, 2021. — 174 с.

52. Стрижицкая О. Ю. Геротрансцендентность: психологическое содержание и теоретические модели // Вестник СПбГУ. Серия 16: Психология. Педагогика. 2017. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/gerotransstsendentnost-psihologicheskoe-soderzhanie-i-teoreticheskie-modeli> (дата обращения: 31.02.2023).

53. Стрижицкая О. Ю. Основы психогеронтологии: учебно-методическое пособие // СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2016. – 78 с.

54. Фейфел Г. Смерть - релевантная переменная в психологии. Экзистенциальная психология / Г. Фейфел. - М., 1999. - С. 49-58.

55. Хрисанфова Е. Н. Основы геронтологии (Антропологические аспекты): Учеб. для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. — 160 с.

56. Цыбульский В. Е., Торлецкий С. А. День страха // М.: 2003.

57. Шварева Е. В. Семантические характеристики образа смерти у людей разных поколений // Сибирский педагогический журнал. 2010. №9. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/semanticheskie-harakteristiki-obraza-smerti-u-lyudey-raznyh-pokoleniy> (дата обращения: 31.02.2023).

58. Щербатых Ю. В. Психология страха: популярная энциклопедия // М.: 2003.
59. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. – М.: Прогресс, 1996. – 344 с.
60. Юревич, А.В. Психологические аспекты отношения к смерти / Юревич А.В. // Ярославский педагогический вестник. – 2018. – № 1. – С. 123– 132.
61. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. Пер. с англ. Т.С. Дробиной. – М.: Независимая фирма «Класс», 2019 – 576 с.
62. Chatard A., Selimbegovic L., Pyszczynski T., Jaafari Dysphoria N. Failure, and Suicide: Level of Depressive Symptoms Moderates Effects of Failure on Implicit Thoughts of Suicide and Death. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2017, no. 1 (36), pp. 1-21.
63. Chatard A., Selimbegovic L. When self-destructive thoughts flash through the mind: Failure to meet standards affects the accessibility of suicide-related thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2011, no. 4 (100), pp. 587-605.
64. Guirdy E. T., Cukrowicz K. C. Death ideation in older adults: psychological symptoms of depression, thwarted belongingness, and perceived burdensomeness // *Aging & Mental Health*. Volume 20, 2016
65. Hayes J., Schimel J., Amdt J., Faucher E. H. A theoretical and empirical review of the death-thought accessibility concept in terror management research. *Psychological bulletin*, 2010, no. 5 (136), pp. 699-739.
66. Lehto R., Stein K. Death anxiety: an analysis of an evolving concept. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 2009, no. 1 (23), pp. 23-41.
67. Leo D. De, Draper B. M., Snowdon J., Kõlves K. Suicides in older adults: A case–control psychological autopsy study in Australia, *Journal of Psychiatric Research*, Volume 47, Issue 7, 2013, pp. 980-988.



68. Lifshin U., Helm P. J., Greenberg J., Soenke M., Ashish D., Sullivan D. Managing the death of close others: Evidence of higher valuing of ingroup identity in young adults who have experienced the death of a close other. *Self and Identity*, 2017, no. 5 (16), pp. 580-606.
69. Lloyd, A., Kendall, M., Starr, J. M. et al. Physical, social, psychological and existential trajectories of loss and adaptation towards the end of life for older people living with frailty: a serial interview study. *BMC Geriatr* 16, 176 (2016)
70. Lüdecke C., Baumann N. When death is not a problem: Regulating implicit negative affect under mortality salience. *Scandinavian journal of psychology*, 2015, no. 6 (56), pp. 678-684.
71. Lyke J. Associations Among Aspects of Meaning in Life and Death Anxiety in Young Adults. *Death studies*, 2013, no. 5 (37), pp. 471-482.
72. Nazarzadeh M., Sarokhani M., Sayehmiri K. The relationship between religious attitudes, fear of death and dying with general health condition: A survey in college students. *Journal of religion and health*, 2015, no. 5 (54), pp. 1672-1680.
73. Newall N. E. G., Chipperfield J. G., Bailis D. S., Stewart T. L. (2013). Consequences of loneliness on physical activity and mortality in older adults and the power of positive emotions. *Health Psychology*, 32(8), pp. 921–924.
74. Olshansky S. J., Perry D., Miller R. A., Butler R. N. Pursuing the Longevity Dividend // *Annals Of The New York Academy Of Sciences*. – 2007.
75. Rowe J. W., Kahn R. L. Successful Aging 2.0: Conceptual Expansions for the 21st Century // *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*. – 2015.
76. Sharma P., Astbana H. S., Gambbir I. S., Ranjan J. K. Death Anxiety among Elderly People: Role of Gender, Spirituality and Mental Health // *Indian Journal of Gerontology* 2019, Vol. 33, No. 3, pp. 240–254.

77. Slater M. D., Oliver M. B., Appel M., Tchernev J. M., Silver N. A. Mediated wisdom of experience revisited: delay discounting, acceptance of death, and closeness to future self. *Human Communication Research*, 2017, no. 1 (44), pp. 80-101.
78. Solomon, S.; Greenberg, J.; Pyszczynski, T. A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews // *Advances in experimental social psychology: journal*. — 1991. — Vol. 24, no. 93.
79. Tanno K., Sakata K., Ohsawa M., Onoda T., Itai K., Yaegashi Y., Tamakoshi A. Associations of ikigai as a positive psychological factor with all-cause mortality and cause-specific mortality among middle-aged and elderly Japanese people: Findings from the Japan Collaborative Cohort Study, *Journal of Psychosomatic Research*, Volume 67, Issue 1, 2009, Pages 67-75.
80. Taubman-Ben-Ari O. Is the Meaning of Life Also the Meaning of Death? A Terror Management Perspective Reply. *Journal of happiness studies*, 2011, no. 3 (12), pp. 385-399.
81. Tornstam L. Maturing Into Gerotranscendence // *Journal Of Transpersonal Psychology*. 2011. Vol. 43, N 2. P. 166-180.
82. Wittkowski J. Coping and attitudes toward dying and death in German adults. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 2016, no. 4 (72), pp. 316-339.
83. Wong, P. T. Meaning management theory and death acceptance. *Existential and spiritual issues in death attitudes* / P.T. Wong, A. Tomer, G.T. Eliason // N.Y. Lawrence Erlbaum Associates, 2007. – P. 65–87.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение №1

**Анкета «Семантическое содержание понятий «Смысл жизни», «Жизнь»,  
«Смерть»»**

*«Вам будут предложены вопросы, касающиеся Вашей жизни. Впишите Ваш ответ в поле для заполнения. Здесь нет правильных и неправильных ответов. Отвечайте первое, что придет в голову»*

**1. Что первое приходит Вам на ум при словосочетании «Смысл жизни»?**

---

**2. Есть ли что-то, о чем Вы сожалеете? Почему?**

---

---

**3. Имеются ли у Вас сейчас имеются идеи, мечты, желания, цели?**

---

**4. Если бы Вы могли вернуться в своё прошлое с имеющимися на данный момент знаниями и опытом, что бы Вы исправили? Почему?**

---

---

**5. Есть или был ли у Вас супруг(а)? Какие у Вас с ним(ней) отношения?**

---

**6. Есть ли у Вас дети, внуки, правнуки? Какие у Вас с ними отношения?**

---

**7. Какие у Вас взаимоотношения с родственниками?**

---

**8. Есть ли у Вас друзья? Какие у Вас с ними отношения?**

---

**9. Что первое приходит Вам на ум при слове «Жизнь»?**

---

**10. Что первое приходит Вам на ум при слове «Смерть»?**

---

**11. Какие чувства вызывает у Вас упоминание смерти?**

---

---

**12. Случались ли у Вас в жизни случаи внезапной смерти близких людей (несчастные случаи, ДТП и др.)?**

---

---

**13. Считаете ли Вы себя верующим человеком? К какой религии Вы себя относите?**

---

**14. Каков на Ваш взгляд смысл смерти с религиозной точки зрения? Согласны ли Вы с таким объяснением?**

---

---

**15. Если ответ на 14 вопрос нет, то в чем для Вас смысл смерти?**

---

---

**Приложение №2****Анкета «Общие сведения»**

*«Укажите, пожалуйста, некоторую информацию о себе.*

*Заполните поле для ответов, подчеркните подходящий ответ»*

**1. Ваш пол** \_\_\_\_\_

**2. Ваш возраст** \_\_\_\_\_

**3. В данный момент Вы:**

- Учитесь
- Работаете

**Укажите Вашу сферу учебы (и курс)/работы (и должность)**

- 
- Безработный
  - На пенсии

**Укажите с какого года Вы не имеете работы/на пенсии** \_\_\_\_\_

**4. Ваш уровень образования:**

- Неполное среднее (8-9 классов)
- Среднее общее (10-11 классов)
- Среднее профессиональное (училище, техникум)
- Неполное высшее образование
- Высшее образование
- Другое \_\_\_\_\_

**5. Ваше семейное положение:**

- Холост/не замужем
- Состою в отношениях/в гражданском браке
- Женат/замужем
- Разведен/разведена
- Вдовец/вдова
- Другое \_\_\_\_\_

**6. Есть ли у Вас дети? Если да, укажите количество детей**

---

**7. Есть ли у Вас внуки? Если да, укажите количество внуков**

---

**8. Оцените Ваше состояние здоровья**

- хорошее
- скорее хорошее, чем плохое
- удовлетворительное
- скорее плохое, чем хорошее
- плохое
- затрудняюсь ответить

**9. Имеются ли у Вас в данное время проблемы со здоровьем? Если да, опишите их кратко**

---

---

**10. Имеются ли у Вас хронические заболевания? Если да, перечислите их**

---

---

**11. Имеется ли у Вас болевой синдром? Если да, опишите его**

---

---

**12. Имеются ли у Вас хобби, увлечения? Если да, опишите их**

---

---

**13. испытывали ли Вы что-то из нижеперечисленных эмоциональных состояний в последнее время?**

- чувство постоянного напряжения и тревоги
- чувство неуверенности
- чувство апатии
- надежду на лучшее
- эмоциональный подъём
- свой вариант \_\_\_\_\_

**14. Как Вы оцениваете своё будущее?**

- улучшится
- не изменится
- ухудшится
- свой вариант \_\_\_\_\_

## Приложение №3

## Результаты клинико-психологического исследования

Показатель	«Пансионат» (n=35)	«Дома» (n=35)
Пол	Женский (100%)	Женский (100%)
Средний возраст	83 года ± 8 лет	78 лет ± 5 лет
Социальная ситуация	На пенсии (100%) в среднем около 30 лет	На пенсии (63%) в среднем около 11 лет Работают (37%)
Образование	1. Высшее образование (70%) 2. Среднее профессиональное образование (училище) (22%) 3. Среднее общее образование (10-11 классов) (8%)	1. Высшее образование (71%) 2. Среднее специальное образование (техникум) (23%) 3. Среднее профессиональное образование (училище) (6%)
Семейное положение	1. Вдова (65%) 2. Не замужем (20%) 3. Разведена (15%)	1. Замужем (49%) 2. Вдова (40%) 3. Разведена (11%)
Количество детей (среднее значение)	1	2
Количество внуков/правнуков (среднее значение)	2	2
Общее состояние здоровья	1. Плохое (43%) 2. Удовлетворительное (27%) 3. Скорее плохое, чем хорошее (17%) 4. Скорее хорошее, чем плохое (13%)	1. Удовлетворительное (32%) 2. Хорошее (26%) 3. Скорее хорошее, чем плохое (26%) 4. Плохое (10%) 5. Скорее плохое, чем хорошее (6%)
Актуальное состояние здоровья	В среднем – 2 жалобы на актуальное состояние здоровья 1) Боль в различных частях тела 2) Отсутствие сил; 3) Усталость; 4) Апатия; 5) Плохой сон.	
Хронические заболевания	В среднем – 2 хронических заболевания 1) Гипертоническая болезнь; 2) Сахарный диабет; 3) Остеохондроз.	
Болевой синдром	Выражен (83%) Не выражен (17%)	Выражен (57%) Не выражен (43%)
Хобби	Не имеют (60%) Имеют (40%): вязание, шитье, прогулки, уход за цветами	Имеют (95%): вязание, шитье, прогулки Не имеют (5%)



Эмоциональное состояние	1. Апатия (68%) 2. Тревога (18%) 3. Эмоциональный подъем (14%)	1. Эмоциональный подъем (74%) 2. Тревога (13%) 3. Апатия (13%)
Оценка будущего	1. Ухудшится (60%) 2. Улучшится (22%) 3. Не изменится (18%)	1. Не изменится (63%) 2. Улучшится (26%) 3. Ухудшится (11%)
Наличие друзей	Нет (58%) Есть (42%)	Есть (89%) Нет (11%)
Вероисповедание	Считают себя верующими (60%): Православие Не считают себя верующими (40%)	Считают себя верующими (94%): Православие Не считают себя верующими (6%)

## Приложение №4

**Результаты исследования семейных взаимоотношений, субъективного переживания одиночества, тревоги и депрессии**

<b>Показатель</b>	<b>«Пансионат»</b>	<b>«Дома»</b>
<i>Отношения между членами семьи</i>	Средний уровень сплоченности, экспрессивности и конфликтности в семье	
<i>Показатели личностного роста в семье</i>	Средний уровень независимости, ориентации на достижения, интеллектуально-культурной ориентации, ориентации на активный отдых, морали и нравственности	
<i>Показатель организации в управлении системой семьи</i>	Повышенный уровень	
<i>Показатель контроля в управлении системой семьи</i>	Средний уровень	
<i>Общее переживание одиночества*</i>	Средний уровень	Низкий уровень (не переживают одиночества)
<i>Зависимость от общения*</i>	Средний уровень (зависят от общения)	
<i>Позитивное переживание*</i>	Средний уровень (видят позитивные аспекты в одиночестве)	
<i>Тревога*</i>	Субклинически выражена	Отсутствует
<i>Депрессия*</i>	Клинически выражена	Отсутствует

\* - статистически достоверные различия в группах ( $p \leq 0,05$ )

## Приложение №5

**Результаты исследования отношения к смерти, жизни, кризисной ситуации**

<b>Показатель</b>	<b>«Пансионат»</b>	<b>«Дома»</b>
<i>Страх смерти*</i>	Высокий уровень (5,01 балла; 77%)	Высокий уровень (3,89 балла; 54%)
<i>Избегание темы смерти</i>	Средний уровень	
<i>Нейтральное принятие смерти</i>	Средний уровень	
<i>Приближающее принятие смерти*</i>	Средний уровень (4,42 балла; 69%)	Низкий уровень (3,24 балла; 67%)
<i>Избавляющее принятие смерти*</i>	Средний уровень (4,93 балла; 74%)	Низкий уровень (3,31 балла; 54%)
<i>Отношение к жизни*</i>	Принимают изменчивость жизнь, рассматривают жизнь как возможность для роста, принимают жизнь, чувствуют себя уверенно и в безопасности, принимают себя, стремятся к росту, принимают ответственность за свою жизнь (но для пациентов пансионата все показатели характерны в меньшей степени выраженности)	
<i>Концепция смерти</i>	Сформированная концепция смерти как перехода в другой мир	
<i>Принятие факта смерти*</i>	Затруднено	Принимают смерть как естественный процесс
<i>Принятие чувств по отношению к смерти</i>	Затруднено (3,91 в обеих группах)	
<i>Наличие смысла смерти</i>	Наделяют смерть смыслом (пациенты пансионата – в меньшей степени)	
<i>Концепция кризисной ситуации</i>	Понимание кризисной ситуации как возможности для роста, наличие смысла в кризисной ситуации	
<i>Направленность отношения к жизни*</i>	Пессимизм	Реалистичная оценка жизни

\* - статистически достоверные различия в группах ( $p \leq 0,05$ )

## Приложение №6

## Результаты исследования семантического содержания понятий

## «Смысл жизни», «Жизнь», «Смерть»

Показатель	«Пансионат» (n=35)	«Дома» (n=35)
Ассоциации на понятие «Смысл жизни»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Семья (40%)</li> <li>2. Философский аспект (28%)</li> <li>3. Жизнь (18%)</li> <li>4. Религиозный аспект (5%)</li> <li>5. Отсутствие смысла жизни (5%)</li> <li>6. Здоровье (2%)</li> <li>7. Работа (2%)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Философский аспект (38%)</li> <li>2. Жизнь (23%)</li> <li>3. Семья (15%)</li> <li>4. Отсутствие смысла жизни (13%)</li> <li>5. Работа (8%)</li> <li>6. Религиозный аспект (3%).</li> </ol>
Ассоциации на понятие «Жизнь»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Философский аспект (40%)</li> <li>2. Семья (26%)</li> <li>3. Положительно окрашенное качество жизни (12%)</li> <li>4. Отрицательно окрашенное качество жизни (10%)</li> <li>5. Метафоры (8%)</li> <li>6. Религиозный аспект (2%)</li> <li>7. Работа (2%)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Философский аспект (47%)</li> <li>2. Положительно окрашенное качество жизни (36%)</li> <li>3. Отрицательно окрашенное качество жизни (11%)</li> <li>4. Семья (6%)</li> </ol>
Сожаления о прожитой жизни	<p>Нет (52%) Есть (48%)</p>	<p>Есть (67%) Нет (33%)</p>
Мечты и планы	<p>Есть планы на будущее (80%) Нет (20%)</p>	<p>Есть планы на будущее (100%)</p>
Ассоциация на понятие «Смерть»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Эмоционально-отрицательные ассоциации (35%)</li> <li>2. Конец жизни (33%)</li> <li>3. Эмоционально-положительная ассоциация (13%)</li> <li>4. Философский аспект (11%)</li> <li>5. Отказ от ответа (5%)</li> <li>6. «Могила» (3%)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Конец жизни (43%)</li> <li>2. Эмоционально-отрицательная ассоциация (20%)</li> <li>3. Философский аспект (20%)</li> <li>4. Эмоционально-положительная ассоциация (11%)</li> <li>5. Отказ от ответа (4%)</li> <li>6. «Могила» (2%)</li> </ol>
Чувства, вызываемые упоминание смерти	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Отрицательные (47%)</li> <li>2. Нейтральные (40%)</li> <li>3. Положительные (13%)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нейтральные (50%)</li> <li>2. Отрицательные (42%)</li> <li>3. Положительные (8%)</li> </ol>
Смысл смерти	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Естественный порядок вещей (49%)</li> <li>2. Нет смысла (28%)</li> <li>3. Религиозный смысл (23%)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Религиозный смысл (40%)</li> <li>2. Естественный порядок вещей (37%)</li> <li>3. Нет смысла (23%)</li> </ol>

## Приложение №7

## Сравнительный анализ полученных результатов

	Среднее значение в группе «Пансионат», в баллах (n=35)	Среднее значение в группе «Дома», в баллах (n=35)	Достоверность различий (p≤0,05)
Возраст	83 года±8	78 лет±5	Различия недостоверны (0,11)
<i>Отношение к смерти, жизни, кризисной ситуации</i>			
<b>Страх смерти</b>	<b>5,01±1,54</b>	<b>3,89±1,74</b>	<b>Различия достоверны (0,01)</b>
Избегание темы смерти	4,05±2,00	4,11±1,93	Различия недостоверны (0,71)
Нейтральное принятие смерти	5,61±0,82	5,41±0,96	Различия недостоверны (0,45)
<b>Приближающее принятие смерти</b>	<b>4,42±1,16</b>	<b>3,24±1,20</b>	<b>Различия достоверны (0,00)</b>
<b>Избавляющее принятие смерти</b>	<b>4,93±1,06</b>	<b>3,31±1,33</b>	<b>Различия достоверны (0,00)</b>
<b>Принятие изменчивости жизни</b>	<b>3,6±2,23</b>	<b>5,4±2,13</b>	<b>Различия достоверны (0,00)</b>
<b>Жизнь как рост</b>	<b>5,26±1,17</b>	<b>6,03±1,25</b>	<b>Различия достоверны (0,01)</b>
<b>Принятие жизни</b>	<b>5,14±2,12</b>	<b>6,54±0,98</b>	<b>Различия достоверны (0,00)</b>
<b>Онтологическая защищенность</b>	<b>5,2±1,62</b>	<b>6,09±1,56</b>	<b>Различия достоверны (0,01)</b>
<b>Принятие себя</b>	<b>4,91±1,85</b>	<b>5,91±1,34</b>	<b>Различия достоверны (0,02)</b>
<b>Стремление к росту</b>	<b>5,11±1,28</b>	<b>6,2±0,99</b>	<b>Различия достоверны (0,00)</b>
<b>Ответственность</b>	<b>3,4±1,9</b>	<b>5,74±1,72</b>	<b>Различия достоверны (0,00)</b>
Концепция смерти	4,43±1,67	4,89±2,19	Различия недостоверны (0,17)
Принятие чувств по отношению к смерти	3,91±2,45	3,91±2,25	Различия недостоверны (0,93)
<b>Принятие смерти</b>	<b>4,69±2,04</b>	<b>5,63±1,71</b>	<b>Различия достоверны (0,03)</b>
<b>Наличие смысла жизни</b>	<b>4,66±1,83</b>	<b>5,54±1,42</b>	<b>Различия достоверны (0,04)</b>
<b>Наличие смысла смерти</b>	<b>4,26±2</b>	<b>5,71±1,2</b>	<b>Различия достоверны (0,02)</b>
Наличие смысла в кризисной ситуации	5,17±1,85	5,71±1,78	Различия недостоверны (0,14)
Концепция кризисной ситуации	5,03±2,02	5,37±1,91	Различия недостоверны (0,50)

<b>Диспозиционный оптимизм</b>	<b>14,35±8,84</b>	<b>22,46±6,46</b>	<b>Различия достоверны (0,00)</b>
<i>Семейные взаимоотношения и субъективное переживание одиночества</i>			
Сплоченность в семье	5,91±2,74	5,54±2,96	Различия недостоверны (0,44)
Экспрессивность в семье	5,49±1,29	6,03±1,92	Различия недостоверны (0,09)
Конфликт	6,09±2,48	5,46±2,03	Различия недостоверны (0,14)
Независимость	5,11±1,49	5,71±1,41	Различия недостоверны (0,09)
Ориентация на достижения	5,77±1,46	6,37±1,09	Различия недостоверны (0,10)
Интеллектуально-культурная ориентация	5,14±2,52	5,17±2,55	Различия недостоверны (0,99)
Ориентация на активный отдых	4,77±2,99	4,66±3,11	Различия недостоверны (0,87)
Мораль и нравственность	5,94±1,51	5,63±1,17	Различия недостоверны (0,25)
Организация в управлении системой семьи	6,46±2,06	6,37±2,41	Различия недостоверны (0,85)
Контроль	4,34±2,14	4,11±1,57	Различия недостоверны (0,99)
<b>Общее переживание одиночества</b>	<b>42,03±11,51</b>	<b>26,23±11,82</b>	<b>Различия достоверны (0,00)</b>
<b>Зависимость от общения</b>	<b>43,71±9,55</b>	<b>33,34±8,92</b>	<b>Различия достоверны (0,00)</b>
<b>Позитивное одиночество</b>	<b>24,80±6,54</b>	<b>28,74±5,86</b>	<b>Различия достоверны (0,01)</b>
<b>Тревога</b>	<b>9,14±5,55</b>	<b>6,34±4,37</b>	<b>Различия достоверны (0,03)</b>
<b>Депрессия</b>	<b>12,20±5,95</b>	<b>5,66±4,41</b>	<b>Различия достоверны (0,00)</b>